



Septiembre de 2024

Manual del miembro

Centro De Enfermería de STAR+PLUS

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



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

1031658TXMSPWLP 01/24





Wellpoint Centro de enfermería de STAR+PLUS Manual del miembro

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

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

Septiembre de 2024



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

Estas son algunas cosas que debe hacer para comenzar:

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

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

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

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

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



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

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

También puede encontrar médicos en nuestro plan usando el directorio de proveedores en la página *Buscar proveedores (Search providers)* en **wellpoint.com/tx/medicaid**. Para recibir una copia impresa sin costo del directorio de proveedores o si necesita ayuda para cambiar su proveedor de atención primaria, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**. Si tiene ambos Medicare y Medicaid, contacte a su plan de Medicare para cambiar su proveedor de atención primaria. **Usted debe hacerse chequeos regulares con su médico a cualquier edad.**

Más información sobre los chequeos y las visitas de bienestar en la sección **¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?** de este manual del miembro.

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

WELLPOINT
PROGRAMA STAR+PLUS PARA RESIDENTES DE CENTROS DE ENFERMERÍA
MANUAL DEL MIEMBRO

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

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

Bienvenido a Wellpoint.

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

Tabla de contenido

INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN MÉDICO	1
NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES	1
Línea gratuita de Servicios para Miembros de Wellpoint.....	1
Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Wellpoint	2
Línea para Servicios de salud conductual y trastorno por el uso de sustancias	2
Otros números de teléfono importantes.....	2
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE WELLPOINT	2
¿Cómo se ve mi tarjeta de identificación de Wellpoint? ¿Cómo la uso?	2
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid	3

¿Qué pasa si necesito un formulario de verificación de identificación temporal?.....	5
PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA	5
¿Qué es un proveedor de atención primaria?	5
¿Me asignarán un proveedor de atención primaria si tengo Medicare?	6
¿Cómo veo a mi proveedor de atención primaria si él/ella no visita mi hogar de ancianos?	6
¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?	6
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi proveedor de atención primaria?	6
¿Cómo recibo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria esté cerrado?	6
¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?	6
PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	7
CÓMO CAMBIAR DE PLAN MÉDICO	7
¿Qué hago si quiero cambiar de plan médico?	7
¿A quién llamo?	7
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan médico?	7
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan médico?	7
¿Puede Wellpoint pedir que sea retirado de su plan médico por falta de cumplimiento?	8
MIS BENEFICIOS	8
¿Cuáles son mis beneficios de cuidado médico?	8
¿Cómo obtengo estos servicios?	8
¿Qué pasa si Wellpoint no tiene un proveedor para uno de mis beneficios cubiertos?	8
¿Cuánto tengo que pagar para mi cuidado médico?	8
¿Qué son servicios y apoyos a largo plazo?	9
¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo del centro de enfermería?	9
¿Cómo se modificarían mis beneficios si me mudo a la comunidad?	9
¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?	10
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?	11
¿Hay alguna limitación para algunos servicios cubiertos?	11
¿Qué es una aprobación previa?	12
¿Qué servicios no están cubiertos por Wellpoint?	12
¿Qué es la coordinación de servicios?	13
¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?	13
¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?	13
¿Cómo sé quién es mi coordinador de servicios?	13
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	14
¿Qué beneficios adicionales recibo como miembro de Wellpoint?	14
¿Cómo obtengo estos beneficios adicionales?	19
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece o le ayuda a encontrar Wellpoint?	19
¿Qué es la administración de casos complejos? ¿Cómo obtengo estos servicios?	19
¿Qué es un Miembro con necesidades de cuidado médico especial?	20

¿Cuáles servicios puedo recibir aún a través de Medicaid regular, pero no están cubiertos por Wellpoint?.....	20
---	----

MI CUIDADO MÉDICO Y OTROS SERVICIOS 20

¿Qué significa médicamente necesario?	20
¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?	21
¿Qué es atención médica de rutina?.....	21
¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?	22
¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia?.....	22
¿Qué es atención médica de emergencia?.....	22
¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?	22
¿Necesito una autorización previa?.....	22
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?.....	22
¿Cuán pronto puedo ver a mi médico?	23
¿Qué es la posestabilización?	24
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	24
¿Qué pasa si estoy fuera del estado?.....	24
¿Qué hago si estoy fuera del país?	24
¿Qué pasa si necesito ver a un médico especial (especialista)?	24
¿Qué es una remisión? ¿Qué servicios no necesitan una remisión?	25
¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un especialista?	25
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	25
¿Cómo recibo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental), de alcohol o drogas?	25
¿Necesito una remisión para esto?.....	25
¿Qué son Servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de casos dirigidos de salud mental?	25
¿Cómo obtengo Servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de casos dirigidos de salud mental?.....	26
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	26
¿Qué pasa si también tengo Medicare?	26
¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	26
¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está dentro de la red?	26
¿Qué debo llevar a la farmacia?	26
¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicamentos?	26
¿A quién debo llamar si tengo problemas para recibir mis medicamentos?	26
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?	27
¿Qué pasa si pierdo mi(s) medicamento(s)?	27
¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?.....	27
¿Tendré un copago?	27
¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy de viaje?	27
¿Qué pasa si pagué un medicamento de mi bolsillo y quiero que me hagan el reembolso?.....	27
¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?	27
¿Necesito una remisión para esto?.....	27
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	28
¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?.....	28
Servicios de transporte de Wellpoint para los residentes de centros para convalecientes.....	29

¿Qué servicios de transporte se ofrecen?	29
¿Cómo obtengo este servicio?	29
¿A quién debo llamar para obtener transporte hacia una cita médica?	29
¿Cómo recibo servicios de cuidado de los ojos?	29
¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi médico? ¿A quién debo llamar para un intérprete?	29
¿Con cuánta anticipación debo llamar?	29
¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?	29
¿Qué pasa si necesito cuidado de ginecología y obstetricia (OB-GYN)?	30
¿Cómo escojo a un médico de obstetricia/ginecología?	30
Si no elijo un médico de obstetricia/ginecología, ¿tengo acceso directo?	30
¿Necesitaré una remisión?	30
¿Cuán pronto puedo ser atendida después de contactar a mi médico de obstetricia/ ginecología para una cita?	30
¿Puedo seguir con mi médico de obstetricia/ginecología si él o ella no está con Wellpoint?	30
¿Qué pasa si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?	30
¿Cómo informo un supuesto abuso, descuido o explotación?	31
¿Cómo se definen el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación?	31
Cómo denunciar el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación	31
¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi atención médica?	32
¿Qué son directivas anticipadas?	32
¿Cómo consigo una directiva anticipada?	32
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?	32
¿Qué pasa si recibo una factura de mi centro de enfermería? ¿A quién llamo?	32
¿Qué información necesitarán?	32
¿Qué son ingresos contables? ¿Cuáles son mis responsabilidades?	33
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	33
¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?	33
¿Qué pasa si tengo otro seguro médico además de Medicaid?	33
Medicaid y el seguro privado	33
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	34
CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE SU CUIDADO	36
ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD	36
¿Qué hace la administración de la calidad por usted?	36
¿Qué son guías de práctica clínica?	36
PROCESO DE QUEJAS	37
¿Qué debo hacer si tengo una queja sobre mi cuidado médico, mi proveedor, mi coordinador de servicios, o mi plan médico? ¿A quién llamo?	37
¿Puede alguien de Wellpoint ayudarme a presentar una queja?	37
¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?	37
¿Cuáles son los requisitos y plazos de tiempo para presentar una queja?	37

