

Driscoll Children's Health Plan

an affiliate of Driscoll Health System

www.dchpNinos.com



ÁREA DE SERVICIO DE NUECES

Aransas, Bee, Brooks, Calhoun, Goliad, Jim Wells, Karnes, Kenedy, Kleberg, Live Oak, Nueces, Refugio, San Patricio y Victoria Condados

STAR GUIA DE MIEMBROS

MARCH 2012

GRATIS

1-877-220-6376



TEXAS  STAR
PROGRAM
Your Health Plan ■ Your Choice

DCHP6

Sus beneficios STAR incluyen:

- ★ **Visitas a los doctores**
- ★ **Medicamentos con receta**
- ★ **Hospitalización en hospitales locales**
- ★ **Vacunas**
- ★ **Exámenes de la vista y anteojos
(para personas menores de 21 años de edad)**
- ★ **Exámenes de audición y dentales
(para personas menores de 21 años de edad)**
- ★ **Servicios de interpretación**
- ★ **Transporte gratis hasta su médico**
- ★ **Cuidado prenatal**
- ★ **Beneficios de salud mental**
- ★ **Consejos sobre cómo controlar**



Driscoll Children's Health Plan brinda servicios adicionales, tales como:

- ★ **SERVICIOS DE TRANSPORTE.** Ayuda con los servicios de transporte a las citas médicas y las clases de educación prenatal
- ★ **ANTEOJOS.** \$100 para anteojos cada 24 meses *(a partir de los 2 años de edad)*
- ★ **EXAMEN MÉDICO PARA DEPORTES.** Examen médico gratis para la escuela/deportes
- ★ **TELÉFONO CELULAR.** Teléfono celular prestado para las mujeres embarazadas inscritas en el plan o para los participantes con necesidades de salud especiales que necesitan un teléfono
- ★ **CLASES DE EMBARAZO Y PREPARACIÓN PARA EL PARTO.** Clases prenatales y orientación nutricional para las mujeres embarazadas, incluyendo fiestas de regalos comunitarias para el bebé *(actualmente disponible en los condados de Bee, Jim Wells, Kleberg, Nueces, San Patricio y Victoria)*
- ★ **SERVICIOS PARA EL ASMA.** Servicios para los miembros con asma, incluyendo una funda de almohada y un cubrecama antialérgico gratis
- ★ **MEMBRESÍAS EN EL BOYS & GIRLS CLUB.** Membresía para la familia en donde haya disponible un Boys & Girls Club o beca deportiva anual de \$25 para participar en equipos deportivos locales



Driscoll Children's Health Plan

Llámenos:	Member Services 1-877-220-6376 (línea gratuita)
Se habla español	Acceso a los servicios cubiertos e información para casos de emergencia. Para las personas con problemas auditivos: Línea gratuita 1-800-855-2880 (usuarios de TTY). También se ofrecen servicios de interpretación.
Escribanos:	Driscoll Children's Health Plan 615 N Upper Broadway, Suite 1621 Corpus Christi, TX 78401-0764
Horario de atención:	De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CST, excepto los días festivos aprobados por el estado.
Antes de las 8 a. m. o después de las 5 p. m.	Llame y deje su mensaje. Le devolveremos la llamada el día hábil siguiente.
Línea directa de servicios de salud conductual, las 24 horas	Llame al 1-888-244-4142 (inglés o español) para solicitar datos sobre los servicios y ayuda para obtenerlos. También se ofrecen otros servicios de interpretación. En caso de emergencias o crisis, vaya a la sala de emergencias o llame al 911.
Número de atención de la vista	Llame al 1-866-838-7614 para preguntas relativas a exámenes de la vista y anteojos.
Número de atención dental: para realizar preguntas u obtener información relativa a la atención dental	Delta Dental Insurance Company: 1-877-576-5899 DentaQuest: 1-800-516-0165 MCNA Dental: 1-800-494-6262
Línea de ayuda de STAR	1-800-964-2777
Línea de ayuda de cuidados controlados de Medicaid	Llame al 1-866-566-8989 para solicitar ayuda acerca de la obtención de servicios. Es una línea de ayuda disponible en todo el estado. Las personas con problemas auditivos pueden llamar al número para usuarios de TDD: 1-866-222-4306 .
Línea de ayuda farmacéutica	Llame al 1-800-252-8263 (línea gratuita) si necesita que se le dispense una receta.
Transporte no urgente	El estado pone a su disposición servicios de transporte médico en caso de que necesite trasladarse al consultorio del médico. Llame al 1-

877-633-8747 de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. (CST). Llame con anticipación para organizar el traslado.