¿Cómo presento una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos una vez que haya agotado el proceso de quejas de Wellpoint?	37
¿Tengo el derecho de reunirme con un panel de apelación de quejas?	37
PROCESO DE APELACIÓN	38
¿Qué puedo hacer si mi médico pide un servicio o medicamento para mí que está cubierto, pero Wellpoint lo deniega o limita?	38
¿Cómo sabré si los servicios son denegados?	38
¿Cuáles son los plazos de tiempo para el proceso de apelación?	39
¿Cómo puedo continuar recibiendo servicios que ya estaban aprobados?	39
¿Puede alguien de Wellpoint ayudarme a presentar una apelación?	39
¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?	39
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?	40
APELACIONES DE EMERGENCIA	40
¿Qué es una apelación de emergencia?	40
¿Cómo pido una apelación de emergencia? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?	40
¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?	40
¿Qué pasa si Wellpoint deniega la solicitud de una apelación de emergencia?	40
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?	40
AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES	41
¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal?	41
INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA	41
¿Puedo pedir una revisión médica externa?	41
INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO	42
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	42
INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE	44
Guía del miembro para los términos de atención administrada	45

INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN MÉDICO

Bienvenido. Como miembro de un centro de enfermería de Wellpoint STAR+PLUS, usted y su proveedor de atención primaria (o médico principal) trabajarán conjuntamente para ayudarlo a mantenerse sano. Los miembros de Wellpoint en el Área de Servicio Rural de Medicaid y el programa STAR Kids son atendidos por Wellpoint Insurance Company. Todos los otros miembros de Wellpoint en Texas son atendidos por Wellpoint Texas, Inc. Para averiguar sobre médicos y hospitales en su área, visite wellpoint.com/tx/medicaid o contacte a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

Su manual del miembro de Wellpoint

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

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Línea gratuita de Servicios para Miembros de Wellpoint

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

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

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

También puede llamar al **866-696-0710 (TTY 711)** para obtener más información sobre la coordinación de servicios.

Si tiene una emergencia, su centro de enfermería lo ayudará a conseguir transporte y servicios de emergencia si los necesita.

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

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

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

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Wellpoint

Puede llamar a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **833-731-2160 (TTY 711)** las 24 horas del día, los siete días de la semana. La llamada es gratuita y puede hablar con alguien en inglés o español. Para otros idiomas, están disponibles servicios de intérpretes. Llame a la línea gratuita al **833-731-2160 (TTY 711)** si necesita consejos sobre:

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

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

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

La línea para Servicios de salud conductual y trastorno por el uso de sustancias está a disposición de los miembros las 24 horas del día los siete días de la semana al **833-731-2160 (TTY 711)**. La llamada es gratuita y puede hablar con alguien en inglés o español. Para otros idiomas, están disponibles servicios de intérpretes. Puede llamar a la línea para Servicios de salud conductual y trastorno por el uso de sustancias con el fin de recibir ayuda para conseguir servicios. Si tiene una emergencia, su centro de enfermería lo ayudará a conseguir transporte y servicios de emergencia si los necesita.

Otros números de teléfono importantes

Línea de ayuda del programa STAR+PLUS	877-782-6440
Equipo de asistencia de atención administrada del defensor	866-566-8989
Línea directa de Medicaid	800-252-8263
Línea de notificación al cliente de Texas	800-414-3406
Cuidado de los ojos a través de Superior Vision of Texas	800-428-8789
Servicios de Farmacia para Miembros	833-235-2022

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE WELLPOINT

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

Si aún no tiene su tarjeta de identificación de Wellpoint, la recibirá pronto. Llévela con usted en todo momento. Muéstresela a cualquier médico u hospital que visite. No tiene que mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir atención de emergencia. La tarjeta informa a los

médicos y hospitales que usted es miembro de Wellpoint. También les dice que Wellpoint pagará sus beneficios necesarios por motivos médicos listados en la sección **Mis beneficios**.

Su tarjeta de identificación de Wellpoint lista muchos de los números de teléfono importantes que debe saber, como los de nuestro departamento de Servicios para Miembros y la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas. Si no tiene Medicare, su tarjeta de identificación también muestra el nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria.

A continuación, verá ejemplos de tarjetas de identificación para: 1) miembros que solo tienen Medicaid y 2) miembros que tienen ambos Medicaid y Medicare.

1.



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

Nombre del miembro: JOHN Q SAMPLE
Número de Medicaid:
Coordinación de servicios de Wellpoint: 1-833-731-2160
Proveedor de cuidado primario (PCP):
No. telefónico del PCP:
Dirección del PCP:
Vista: 1-800-428-8789 Farmacia Miembro Servicios: 1-833-235-2022
Servicios al Miembro y Salud del Comportamiento de Wellpoint
(las 24 horas del día, los 7 días de la semana): 1-833-731-2160
24-hour Nurse Helpline
(Línea de ayuda de enfermería de 24 horas): 1-833-731-2160
Transporte: 1-844-867-2837

Fecha efectiva del PCP:
Fecha de nacimiento:
No. de suscriptor: 123456789
Tipo de cobertura: STAR+PLUS

2.



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

Nombre del miembro: JOHN Q SAMPLE
Número de Medicaid:
Coordinación de servicios de Wellpoint: 1-833-731-2160
Farmacia Miembro Servicios: 1-833-235-2022

Fecha efectiva:
Fecha de nacimiento:
No. de suscriptor: 123456789
Tipo de cobertura: STAR+PLUS

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.

Tarjetas de identificación de muestra para miembros de Wellpoint en el Área de servicio Rural de Medicaid para: 1) miembros que solo tienen Medicaid y 2) miembros que tienen ambos Medicaid y Medicare.

1.



Wellpoint
WELLPOINT INSURANCE COMPANY
wellpoint.com/tx/medicaid

Nombre del miembro: JOHN Q SAMPLE
Número de Medicaid:
Coordinación de servicios de Wellpoint: 1-833-731-2160
Proveedor de cuidado primario (PCP):
No. telefónico del PCP:
Dirección del PCP:
Vista: 1-800-428-8789 Farmacia Miembro Servicios: 1-833-235-2022
Servicios al Miembro y Salud del Comportamiento de Wellpoint
(las 24 horas del día, los 7 días de la semana): 1-833-731-2160
24-hour Nurse Helpline
(Línea de ayuda de enfermería de 24 horas): 1-833-731-2160
Transporte: 1-844-867-2837

Fecha efectiva del PCP:
Fecha de nacimiento:
No. de suscriptor: 123456789
Tipo de cobertura: STAR+PLUS

TRUE CHOICE
MEDICAL SERVICES

2.



Wellpoint
WELLPOINT INSURANCE COMPANY
wellpoint.com/tx/medicaid

Nombre del miembro: JOHN Q SAMPLE
Número de Medicaid:
Coordinación de servicios de Wellpoint: 1-833-731-2160
Farmacia Miembro Servicios: 1-833-235-2022

Fecha efectiva:
Fecha de nacimiento:
No. de suscriptor: 123456789
Tipo de cobertura: STAR+PLUS

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.

TRUE CHOICE
MEDICAL SERVICES

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

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

Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

Cuando usted o su hijo obtengan la aprobación para Medicaid, recibirán una tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de Medicaid para todos los días. Debe llevarla consigo, debidamente resguardada, tal y como se hace con la licencia de manejar o una tarjeta de crédito. Cuando usted vaya a una cita médica, el médico puede usar la tarjeta para saber si usted es beneficiario de Medicaid.

Se le dará una sola tarjeta, y solo en caso de que la pierda o se la roben, recibirá una nueva tarjeta. Si pierde su tarjeta de Medicaid o se la roban, puede obtener una nueva llamando

a la línea gratuita **800-252-8263**, o a través de internet puede solicitar o imprimir una tarjeta temporal en YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro de si tiene cobertura de Medicaid, puede averiguarlo llamando al número gratuito **800-252-8263**. También puede llamar al 2-1-1. Primero, seleccione el idioma y después oprima el 2.