Bienvenido

Bienvenido al plan de salud Driscoll Children's Health Plan

Al escoger el plan de salud Driscoll Children's Health Plan (DCHP), usted y su hijo obtendrán todos los beneficios médicos de STAR/Medicaid y mucho más.

- Su propio médico.
- Personal amable y de confianza.
- Atención en Driscoll Children's Hospital y muchos hospitales más.
- Educación gratuita sobre la salud para niños de todas las edades.
- Atención garantizada, independientemente de la nacionalidad, la raza, la religión, el origen y el sexo del paciente.

Si tiene dudas o preguntas sobre la atención y considera que ésta no se le brindó por motivos de nacionalidad, raza, religión, origen o sexo, comuníquese lo antes posible con el Departamento de Servicio a Miembros (*Member Services*) de DCHP al **1-877-220-6376**. Sus dudas se investigarán y resolverán rápidamente.

El médico que escogió cuando se afilió a DCHP será su prestador de atención primaria, o el de su hijo, y le ayudará a satisfacer todas sus necesidades de atención médica o las de su hijo.

Pero, primero lo primero. A continuación se incluyen algunos aspectos importantes sobre la atención médica para usted o su hijo:

- Recibirá una tarjeta de identificación de DCHP, en caso de que no haya recibido una.
- En dicha tarjeta aparecerá el nombre del prestador de atención primaria. Compruebe que los nombres incluidos en la tarjeta de identificación sean correctos.
- Conozca a su médico y al de su hijo. Programe una cita lo antes posible con el prestador de atención primaria.
- Llame a su prestador de atención primaria, o al de su hijo, para programar las citas. Dígale que usted, o su hijo, es miembro de DCHP STAR.
- Llame al prestador de atención primaria cada vez que usted o su hijo necesiten atención médica.
- Siga las recomendaciones del prestador de atención primaria.
- Lleve su tarjeta de identificación de DCHP y la de su hijo en todo momento.
- Vaya a la sala de emergencias del hospital solamente en caso de emergencia.

En este Manual para miembros se responden muchas preguntas sobre DCHP. Esperamos que pueda leer pronto este manual. Guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo con facilidad.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos o escribirnos. En DCHP le brindaremos ayuda en cualquier momento, de día o de noche. Contamos con servicios especiales para las personas que tienen problemas para leer, escuchar, ver o hablar en un idioma que no sea inglés o español. Si se necesitan materiales para los miembros (incluido este manual) en otro formato, por ejemplo, en una cinta de audio, en letras más grandes, en braille, en otro idioma, etc., llame lo antes posible a *Member Services* al **1-877-220-6376**. DCHP le entregará estos materiales sin costo alguno.

Nuevamente, le damos la bienvenida.

Índice	Página
Driscoll Children's Health Plan y números de teléfono importantes	1
Bienvenido al plan de salud Driscoll Children's Health Plan	3
Tarjeta de identificación de STAR	
Tarjeta de identificación de DCHP	8
Cómo leer la tarjeta de identificación de DCHP	8
Cómo usar la tarjeta de identificación de DCHP	8
Qué debe hacer si pierde la tarjeta de identificación o si se muda	9
Tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas	9
Prueba de cobertura de Medicaid (formulario temporal)	10
Información acerca de los prestadores de atención primaria	
¿Qué debo llevar a la cita con el médico?	10
Su prestador de atención primaria y el de su hijo	10
¿Cómo puedo cambiar a mi prestador de atención primaria?	10
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi prestador de atención primaria?	11
¿Puede una clínica ser el prestador de atención primaria? (RHC/FQHC)	11
¿Cuántas veces puedo cambiar de prestador de atención primaria?	11
¿Hay alguna razón por la cual se podría negar mi solicitud de cambio de prestador de atención primaria?	11
¿Mi prestador de atención primaria puede derivarme a otro prestador de atención primaria por falta de cumplimiento?	11
¿Qué sucede si decido consultar a otro médico que no es mi prestador de atención primaria?	11
¿Qué es el programa Medicaid Limited Program?	12
Planes de incentivos para médicos	12
Cómo cambiar de plan de salud	
¿Qué sucede si deseo cambiar de plan de salud?	12
¿A quién debo llamar?	13
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?	13
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de plan de salud?	13
¿Puede DCHP solicitar que se me dé de baja del plan de salud (por falta de cumplimiento, etc.)?	13
Beneficios de DCHP STAR	
¿Cuáles son los beneficios de atención médica?	13
¿Cómo puedo obtener estos servicios?	14
¿Existe algún límite con respecto a los servicios cubiertos?	14
¿A qué número debo llamar para obtener información acerca de estos servicios?	14
¿Qué servicios no están cubiertos?	14
¿Qué beneficios adicionales recibo como miembro de DCHP?	15
¿Cómo puedo obtener estos beneficios?	15
¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados?	15
Servicios de salud conductual (mental) y adicción	
¿Cómo puedo recibir ayuda si tengo problemas de salud mental, alcohol o drogas?	15
¿Debo obtener una derivación en este caso?	15
Atención para las mujeres que son miembros	
¿Qué sucede si necesito atención de un obstetra o ginecólogo?	16
¿Tengo el derecho de escoger un obstetra o ginecólogo?	16
¿Qué debo hacer para escoger un obstetra o ginecólogo?	16

Índice	Página
Si no escojo un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?	16
¿Deberé obtener una derivación?	16
¿Puedo seguir consultando a mi obstetra o ginecólogo si este no pertenece a DCHP?	16
¿Qué sucede si estoy embarazada?	16
¿A quién debo llamar?	16
¿Qué otros servicios, actividades y acciones educativas ofrece el plan de salud a las mujeres embarazadas?	16
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?	17
¿Con qué rapidez puede atenderme mi obstetra o ginecólogo después de solicitar una cita?	17
¿Puedo escoger a un prestador de atención primaria para mi hijo antes de que nazca?	17
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el prestador de atención primaria de mi hijo?	17
¿Puedo cambiar el plan de salud de mi hijo?	17
¿Cómo debo hacer para inscribir a mi hijo recién nacido?	17
¿Cómo y cuándo debo informar a mi plan de salud?	17
¿Debo obtener una derivación en este caso?	18
¿Qué es la Administración de casos para niños y mujeres embarazadas?	18
¿Qué tipo de servicios recibiríamos mi hijo o yo?	18
Prestadores de planificación familiar	
¿Cómo puedo obtener los servicios de planificación familiar?	18
¿Dónde encuentro un prestador de servicios de planificación familiar?	18
Texas Health Steps	
¿Qué es Texas Health Steps?	18
¿Qué servicios se ofrecen a través de Texas Health Steps?	19
¿Cómo y cuándo puedo acceder a los chequeos médicos y dentales de Texas Health Steps para mi hijo?	19
¿Mi médico debe formar parte de la red de DCHP?	19
¿Debo obtener una derivación?	19
¿Qué sucede si debo cancelar una cita?	19
¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad y mi hijo debe asistir a un chequeo de Texas Health Steps?	20
¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola migrante?	20
Otros servicios y coberturas	
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece DCHP?	20
¿Qué otros servicios puedo obtener a través de DCHP (servicios no capitados)?	20
¿Cómo puedo obtener servicios de atención de la vista?	21
¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo?	21
Intérprete	
¿Puedo recibir los servicios de un intérprete cuando hablo con mi médico?	21
¿A quién debo llamar para solicitar los servicios de un intérprete?	21
¿Con cuánta anticipación debo llamar?	21
¿Cómo puedo obtener los servicios de un intérprete en persona en el consultorio del médico?	21
Cobertura de recetas médicas	
¿Cómo puedo obtener mis medicamentos?	21
¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?	21
¿Qué sucede si voy a una farmacia que no pertenece a la red?	22
¿Qué debo llevar a la farmacia?	22