El expediente con la información sobre su salud es una lista de los servicios médicos y los medicamentos que usted ha obtenido 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 a la línea gratuita **800-252-8263** o bien visite el sitio YourTexasBenefits.com y elija no compartir la información de salud.

The image shows the front of a 'Your Texas Benefits' Medicaid card template. At the top left is the logo for 'Your Texas Benefits' with the text 'Health and Human Services Commission' below it. The card contains several fields for member information: 'Member name:', 'Member ID:', 'Issuer ID:', and 'Date card sent:'. To the right of these fields is a 'Note to Provider:' section with the following text: 'Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card? 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 a usted 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
 - Atención de emergencia de Medicaid, o bien
 - Servicios para mujeres embarazadas con presunción de derecho a beneficios (PE)
- Los datos que su farmacia necesitará para facturarle a Medicaid.
- Si está en el programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in), el nombre de su médico y de su farmacia.

Puede visitar el sitio web que aparece en el dorso de la tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid (YourTexasBenefits.com) o llamar al número gratuito que se incluye **(800-252-8263)**, si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si usted olvida su tarjeta, el médico, el dentista o la farmacia pueden asegurarse, ya sea por teléfono o por Internet, de que usted reciba los beneficios de Medicaid.

El portal del beneficiario de YourTexasBenefits.com de Medicaid

Puede usar el portal del beneficiario de Medicaid para hacer todo lo siguiente para usted mismo o para cualquier persona a cuya información médica o dental se le permita acceder:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta de YTB de Medicaid

- Ver los planes de seguro médico y dental del beneficiario
- Ver la información relacionada con los beneficios que recibe
- Ver las alertas de Pasos Sanos de Texas
- Ver las alertas emitidas al público
- Ver diagnósticos y tratamientos
- Ver historial de vacunas
- Ver los medicamentos recetados
- Elegir si el beneficiario da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible

Acceda al portal en: YourTexasBenefits.com.

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

NOTA: El portal YourTexasBenefits.com de Medicaid para beneficiarios ofrece información únicamente a los beneficiarios inscritos. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que sea 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 escoja la opción 2. Muestre este formulario a su proveedor de la misma manera que presentaría la tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid. Su proveedor aceptará este formulario como prueba de elegibilidad para Medicaid. También puede acceder en línea a YourTexasBenefits.com e imprimir una tarjeta de identificación temporal después de iniciar sesión en su cuenta.

PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

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

¿Me asignarán un proveedor de atención primaria si tengo Medicare?

Su proveedor de atención primaria y su cobertura de atención aguda es a través de su plan de Medicare. Consulte su Evidencia de Cobertura de Medicare para entender:

- Qué es un proveedor de atención primaria.
- Quién puede ser un proveedor de atención primaria.
- Cómo cambiar su proveedor de atención primaria.
- Cómo recibir atención.

Si tiene Medicare, una parte de la información en este manual acerca de sus proveedores de atención primaria y especialistas no le aplicará a usted.

¿Cómo veo a mi proveedor de atención primaria si él/ella no visita mi hogar de ancianos?

Si usted no necesita transporte por ambulancia, su centro de enfermería debe proporcionarle traslados a sus citas médicas.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

Llame a Servicios para Miembros si necesita cambiar su proveedor de atención primaria. Puede buscar en el directorio de proveedores de Wellpoint que recibió con su paquete de inscripción de STAR+PLUS o ir a **wellpoint.com/tx/medicaid** para encontrar un proveedor de atención primaria.

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

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

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

Si necesita hablar con su proveedor de atención primaria después de que ha cerrado el consultorio, llame al consultorio del proveedor. Alguien debe devolverle la llamada dentro de 30 minutos para indicarle qué hacer. También puede llamar a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **833-731-2160 (TTY 711)** los siete días de la semana para conseguir ayuda.

Si tiene una emergencia, su centro de enfermería lo ayudará a conseguir transporte y servicios de emergencia si los necesita.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

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

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

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

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

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

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

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

PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

Wellpoint premia a los doctores cuyos tratamientos reducen o limitan los servicios prestados a las personas cubiertas por Medicaid. 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.

CÓMO CAMBIAR DE PLAN MÉDICO

¿Qué hago si quiero cambiar de plan médico?

Puede cambiar su plan médico llamando a la Línea de Ayuda de STAR+PLUS de Texas al **877-782-6440**. Usted puede cambiar su plan médico siempre que quiera, pero no más de una vez al mes.

Si está en el hospital, un centro de tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias (SUD), o centro residencial de desintoxicación para SUD, no puede cambiar de plan médico hasta que lo den de alta.

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

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

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

¿A quién llamo?

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

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan médico?

Puede cambiar de plan médico tantas veces como desee, pero no más de una vez al mes.

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

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

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

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

Hay varios motivos por los que su inscripción podría ser cancelada o retirada de Wellpoint. Estos motivos están enumerados 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.

Se podría cancelar su inscripción en Wellpoint si:

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

Si tiene alguna pregunta acerca de su inscripción, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**.

MIS BENEFICIOS

¿Cuáles son mis beneficios de cuidado médico?

El centro de enfermería le brinda sus servicios de cuidado diario y beneficios de servicios añadidos. Wellpoint también le presta beneficios de atención aguda, tales como visitas al médico, hospitalizaciones, recetas y servicios de salud conductual. Si cuenta con Medicare y Medicaid, sus beneficios de atención aguda estarán cubiertos por el plan tradicional de Medicare que eligió.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su centro de enfermería le proporcionará o ayudará a obtener sus beneficios de dicho centro. Su centro de enfermería y el proveedor de atención primaria le ayudarán a recibir el atención aguda. Su coordinador de servicios ayudará a garantizar que usted reciba todos los servicios médicos que necesita.

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

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

¿Cuánto tengo que pagar para mi cuidado médico?

No hay costos para sus beneficios excepto la cantidad por ingresos aplicados mensualmente que paga al centro de enfermería. Usted no pagará ningún deducible o copago. Para saber más acerca de su pago por ingresos aplicados, consulte la sección en este manual, **¿Qué son ingresos contables? ¿Cuáles son mis responsabilidades?**

¿Qué son servicios y apoyos a largo plazo?

Los servicios y apoyos a largo plazo son beneficios para ayudarle a realizar tareas diarias para cuidar de sí mismo, tales como preparar comidas, comer, cuidado personal, tareas domésticas ligeras y cuidado especializado de enfermería. Los tipos y cantidades de los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo que puede recibir dependerán de sus necesidades.

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

Un centro de enfermería proporciona cuidado a largo plazo para miembros cuyo médico ha certificado que el miembro tiene una condición médica que requiere cuidado especializado de enfermería diario médicamente necesario. Wellpoint cubre servicios de centro de enfermería para cuidado diario, servicios adicionales de centro de enfermería y coseguro de Medicare para servicios de cuidado diario. Los servicios de cuidado diario incluyen:

- Alojamiento y comidas
- Suministros y equipos médicos
- Programas de servicios sociales prestados por el centro de enfermería para ayudarle
- Artículos personales necesarios
- Medicamentos de venta libre
- Coseguro de Medicare Parte A

Wellpoint también pagará cualquier mejora de la tarifa aplicable al personal del centro de enfermería y el seguro aplicable de responsabilidad profesional y general.