Índice	Página
¿Qué sucede si necesito que me envíen los medicamentos?	22
¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener los medicamentos?	22
¿Qué sucede si los medicamentos que el médico me recetó no están autorizados?	22
¿Qué sucede si pierdo los medicamentos?	22
Atención médica y otros servicios	
¿Qué significa “medicamente necesario”?	22
¿Qué es la atención médica de rutina y cómo la obtengo?	23
¿Qué es la atención médica de urgencia y cómo la obtengo?	23
Atención de emergencia	
Atención médica de emergencia	24
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?	25
¿Qué debo hacer si necesito atención dental de emergencia?	25
¿Con qué rapidez puedo esperar que me atiendan?	25
¿Qué es la atención posterior a la estabilización?	25
¿Cómo puedo recibir atención médica cuando el consultorio de mi prestador de atención primaria está cerrado?	25
¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	26
¿Qué sucede si estoy fuera del estado?	26
¿Qué sucede si estoy fuera del país?	26
Transporte	
Si no tengo automóvil, ¿cómo puedo trasladarme al consultorio del médico?	26
¿A quién debo llamar para coordinar un traslado al consultorio para la cita con el médico?	26
¿Con cuánta anticipación debo llamar?	26
¿Puede algún conocido llevarme al consultorio para la cita y cobrar el kilometraje?	27
¿A quién debo llamar si tengo una queja acerca del servicio o el personal?	27
¿Cuál es el horario de atención y cuáles son los límites para los servicios de transporte?	27
Derivaciones a especialistas	
¿Qué sucede si necesito ver a un especialista?	27
¿Qué es una derivación?	27
¿Con qué rapidez puedo esperar que me atienda un especialista?	27
¿A quién debo llamar si necesito atención médica especial y necesito ayuda?	27
¿Para cuáles servicios no se requiere una derivación?	27
¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?	28
Directivas anticipadas	
¿Qué sucede si estoy muy enfermo(a) como para tomar una decisión acerca de la atención médica que recibo?	28
¿Qué son las directivas anticipadas?	28
¿Cómo puedo obtener una directiva anticipada?	28
Otros datos	
¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?	28
¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico?	28
¿A quién debo llamar?	29
¿Qué información necesitarán?	29
¿Qué debo hacer si me mudo?	29
¿Qué sucede si tengo otro seguro médico además de Medicaid?	29
¿Cómo se pagan mis facturas médicas si tengo otro seguro?	29
¿Qué sucede si tengo un accidente y DCHP paga la factura?	29

Índice	Página
Servicios que requieren autorización previa	
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio para mí que está cubierto, pero el plan de salud lo deniega o limita?	30
¿Cómo sabré si no se han aprobado los servicios?	30
Cómo realizar una apelación por un servicio negado	
¿Puedo apelar cuando DCHP no ha pagado una reclamación?	31
¿Alguna persona de DCHP puede ayudarme a presentar una apelación?	31
¿Puedo presentar una apelación ante el estado?	31
¿Qué es una apelación inmediata?	31
¿Cómo puedo solicitar una apelación inmediata?	31
¿Qué sucede si el plan de salud niega la solicitud de apelación inmediata?	32
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación inmediata?	32
Audiencia estatal imparcial	
¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial?	32
Quejas	
¿Qué debo hacer si tengo una queja?	32
¿A quién debo llamar?	33
¿Alguna persona de DCHP puede ayudarme a presentar la queja?	33
¿Cuánto tardará el procesamiento de la queja?	33
Información sobre cómo presentar una queja ante la HHSC después de presentarla ante DCHP	33
Proceso de tramitación de quejas	
Fraude y abuso del programa STAR	
¿Cómo denuncio a alguien que hace uso indebido o abusa de los programas o servicios?	33
Cómo denunciar casos de despilfarro, abuso o fraude por parte de prestadores o personas que reciben beneficios	34
Información que debe estar disponible una vez al año	
Derechos y responsabilidades de los miembros	
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	35
Derechos de los miembros	35
Responsabilidades de los miembros	36

Driscoll Children's Health Plan y STAR

Driscoll Children's Health Plan presta servicios para el programa de Medicaid denominado STAR. Este programa brinda atención médica a las familias que normalmente no podrían obtenerla.

Si escoge el plan de salud Driscoll Children's Health Plan (DCHP), podemos brindarle los servicios de atención médica de STAR para usted y sus hijos. La atención médica a través de DCHP STAR se encuentra disponible en estos condados del sur de Texas:

- Aransas
- Bee
- Brooks
- Calhoun
- Goliad
- Jim Wells
- Karnes
- Kenedy
- Kleberg
- Live Oak
- Nueces
- Refugio
- San Patricio
- Victoria

DCHP es un seguro médico cerrado (*Health Maintenance Organization* o HMO) sin fines de lucro y con licencia del Departamento de Seguros de Texas (*Texas Department of Insurance*).

Tarjeta de identificación de STAR

Una vez que se afilió a DCHP, recibirá una tarjeta de identificación de STAR. A continuación se muestra una copia de esa tarjeta.

Sus datos o los de su hijo

Nombre y número de teléfono del prestador de atención primaria

Member Name: SAMPLE MI MEMBER
Member ID#: 123456789
Effective Date: 01/01/2010
PCP: PCP NAME
PCP Phone#: (XXX) XXX-XXXX
Effective Date of PCP: 01/01/2010

Customer Service Phone #: 1-877-220-6376

Important Information/Información importante
 24/7 Member Services/Departamento de Servicios para Miembros (gratis) **1-877-220-6376**
 TTY for hearing impaired/TTY para personas con problemas del oído **1-800-855-2880**
 24/7 Behavioral Health Hotline/Línea de Servicios de Salud Mental **1-888-244-4142**
 Vision Services/Servicios para la vista **1-866-838-7614**

Directions for what to do in an emergency
 In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.

Instrucciones en caso de emergencia
 En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

NOTICE TO PROVIDER: The member whose name appears on the face of this card is covered by Driscoll Children's Health Plan for STAR services. For provider billing or UM questions, 1-877-324-3627. The toll free UM FAX number is 1-866-741-5650.

Submit Claims to: DCHP, P.O. Box 3668, Corpus Christi, TX 78469-3668

Pharmacist (Only) Help Desk: **1-877-908-6023**
 BIN: 610602 PCN: MCD Rx GRP: DCH Rev 3/12

Usted y cada uno de sus hijos tendrán su propia tarjeta. No recibirá una tarjeta nueva de DCHP STAR cada mes. Se le enviará una tarjeta nueva si la pierde o si nos llama para cambiar de prestador de atención primaria.

Cómo leer la tarjeta de identificación de DCHP STAR

En el frente de la tarjeta de identificación de DCHP STAR se encuentran sus datos importantes y los de su hijo, junto con el nombre y el número de teléfono del prestador de atención primaria. En la parte posterior de la tarjeta se incluyen los números de teléfono importantes para emergencias u otro tipo de asistencia de Member Services de DCHP.