Los servicios adicionales son cuidados proporcionados en el centro de enfermería que no sean parte de los servicios de cuidado diario e incluyen, entre otros:

- Servicios dentales de emergencia
- Servicios de rehabilitación ordenados por un médico (terapias física, ocupacional, del habla)
- Sillas de ruedas motorizadas personalizadas
- Dispositivos de comunicación aumentativa
- Cuidado de traqueotomía para miembros de 21 años
- Cuidado de ventilador

Si usted tiene ambos Medicaid y Medicare, Wellpoint pagará el coseguro para una estadía cubierta por Medicare como parte de sus servicios de cuidado diario en el centro de enfermería. Su plan de Medicare o Medicaid de pago por servicios pagará el coseguro para los servicios adicionales en el centro de enfermería.

¿Cómo se modificarían mis beneficios si me mudo a la comunidad?

Usted podría recibir beneficios de servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad en lugar de sus beneficios de centro de enfermería. La clase de beneficios que podría recibir se basan en su categoría de elegibilidad para Medicaid. La elegibilidad para Medicaid se basa en sus necesidades y hay tres categorías de elegibilidad:

- Otra atención comunitaria (OCC): beneficios básicos
- Primera opción comunitaria (CFC): beneficios de nivel medio
- Exención de STAR+PLUS (SPW) de Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS): beneficios del nivel más alto para miembros con necesidades complejas

Mientras más alto sea su nivel de elegibilidad basado en sus necesidades, más beneficios puede recibir. A continuación, hay una lista de algunos de los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo que podría recibir con base en sus necesidades:

- Atención primaria en el hogar/servicios de ayuda personal
- Servicios de actividades diarias y salud
- Servicios de enfermería (en el hogar)
- Servicios de respuesta de emergencia (botón para llamada de emergencia)
- Servicios dentales
- Comidas entregadas a domicilio
- Modificaciones menores en el hogar
- Ayudas para la adaptación
- Equipo médico duradero
- Suministros médicos
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Atención de tutela temporal para adultos/atención personal en el hogar
- Vida asistida
- Servicios de asistencia de transición para miembros que se van de un centro de enfermería: máximo de \$2,500
- Cuidado de relevo
- Dietista/servicio nutricional
- Asistencia de transporte
- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Servicios de administración financiera
- Consulta de apoyo
- Asistencia para el empleo
- Empleo asistido

¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?

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

Si cuenta con Medicare y Medicaid, sus beneficios de atención aguda estarán cubiertos por Medicare o el plan de Medicare que haya escogido.

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

- Servicios de ambulancia de emergencia y que no sea de emergencia
- Servicios de audiolgía, incluyendo audífonos
- Servicios de salud conductual, incluyendo:
 - Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
 - Servicios ambulatorios de salud mental
 - Servicios de psiquiatría
 - Servicios de rehabilitación de salud mental
 - Servicios de consejería
 - Servicios ambulatorios de tratamiento para trastorno por el uso de sustancias, incluyendo:
 - Evaluación
 - Desintoxicación
 - Consejería
 - Terapia asistida por medicamentos
 - Tratamiento residencial para el trastorno por el uso de sustancias (incluyendo servicios de desintoxicación)
 - Examen psicológico y neuropsicológico
- Servicios de parto provistos por un médico o enfermera-partera certificada en un centro de maternidad autorizado
- Servicios de parto provistos por un centro de maternidad autorizado
- Prueba de detección, diagnóstico y tratamiento contra el cáncer
- Servicios de quiropráctica
- Diálisis
- Servicios de emergencia

- Planificación familiar
- Servicios de centros de salud calificados federalmente y otros servicios ambulatorios cubiertos por centros de salud calificados federalmente
- Servicios de hospital, incluyendo para paciente hospitalizado y ambulatorio
- Servicios de laboratorio
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluyendo:
 - Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios provistos en un hospital ambulatorio o centro de cuidado de la salud ambulatorio según sean clínicamente apropiados y servicios médicos y profesionales provistos en un consultorio, entorno de hospitalización o ambulatorio para:
 - Todas las etapas de reconstrucción de las mamas, en las cuales se hayan realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios
 - Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir apariencia simétrica
 - Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas
 - Mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de mamas
 - Prótesis mamaria externa para la o las mamas en las que se han realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios
- Administración de casos dirigida de salud mental
- Medicamentos y productos biológicos ambulatorios, incluso aquellos dispensados en una farmacia o administrados por un proveedor
- Medicamentos y productos biológicos provistos en un entorno de paciente hospitalizado
- Podología
- Atención prenatal
- Servicios preventivos, incluyendo un chequeo anual de adulto sano
- Atención primaria
- Radiología, imágenes y radiografías
- Servicios de médicos especialistas
- Telesalud
- Telemedicina
- Telemonitoreo
- Trasplante de órganos y tejidos
- Vista (incluye optometría y anteojos; los lentes de contacto solo están cubiertos si son médicamente necesarios para corrección de la vista, que no se puede lograr mediante anteojos)

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

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

¿Hay alguna limitación para algunos servicios cubiertos?

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

TX STAR+PLUS Nursing Facility MH

¿Qué es una aprobación previa?

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

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

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

¿Qué servicios no están cubiertos por Wellpoint?

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

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

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

¿Qué es la coordinación de servicios?

La coordinación de servicios es un proceso especializado de servicios y atención que incluye, entre otros:

- Identificar las necesidades físicas, mentales o a largo plazo del miembro.
- Tratar cualquier necesidad particular del miembro que podría mejorar los resultados y su salud o bienestar.
- Ayudar al miembro para asegurar que tenga acceso coordinado y oportuno a una variedad de servicios o servicios cubiertos por Medicaid para los que califica.
- Colaborar con el centro para convalecientes para asegurar que se obtengan los mejores resultados posibles para la salud y seguridad del miembro.
- Coordinar la prestación de servicios para los miembros que están haciendo la transición para volver a la comunidad.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Usted tendrá su propio coordinador de servicios de Wellpoint. Le enviaremos una carta para informarle el nombre y la información de contacto de su coordinador de servicios. También puede llamar al **866-696-0710 (TTY 711)** para obtener más información sobre la coordinación de servicios.

¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?

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

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

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

¿Cómo sé quién es mi coordinador de servicios?

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

de servicios.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico le receta. Su médico hará una receta y se la enviará a su centro de enfermería. Su centro de enfermería ordenará y le dará el medicamento tal como lo indicó su médico. Si usted tiene beneficios de medicamentos recetados de Medicare, su plan de Medicare proporcionará sus medicamentos recetados. Si Medicare no cubre sus medicamentos, Medicaid pagará la mayoría de los que su médico diga que necesita.

¿Qué beneficios adicionales recibo como miembro de Wellpoint?