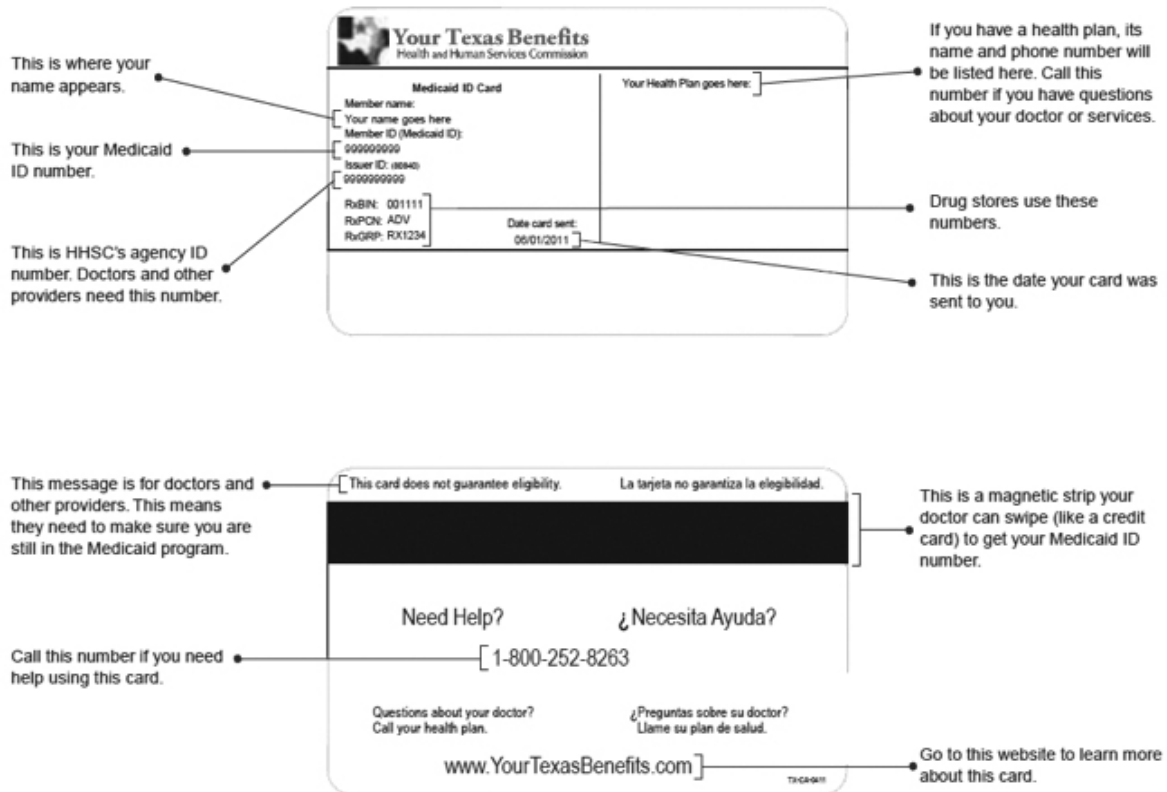
Cómo usar la tarjeta de identificación de DCHP

Lleve su tarjeta de identificación de DCHP STAR, o la de su hijo, cuando usted o su hijo reciban servicios de atención médica. **Debe** mostrar la tarjeta de identificación de STAR a fin de recibir cualquier servicio médico.

Qué debe hacer si pierde la tarjeta de identificación o si se muda

Si pierde la tarjeta de identificación de DCHP STAR, llámenos de inmediato al **1-877-220-6376** para obtener una tarjeta nueva.

Tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas



Cuando reciba la autorización para obtener los servicios de Medicaid, recibirá también la tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de identificación de Medicaid para uso diario. Debe llevarla y protegerla como lo hace con la licencia de conducir o la tarjeta de crédito. La tarjeta tiene una cinta magnética con su número de identificación de Medicaid. El médico puede usar la tarjeta para determinar si usted tiene beneficios de Medicaid cuando va a una consulta.

Cada vez que cambie de plan de salud, recibirá una nueva tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas.

Si no sabe con certeza si tiene la cobertura de Medicaid, llame a la línea gratuita **1-800-252-8263**. También puede llamar al 211. Primero elija un idioma y, luego, la opción 2.

Su historia clínica es una lista de los servicios médicos y los medicamentos que ha recibido a través de Medicaid. Esta historia está a disposición de los médicos de Medicaid para que puedan determinar el tipo de atención médica que usted necesita. Si no desea que sus médicos vean su historia clínica a través de la red en línea segura, llame a la línea gratuita **1-800-252-8263**.

En el frente de la tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas se encuentran los siguientes datos:

- Su nombre y su número de identificación de Medicaid.

- El nombre del programa de Medicaid en el que está inscrito(a), si obtiene los servicios de Medicaid a través de un plan de salud. Dicho programa sería STAR, STAR Health o STAR+PLUS.
- La fecha en que la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (*Texas Health and Human Service Commission*, HHSC) elaboró esta tarjeta para usted.
- Los datos que la farmacia necesitará para facturar a Medicaid.
- El nombre del plan de salud en el que está inscrito(a) y el número de teléfono del plan.
- Los nombres de su médico y su farmacia, si está inscrito(a) en el programa Medicaid Limited.

Prueba de cobertura de Medicaid (formulario temporal)

Si pierde la tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas, puede obtener un formulario temporal de Medicaid. El formulario temporal es el Formulario 1027-A y puede utilizarlo hasta que reciba la tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas. El formulario temporal se utiliza de la misma manera que la tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas. Llame a la línea de ayuda de STAR **1-800-964-2777** para recibir más información acerca de cómo obtener un formulario temporal.

Información acerca de los prestadores de atención primaria

¿Qué debo llevar a la cita con el médico?

Cuando vaya al médico, deberá llevar su tarjeta de identificación de DCHP, o la de su hijo, y su tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas. Si su hijo va al médico, no olvide llevar la cartilla de vacunación de su hijo.

Su prestador de atención primaria y el de su hijo

Durante el proceso de afiliación a DCHP, usted eligió un médico de nuestra lista para que sea su prestador de atención primaria o el de su hijo. Este médico se asegurará de que usted y su hijo reciban la atención adecuada. El prestador de atención primaria les realizará los chequeos regulares a usted y a su hijo, les recetará medicamentos y suministros cuando usted o su hijo estén enfermos, y les indicará si deben consultar a un especialista.

Para brindarle la mejor atención posible, el prestador de atención primaria necesita conocer su historia clínica y la de su hijo. Su historia clínica es privada y confidencial. Solamente usted, su prestador de atención primaria y los demás prestadores autorizados tienen el derecho de verla. Si cambia de médico, asegúrese de dar al nuevo prestador de atención primaria todos los datos necesarios sobre su historia clínica.

¿Cómo puedo cambiar a mi prestador de atención primaria?

En las siguientes situaciones es posible que desee tener otro prestador de atención primaria:

- Si no está conforme con la atención de su prestador de atención primaria.
- Si necesita otra clase de médico para que atienda a su hijo.
- Si se muda a un lugar más alejado de su prestador de atención primaria.
- Si su prestador de atención primaria ya no forma parte de la red de DCHP.
- Si no tiene una buena relación con el prestador de atención primaria.

Para cambiar a su prestador de atención primaria, o el de su hijo, llame a la línea gratuita **1-877-220-6376**. En el Directorio de Proveedores de DCHP (*DCHP Provider Directory*) se incluye una lista de todos los prestadores de atención primaria.

Recibirá una tarjeta de identificación nueva donde se indicará la fecha en que el nuevo prestador de atención primaria puede comenzar a atenderle a usted o a su hijo. En la tarjeta nueva se incluirá el nombre y el número de teléfono del nuevo prestador de atención primaria.

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

Puede cambiar de prestador de atención primaria en cualquier momento. Si llama **ANTES** del día 5 del mes, el cambio entrará en vigencia de inmediato. Si llama **DESPUÉS** del día 5 del mes, el cambio de prestador de atención primaria no se realizará sino hasta el primer día del mes siguiente.

¿Puede una clínica ser el prestador de atención primaria?

Usted puede escoger una clínica como su prestador de atención primaria o el de su hijo. Puede ser un Centro de Salud Aprobado por el Gobierno Federal (*Federally Qualified Health Center* o FQHC) o una Clínica de Salud Rural (*Rural Health Clinic* o RHC). Si tiene preguntas, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Cuántas veces puedo cambiar de prestador de atención primaria?

No hay límites en la cantidad de veces que puede cambiar a su prestador de atención primaria o el de su hijo. Para cambiar de prestador de atención primaria, llame a la línea gratuita **1-877-220-6376** o escriba a la siguiente dirección:

Driscoll Children’s Health Plan
 ATT: Request to change PCP
 615 N Upper Broadway, Suite 1621
 Corpus Christi, TX 78401-0764

¿Hay alguna razón por la cual se podría negar mi solicitud de cambio de prestador de atención primaria?

En los siguientes casos es posible que no pueda tener el prestador de atención primaria que escogió:

- Si el prestador de atención primaria que escogió no acepta pacientes nuevos.
- Si el prestador de atención primaria que escogió ya no forma parte de DCHP.
- Si ya ha cambiado de prestador de atención primaria más de cuatro (4) veces en un año.