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

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Tarjeta de regalo de Recompensas Saludables (Healthy Rewards) por completar estas actividades saludables (para miembros que no tienen Medicare): • \$20 cada 6 meses para un miembro con diabetes que se haga un examen de glucemia (HbA1c) • \$20 cada 6 meses para un miembro con diabetes que se haga un examen de glucemia (HbA1c) con un resultado menor de 8	Para recibir una recompensa: • Ingrese al programa Recompensas Saludables dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Wellpoint. • Su proveedor informará las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su consulta. • Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad. Para ingresar al programa Recompensas Saludables o encontrar información sobre el programa y las recompensas: • Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder al Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o • Llame a la Línea de Servicio al Cliente de Recompensas Saludables al 888-990-8681 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro.
\$100 en tarjeta de regalo para comprar productos de venta	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
libre ya sea en línea o en la tienda (una tarjeta de por vida)	de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .
Beneficios de salud y actividades físicas: membresía de 13 semanas en Weight Watchers®, \$150 en tarjeta de regalo de Tienda de comida saludable (Healthy Grocery), recursos de actividades físicas y ejercicios bajo demanda, además de la posibilidad de elegir entre un kit personal de ejercicios o una suscripción de 3 meses en un gimnasio (uno de cada tipo de beneficio por año) Para miembros con un diagnóstico de obesidad, hipertensión, o diabetes	Para solicitar el programa WeightWatchers, llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios. Para acceder a los recursos de actividades físicas y ejercicios bajo demanda, visite choosehealthy.com/WPTX. Para obtener un kit de ejercicio personal, una tarjeta regalo de Tienda de comida saludable o una suscripción en un gimnasio, inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para tener acceso al Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).
Salud emocional en línea: herramientas web y móviles seguras que puede utilizar 24 horas, los siete días de la semana, para mejorar su salud emocional	Para acceder el programa de Recursos para el bienestar emocional de Learn to Live visite learntolive.com/welcome/txwellpoint. Escriba TXWellpoint en el campo del código y seleccione “Comenzar ahora (Start Now)”. Después, ingrese su identificación del miembro.
Suscripción a la aplicación de meditación para miembros diagnosticados con una condición de salud conductual (una por año)	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .
Tarjeta de regalo de \$75 para comprar productos sensoriales (uno por año) Para miembros con una discapacidad del desarrollo (DD), discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD), o diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad (ADHD), depresión, trastorno del espectro autista, ansiedad,	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711) .

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
trastorno de estrés postraumático (PTSD), demencia o enfermedad de Alzheimer	
Ayudas para el estilo de vida: elija hasta dos artículos (por año) Para miembros con un diagnóstico de hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad de las arterias coronarias (CAD), u obesidad	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).
Beneficios de la vista mejorados: • Asignación de \$150 añadida a los beneficios de Medicaid para marcos de anteojos y lentes o lentes de contacto cada dos años • Lentes de plástico/ policarbonato: cada 36 meses Para miembros que no tienen Medicare	Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o visite wellpoint.com/tx/medicaid para encontrar proveedores de servicios de visión en la página <i>Buscar proveedores (Search Providers)</i>.
Opciones de alimentos frescos (elija uno cada año): • Tres cajas de productos frescos cultivados en la granja • Membresía anual en Sam's Club • Membresía anual en Costco • Tarjeta de regalo de \$150 de Tienda de comida saludable (Healthy Grocery)	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Para miembros con un diagnóstico de salud conductual, discapacidad del desarrollo (DD), discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD), y miembros que estén embarazadas hasta 60 días después del parto	
Hasta \$200 de productos para aliviar el asma seleccionados por miembro (por hogar cada año) Para miembros diagnosticados con asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).
Kit de preparación en caso de emergencia y hasta \$75 en fondos de ayuda en caso de desastre (uno por hogar de por vida)	Para recibir el kit de preparación en caso de emergencia, inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder al Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711). Para obtener los fondos de ayuda en caso de desastre, llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Servicios dentales de rutina: un examen, dos limpiezas dentales y un conjunto de radiografías por año Para miembros que no tienen Medicare	Llame a DentaQuest al 855-418-1621. Este beneficio no está disponible para los miembros del programa de exención HCBS STAR+PLUS.
Kit de higiene dental: un kit por año El miembro tiene que haber completado una visita dental dentro de los últimos seis meses	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Rewards Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).
Lector de libros electrónicos (E-reader) (uno de por vida)	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
y una tarjeta para la biblioteca digital (una por año). Lector de libros electrónicos con función de lectura de pantalla disponible para los miembros con deficiencia visual o problemas de desarrollo Para miembros con un diagnóstico de salud conductual, discapacidad del desarrollo (DD), discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD), demencia, o enfermedad de Alzheimer	recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).
Kit de ayudas para la memoria con un libro de recuerdos para el cuidado de la memoria, etiquetas termoadhesivas y decorativas, marcadores permanentes y un reproductor de mp3 con una tarjeta de regalo para música de \$10 (un kit de por vida) Para miembros diagnosticados con demencia o enfermedad de Alzheimer	Inicie sesión en su cuenta en wellpoint.com/tx/medicaid para acceder el Centro de recompensas de beneficios (Benefit Reward Hub) desde la página <i>Beneficios (Benefits)</i> o llame al 833-731-2160 (TTY 711).
Programa EX (EX Program): Un programa en línea para dejar de fumar con actividades en línea, materiales educativos y productos. Este programa puede ayudar a los miembros a medida que tratan de dejar de usar tabaco o mascar, fumar o vapear.	Acceda al programa en Go.TheEXProgram.com/WellpointTX.
Programa de apoyo para la recuperación de trastornos por uso de sustancias a través de una plataforma móvil para apoyar la recuperación en curso. Proporciona motivación diaria, apoyo de pares,	Llame al 833-731-2160 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.

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

¿Cómo obtengo estos beneficios adicionales?

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

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece o le ayuda a encontrar Wellpoint?

La mayoría de la educación sobre la salud para nuestros miembros de centro de enfermería de STAR+PLUS es realizada personalmente por coordinadores de servicios y nuestro programa de administración de casos. También puede acceder a información sobre salud y bienestar en el sitio web para miembros en **wellpoint.com/tx/medicaid** o llamar a Servicios para Miembros o la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **833-731-2160 (TTY 711)** para solicitar ayuda.

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

En nuestro programa de Administración de casos complejos, los administradores de casos le ayudan a manejar su cuidado médico en caso de que usted tenga necesidades especiales. Un administrador de casos tal vez pueda ayudarle si usted ha padecido un evento crítico o le han diagnosticado una condición médica grave tal como diabetes. También tenemos administradores de casos especiales para miembros que están embarazadas.

No necesita una remisión de su médico para recibir estos servicios. Puede ponerse en contacto con el programa de Administración de casos complejos llamando a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** y pidiendo hablar con un administrador de casos complejos. Nuestros

TX STAR+PLUS Nursing Facility MH

administradores de casos son enfermeros certificados y trabajadores sociales, disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro. Los administradores de casos también tienen correo de voz confidencial disponible las 24 horas del día.

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

Un Miembro con necesidades especiales de cuidado médico (MSHCN) es un miembro que:

- 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 regulares y continuos para la condición por parte de personal de cuidado médico apropiado.

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

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

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

¿Cuáles servicios puedo recibir aún a través de Medicaid regular, pero no están cubiertos por Wellpoint?

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

- Servicios para enfermos terminales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHSC)
- Evaluación previa a la admisión y revisión de un residente (PASRR): Esta es una evaluación que tendrá para ver si para usted es adecuado vivir en un centro de enfermería

MI CUIDADO MÉDICO Y OTROS SERVICIOS

¿Qué significa médicamente necesario?

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

Médicamente necesario significa:

1. Para los miembros de 21 años en adelante, 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;
2. 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.

Wellpoint determinará la necesidad médica de servicios adicionales de centros para convalecientes. Wellpoint o su plan de Medicare determinarán la necesidad médica de atención de casos agudos, servicios de salud mental y el abuso de sustancias y medicamentos recetados. Los servicios adicionales de centros para convalecientes son, entre otros, servicios dentales de emergencia, servicios de rehabilitación ordenados por un doctor, sillas de ruedas eléctricas personalizadas y aparatos de comunicación por audio.

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

¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?

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

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

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

¿Qué es atención médica de rutina?

Atención de rutina incluye chequeos regulares, cuidado preventivo y citas por lesiones y enfermedades menores. Su proveedor de atención primaria lo atiende cuando no se está sintiendo bien, pero eso solo es parte de su trabajo. Él o ella también lo cuidan antes de enfermarse. Esto se llama cuidado de bienestar. Consulte en este manual la sección,

¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted debe poder atenderse con su proveedor de atención primaria en un plazo de dos semanas para una atención de rutina.

¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia?

Wellpoint **no es responsable** de pagar los servicios dentales periódicos que reciben los miembros de Medicaid. Sin embargo, Wellpoint es **responsable** de pagar el tratamiento y los aparatos para anomalías craneofaciales.

¿Qué es atención médica de emergencia?

Otro tipo de atención es la atención de emergencia. Si tiene una emergencia, su centro de enfermería lo ayudará a recibir los servicios que necesita.

Atención médica de emergencia

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

Padecimiento médico de emergencia significa:

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

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

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

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

- Requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; O
- 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.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

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

¿Necesito una autorización previa?

No necesita una autorización previa para recibir atención de emergencia.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

Wellpoint cubre de manera limitada servicios dentales de emergencia para:

- Luxación mandibular.

- Daño traumático de los dientes y las estructuras de soporte.
- Extirpación de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales en los dientes o las encías.
- Medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

Wellpoint es responsable de los servicios dentales de emergencia brindados a los miembros de Medicaid en el entorno de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos el hospital, el doctor y los servicios médicos relacionados (por ejemplo, anestesia y medicamentos).

Los procedimientos dentales de emergencia cubiertos son, entre otros:

- Alivio de dolor intenso en una cavidad bucal relacionado con una infección grave o hinchazón
- Reparación de daños por pérdida de dientes debido a trauma (solo atención de casos agudos, no se hace restauración)
- Reducción abierta o cerrada de una fractura de la maxila o la mandíbula
- Reparación de una laceración en o cerca de la cavidad bucal
- Extirpación de neoplasias, incluso lesiones, tumores y quistes benignos, premalignos y malignos
- Incisión y drenaje de celulitis
- Endodoncia; el pago está sujeto a una revisión de la necesidad dental y se tiene que hacer radiografías antes y después de la cirugía
- Extracciones: un solo diente permanente; un solo diente primario; dientes supernumerarios; inclusión de los tejidos blandos; inclusión ósea parcial; inclusión ósea completa; extracción quirúrgica del diente o la punta de la raíz residual

¿Cuán pronto puedo ver a mi médico?

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

Nombre del estándar	Wellpoint
Servicios de emergencia	Tan pronto como llegue al proveedor para ser atendido
Atención de urgencia	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Cuidado fuera del horario normal	Los proveedores de atención primaria están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana directamente o a través de un servicio de contestador automático. Consulte la sección de este manual sobre ¿Cómo recibo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria esté cerrado?
Atención primaria de rutina	En un plazo de 14 días de la solicitud
Atención especializada de rutina	En un plazo de 3 semanas de la solicitud
Salud preventiva	En un plazo de 90 días de la solicitud
Visita de seguimiento de atención primaria después de una visita a la sala de emergencias u hospitalización	Dentro de 14 días de la visita o ser dado de alta

Nombre del estándar	Wellpoint
Atención prenatal	
Visita inicial	En un plazo de 14 días de la solicitud
Visita inicial para alto riesgo o 3er trimestre	En un plazo de 5 días de la solicitud o inmediatamente, si existe una emergencia
Después de la visita inicial	Basado en el plan de tratamiento del proveedor
Salud conductual	
Emergencia que no sea mortal	En un plazo de 6 horas de la solicitud
Atención de urgencia	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Visita inicial para atención de rutina	Lo más temprano de 10 días hábiles o 14 días calendario a partir de la solicitud
Visita de seguimiento para atención de rutina	En un plazo de 3 semanas de la solicitud
Visita de seguimiento después de una hospitalización	En un plazo de 7 días de ser dado de alta

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

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

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al **833-731-2160 (TTY 711)**.

¿Qué pasa si estoy fuera del estado?

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

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

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

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

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

Cubrimos servicios de muchos tipos diferentes de médicos que proveen atención de especialista. Si su proveedor de atención primaria no puede darle el cuidado necesario, él o ella puede remitirlo a un especialista del plan de Wellpoint.

Puede elegir un especialista para que sea su proveedor de atención primaria si el especialista acepta prestarle servicios de atención primaria. Llame a Servicios para Miembros de manera que podamos organizar esto para usted.

¿Qué es una remisión? ¿Qué servicios no necesitan una remisión?

Una remisión es cuando su proveedor de atención primaria lo envía a otro médico o servicio para atención. Si su proveedor de atención primaria no puede darle el cuidado que usted necesita, él o ella debe remitirlo a un especialista del plan de Wellpoint. Puede ver a un especialista sin una remisión de su proveedor de atención primaria. Siempre es mejor hablar primero con su proveedor de atención primaria acerca de cualquier atención adicional que necesite. Su proveedor de atención primaria puede darle información acerca de otros médicos en el plan de Wellpoint y ayudar a coordinar todo el cuidado que usted recibe.

Si tiene Medicare, siga las normas de remisión de su plan de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un especialista?

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

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Tiene derecho a solicitar una segunda opinión sobre los servicios médicos que necesita. Esto no le cuesta nada a usted. Puede obtener una segunda opinión de otro médico en nuestro plan. O, si un médico en nuestro plan no está disponible para una segunda opinión, su proveedor de atención primaria puede enviar una solicitud para que aprobemos que usted vea a un médico que no esté en nuestro plan. Si tiene Medicare, contacte a su plan de Medicare y pregunte cómo obtener una segunda opinión.

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

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

¿Necesito una remisión para esto?

No necesita una remisión de su médico para recibir ayuda para problemas de salud conductual, alcohol o drogas.

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

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

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

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

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

¿Cómo obtengo Servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de casos dirigidos de salud mental?

Llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** para aprender más acerca de los recursos disponibles. Si tiene Medicare, contacte a su plan de Medicare para averiguar si puede obtener estos servicios.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que usted necesita. Su doctor le hará una receta y la enviará por teléfono, fax o electrónicamente al centro para convalecientes para que le pidan, surtan, dispensen y administren el medicamento a usted.

¿Qué pasa si también tengo Medicare?

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

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Su centro de enfermería le encontrará una farmacia en el plan de Wellpoint. También puede llamar a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)** para pedir ayuda.

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

El farmacéutico le explicará que ellos no aceptan Wellpoint. Deberá surtir su receta en una farmacia que acepte Wellpoint.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Si va a la farmacia, debe llevar:

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

¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicamentos?

Muchas farmacias ofrecen servicios de entrega. Su centro de enfermería trabajará con una farmacia para que le entreguen sus medicamentos.

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

Si tiene problemas para recibir sus medicamentos cubiertos por Wellpoint, llámenos al **833-235-2022 (TTY 711)**. Trabajaremos con usted, el centro de enfermería y la farmacia para asegurarnos de que reciba el medicamento que necesita.

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

Algunos medicamentos necesitan nuestra aprobación previa. Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 días de su medicamento. Llame a Wellpoint al **833-235-2022 (TTY 711)** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos. Pida a su farmacéutico que le dispense un suministro para 3 días.

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

Si pierde sus medicamentos o se los roban, pida a su centro de enfermería que nos llame al **833-731-2162**.

¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?

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

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

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

¿Tendré un copago?

Los miembros de Medicaid no tienen copagos.

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy de viaje?

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

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

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

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

Wellpoint organizará servicios de consejería y educación sobre planificación de un embarazo o prevención del embarazo. Puede llamar a su proveedor de atención primaria para obtener ayuda o vaya a cualquier proveedor de planificación familiar de Medicaid.

¿Necesito una remisión para esto?

No necesita una remisión de su médico.

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

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar |ceranos en healthytexaswomen.org/family-planning-program, o puede llamar a Wellpoint al **833-731-2160 (TTY 711)** para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?

Mantenerse sano implica ver a su médico para chequeos regulares. Use el cuadro a continuación para asegurarse de estar al día con sus exámenes anuales de bienestar.

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

Servicios de transporte de Wellpoint para los residentes de centros para convalecientes

¿Qué servicios de transporte se ofrecen?

El centro para convalecientes es responsable de brindar servicios de transporte periódicos que no sean de emergencia excepto para servicios de diálisis. Si es médicamente necesario, Wellpoint brinda transporte en ambulancia que no sea de emergencia para los miembros que necesiten de este servicio.

¿Cómo obtengo este servicio?

Para obtener transporte en ambulancia que no sea de emergencia, su médico tiene que comunicarse con Wellpoint para solicitar autorización para estos servicios. Su médico puede enviar una solicitud por fax al **844-206-3445** o por teléfono al **866-696-0710**.

Si tiene una emergencia y necesita transporte, su centro de enfermería lo ayudará a recibir los servicios que necesita.

¿A quién debo llamar para obtener transporte hacia una cita médica?

Si usted no necesita transporte por ambulancia, su centro de enfermería debe proporcionarle traslados a sus citas médicas, excepto para servicios de diálisis. Usted o su centro de enfermería debe llamar a Access2Care al **844-867-2837 (TTY 711)** al menos con dos días hábiles de antelación para los viajes de servicios de diálisis.

¿Cómo recibo servicios de cuidado de los ojos?

Usted recibe beneficios de cuidado de los ojos. No necesita una remisión de su médico para estos beneficios. Llame a Superior Vision of Texas al **800-428-8789** si necesita ayuda para encontrar un oculista (optometrista) de la red en su área.

Los miembros reciben cobertura para un examen de la vista, marcos médicamente necesarios y ciertos lentes de plástico cada 24 meses.

Si cuenta con Medicare y Medicaid, sus beneficios de la vista serán proporcionados por Medicare o el plan de Medicare que haya escogido.

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

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

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

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

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

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

¿Qué pasa si necesito cuidado de ginecología y obstetricia (OB-GYN)?

AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER:

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

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

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

¿Cómo escojo a un médico de obstetricia/ginecología?

Usted no tiene que escoger un médico de obstetricia/ginecología. Sin embargo, si está embarazada, debe escoger uno para que la atienda. Puede escoger cualquier médico de obstetricia/ginecología listado en el directorio de proveedores de Wellpoint. Si necesita ayuda para elegir uno, llame a Servicios para Miembros al **833-731-2160 (TTY 711)**. Si tiene Medicare, usted escogerá un médico de obstetricia/ginecología que esté en la red de su plan de Medicare.

Si no elijo un médico de obstetricia/ginecología, ¿tengo acceso directo?

Si no desea acudir a un médico de obstetricia/ginecología, su proveedor de atención primaria puede ser capaz de atender sus necesidades médicas femeninas. Pregunte a su proveedor de atención primaria si él o ella puede ofrecerle atención de ginecología y obstetricia (OB-GYN). De no ser así, usted deberá ver a un médico de obstetricia/ginecología. Encontrará una lista de médicos de obstetricia/ginecología en el directorio de proveedores de Wellpoint. También puede buscar uno en nuestro sitio web en **wellpoint.com/tx/medicaid** bajo la pestaña **Encontrar cuidado médico (Find Care)**.

¿Necesitaré una remisión?

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

¿Cuán pronto puedo ser atendida después de contactar a mi médico de obstetricia/ginecología para una cita?

Su médico de obstetricia/ginecología debe verla en un plazo de dos semanas. Podemos ayudarla a encontrar un médico de obstetricia/ginecología en nuestro plan, si fuese necesario.

¿Puedo seguir con mi médico de obstetricia/ginecología si él o ella no está con Wellpoint?

En algunos casos, usted podrá seguir acudiendo a un médico de obstetricia/ginecología que no esté en nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

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

¿Cómo informo un supuesto abuso, descuido o explotación?

Usted tiene derecho al respeto y la dignidad, y a no sufrir abuso, maltrato, descuido y explotación.

¿Cómo se definen el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación?

- **El abuso o maltrato** es un daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir dicho daño.
- **El descuido** puede causar hambre, deshidratación, medicación excesiva o insuficiente, 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 uso indebido de los recursos de otra persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye el uso indebido de los cheques del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), el abuso de una cuenta de cheques conjunta y el robo de bienes y otros recursos.

Cómo denunciar el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación

Por ley, usted debe denunciar cualquier sospecha de abuso, maltrato, descuido o explotación, incluido el uso no autorizado de sujeciones o aislamiento por parte de un proveedor.

Llame al 911 para comunicar una situación de emergencia o de vida o muerte.

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

Presente una denuncia al Departamento de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al **800-458-9858** si la persona que sufre abuso, maltrato, descuido o explotación vive o recibe servicios:

- En un centro de reposo
- En un centro de asistencia con la vida diaria
- En un centro de cuidado de adultos durante el día
- De un proveedor con licencia de cuidado temporal de adultos; o
- De una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o agencia de Servicios de Salud en Casa.

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

Todas las demás sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación se pueden denunciar al DFPS llamando al **800-252-5400**.

Para presentar denuncias electrónicamente (si no es una emergencia)

Vaya a txabusehotline.org. Este es un sitio web seguro. Tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos con una contraseña.

Información útil para presentar una denuncia

Para denunciar abuso, maltrato, descuido o explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y el número de teléfono de todas las personas involucradas.

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

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

¿Cómo consigo una directiva anticipada?

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

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

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

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

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

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

Si recibe una factura, escríbale una carta a un defensor del miembro en su área de servicio e incluya la factura. Para ver una lista de direcciones de Wellpoint, busque al principio de este manual. Conserve una copia de la factura para sus registros. Su carta debe incluir la información enumerada en la siguiente sección: **¿Qué información necesitarán?**

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

¿Qué información necesitarán?

En la carta a un defensor del miembro acerca de una factura de su centro de enfermería, incluya:

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

- La factura que recibió.

Si no puede enviar la factura, incluya en la carta:

- El nombre del centro de enfermería.
- Las fechas del servicio.
- El número de teléfono del centro de enfermería.
- El monto cobrado.
- El número de cuenta, si lo conoce.

¿Qué son ingresos contables? ¿Cuáles son mis responsabilidades?

Ingresos contables son los ingresos personales del miembro que, como beneficiario de Medicaid, tiene que proporcionar al centro para convalecientes como parte de su participación en los costos.

Cada vez que el centro para convalecientes envía un cobro a Medicaid, el miembro tiene que entregarle al centro sus ingresos contables. La cantidad se determina al dividir la cantidad total de los ingresos mensuales por el número de días que el miembro vive en el centro cada mes. Al miembro se le permite quedarse con \$60 para sus gastos personales.

¿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.

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

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

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

Medicaid y el seguro privado

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

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

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

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

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

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

DERECHOS DEL MIEMBRO:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan médico y un proveedor de atención primaria. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan médico y de proveedor de atención primaria.
 - b. Escoger cualquier plan médico que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar de proveedor de atención primaria.
 - d. Cambiar de plan médico sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan médico o de proveedor de atención primaria.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
 - a. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
4. Tiene el derecho de 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.
5. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales estatales. Esto incluye el derecho de:
 - a. Presentar una queja ante su plan médico o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan médico.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una revisión médica externa y audiencia imparcial estatal 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 el derecho a acceso oportuno a cuidado que no tenga barreras de comunicación ni de acceso físico. Esto incluye el derecho a:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los siete días de la semana para recibir toda la atención de emergencia o urgencia que necesite.
 - b. Recibir cuidado médico 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 para personas con discapacidades u otras condiciones que limiten la movilidad, de acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.

- d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan médico; los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
- e. Recibir información clara sobre las reglas del plan médico, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo obtenerlos.
- 7. Tiene derecho a no ser confinado o aislado cuando sea para la conveniencia de otra persona, o se tenga la intención de forzarlo a hacer algo que no quiere hacer, o sea para castigarlo.
- 8. Tiene el derecho de saber que los médicos, hospitales y otras personas que atienden a su hijo pueden aconsejarle sobre el estado de salud, la atención médica y el tratamiento de su hijo. El plan médico no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
- 9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos que se le ofrecieron a su hijo. Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle hacer copagos ni pagar ninguna otra suma adicional por los servicios cubiertos.
- 10. Tiene el derecho de hacer recomendaciones sobre las normas 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 médico y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan médico y de Medicaid.
 - b. Escoger su plan médico y su proveedor de atención primaria sin demora.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan médico y de proveedor de atención primaria, según lo indiquen Medicaid y el plan médico.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre llamar primero a su proveedor de atención primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia;
 - g. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
- 3. Tiene que compartir con su proveedor de atención primaria toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
- 4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

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).

CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE SU CUIDADO

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

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

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

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

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 los servicios que usted ha recibido para ver si usted está recibiendo el mejor cuidado médico preventivo. Si tiene una enfermedad crónica, revisamos si usted está recibiendo ayuda para manejar su condición.

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

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

¿Qué son guías de práctica clínica?

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

PROCESO DE QUEJAS

¿Qué debo hacer si tengo una queja sobre mi cuidado médico, mi proveedor, mi coordinador de servicios, o mi plan médico? ¿A quién llamo?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, llámenos gratuitamente al **833-731-2160 (TTY 711)** para explicarnos su problema. Un representante de Servicios para Miembros de Wellpoint o un defensor del miembro pueden ayudarle a presentar una queja. Solo llame al **833-731-2160 (TTY 711)**. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos pocos días.

¿Puede alguien de Wellpoint ayudarme a presentar una queja?

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

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TX STAR+PLUS Nursing Facility MH

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

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

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

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

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

PROCESO DE APELACIÓN

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

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

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

Puede apelar nuestra decisión de forma oral o por escrito:

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

¿Cómo sabré si los servicios son denegados?

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

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

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

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

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

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

¿Cómo puedo continuar recibiendo servicios que ya estaban aprobados?

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

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

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

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

¿Puede alguien de Wellpoint ayudarme a presentar una apelación?

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

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

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

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?

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

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

APELACIONES DE EMERGENCIA

¿Qué es una apelación de emergencia?

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

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

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

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

¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?

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

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

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

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

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

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

AUDIENCIAS IMPARCIALES ESTATALES

¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal?

Si como miembro del plan médico, usted no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan médico, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente comunicándose con el plan médico por escrito para designar a la persona que 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 la apelación interna del plan médico que se cuestiona. Si no pide la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial estatal. Para pedir una audiencia imparcial estatal, usted o su representante debe enviar una carta a Wellpoint a:

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

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

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico le denegó o redujo, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal si pide una audiencia imparcial estatal dentro de los 10 días después de la fecha en que el plan médico envió la carta con la decisión de la apelación. 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 a los 90 días de la fecha en que pidió la audiencia imparcial estatal.

¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal de emergencia?

Si cree que esperar hasta que se llegue la fecha de la audiencia imparcial estatal pondría en grave peligro su vida o salud, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar el máximo funcionamiento, usted o su representante puede pedir 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 proceso de apelación interna de Wellpoint.

INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA

¿Puedo pedir una revisión médica externa?

Si como miembro del plan médico, usted no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan médico, tiene el derecho de pedir una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal. Una revisión médica externa es un paso adicional y opcional que usted puede tomar para que se revise su caso sin costo antes de que se celebre la audiencia imparcial estatal. Usted, uno de sus padres, su representante autorizado o su representante legalmente autorizado (LAR) debe solicitar la revisión médica externa en un plazo de 120 días a partir de la

TX STAR+PLUS Nursing Facility MH

fecha en que el plan médico envía la carta con la decisión de la apelación interna. Si no pide la revisión médica externa en un plazo de 120 días, puede perder el derecho a una revisión médica externa. Para solicitar una revisión médica externa, usted, uno de sus padres, su representante o su representante legalmente autorizado puede:

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

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico denegó o redujo, al menos hasta que se tome la decisión de la revisión médica externa y la decisión final de la audiencia imparcial estatal, si pide una revisión médica externa con audiencia imparcial estatal en un plazo de 10 días desde que el plan médico envió la carta de decisión de la apelación interna. Si no pide que sus beneficios continúen antes de esta fecha, el servicio que el plan médico le denegó se cancelará.

Usted puede retirar su solicitud de una revisión médica externa antes de que se asigne a una Organización de Revisión Independiente (IRO) o mientras esta organización esté tramitando su solicitud de una revisión médica externa. Una revisión médica externa no se puede retirar si una Organización de Revisión Independiente ya ha terminado la revisión y tomado una decisión.

Una vez que se recibe la decisión de la revisión médica externa, usted tiene derecho de retirar su solicitud de una audiencia imparcial estatal. Puede retirar su solicitud de audiencia imparcial estatal oralmente o por escrito comunicándose con el oficial de audiencias indicado en el Formulario 4803, Aviso de audiencia.

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

¿Puedo pedir una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar la decisión de la revisión médica externa estándar pondría en grave peligro su vida o salud, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar el máximo funcionamiento, usted, uno de sus padres o su representante legalmente autorizado puede pedir una revisión médica externa de emergencia 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 proceso de apelación interna de Wellpoint.

INFORMACIÓN SOBRE 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” para llenar una forma en línea.
- Denúncielo directamente al plan médico:

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

Otras opciones de denuncia incluyen:

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

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

- Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:
 - El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
 - El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.)
 - El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
 - El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
 - El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
 - Las fechas de los sucesos
 - Un resumen de lo ocurrido
- Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:
 - El nombre de la persona
 - La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe
 - La ciudad donde vive la persona
 - Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude

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 doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes, y, cuando corresponda, la educación y experiencia profesionales, la especialidad, la escuela de medicina a la que asistió, la finalización de la residencia y el estado de la certificación profesional
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre los trámites de queja, apelación, revisión médica externa y 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 atención primaria para recibir atención de emergencia
 - Si es una emergencia, siga las instrucciones que le dé el centro para convalecientes. El personal del centro se pondrá en contacto con las autoridades apropiadas para coordinar el transporte o los servicios de emergencia
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid
 - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia
 - Las reglas sobre la posestabilización
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de atención primaria no presta
- Las pautas de práctica de Wellpoint

Guía del miembro para los términos de atención administrada

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

Término	Definición
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 médicamente necesario. Esta determinación o autorización, a veces llamada en inglés <i>prior authorization</i> , <i>prior approval</i> o <i>pre-certification</i> , debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es garantía de que su seguro o plan médico cubrirán los costos.
Prima	La cantidad que debe pagarse por su seguro o plan médico.
Cobertura de medicamentos recetados	Un seguro o plan médico que ayuda a cubrir los costos de fármacos y medicamentos recetados.
Medicamentos recetados	Fármacos o medicamentos que, por ley, requieren de receta médica.
Médico de atención primaria	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) que ofrece o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica a un paciente.
Proveedor de atención primaria	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), enfermero especializado en atención primaria, enfermero clínico especializado o médico asistente, como lo permite la ley estatal, que ofrece, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.
Proveedor	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), profesional de la salud o centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.

Término	Definición
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.