¿Mi prestador de atención primaria puede derivarme a otro prestador de atención primaria por falta de cumplimiento?

Es importante que siga las recomendaciones del prestador de atención primaria. Participe en la toma de decisiones acerca de su atención médica o la de su hijo. Si no sigue las recomendaciones de su prestador de atención primaria, es posible que este nos solicite que le asignemos a usted o a su hijo a otro prestador. También existe la posibilidad de que usted y su prestador de atención primaria no tengan una buena relación, o de que usted falte a varias citas sin avisar el motivo. El prestador de atención primaria tiene la obligación de informarnos si desea que usted cambie a su prestador de atención primaria o el de su hijo. Nos comunicaremos con usted para solicitarle que escoja otro prestador de atención primaria.

¿Qué sucede si decido consultar a otro médico que no es mi prestador de atención primaria?

Si decide consultar a otro médico que no es su prestador de atención primaria o el de su hijo, se deben autorizar los servicios. Si tiene preguntas, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

Puede consultar a cualquier prestador que forme parte de DCHP, si necesita:

- Atención médica de emergencia durante las 24 horas en una sala de emergencias.
- Servicios y suministros de planificación familiar.

Si necesita servicios de salud mental o atención por adicción, debe llamar a la línea directa de salud conductual al **1-888-244-4142**. Los servicios de salud conductual son muy privados, por lo que no necesita la aprobación de su prestador de atención primaria para recibir estos servicios.

Si necesita un examen de rutina de la vista, no necesita la aprobación del prestador de atención primaria para recibir estos servicios; sin embargo, si tiene un problema de la vista, necesitará una derivación de su prestador de atención primaria. Si tiene preguntas sobre los servicios de atención de la vista, llame al **1-866-838-7614**.

Para todos los otros tipos de atención, debe ver solamente al prestador de atención primaria que figura en la tarjeta de identificación.

¿Qué es el programa Medicaid Limited Program?

Si no cumple con las reglas de Medicaid, puede afiliarse al programa Limited Program. Este programa controla el uso que usted hace de los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid siguen siendo los mismos. Si se afilia a Medicaid Limited Program:

- Elija una farmacia en una ubicación a la que acudirá siempre.
- Asegúrese de que el médico principal, el dentista principal u otros especialistas a los que le deriven sean los únicos médicos que le receten medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos.

Para obtener más información, llame al **1-800-463-6184**, opción 4.

Planes de incentivos para médicos

Mediante un plan de incentivos para médicos se recompensa a los médicos por los tratamientos que reducen o limitan los servicios para las personas cubiertas por Medicaid. Por el momento, DCHP no cuenta con un plan de incentivos para médicos.

Cómo cambiar de plan de salud

¿Qué sucede si deseo cambiar de plan de salud?

Para cambiar de plan de salud, llame a la línea de ayuda del Programa Texas STAR al **1-800-964-2777**. Durante los primeros 90 días posteriores a su inscripción en un plan de salud, puede cambiarse a otro plan por cualquier motivo. Después de estar inscrito durante 90 días en un plan de salud, puede cambiarse una vez a otro plan por cualquier motivo. Un ejemplo de causa justa es la imposibilidad de recibir la atención médica que necesita a través del plan de salud.

Si se encuentra en un hospital, un centro residencial para el tratamiento de un trastorno por adicción o un centro residencial de desintoxicación por adicción, no podrá cambiar de plan de salud hasta que le den el alta.

Si llama para cambiar de plan de salud a más tardar el 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 se llevará a cabo el primer día del segundo mes después de ese. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes de esta fecha, el cambio se llevará a cabo el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio se llevará a cabo el 1 de junio.

¿A quién debo llamar?

Para cambiar de plan de salud, llame a la línea de ayuda del Programa Texas STAR al **1-800-964-2777**.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Puede cambiar de plan de salud tantas veces como lo desee, pero no más de una vez por mes.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de plan de salud?

Si llama para cambiar su plan de salud, o el de su hijo, a más tardar el 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 se llevará a cabo el primer día del segundo mes después de ese. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes de esta fecha, el cambio se llevará a cabo el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio se llevará a cabo el 1 de junio.

¿Puede DCHP solicitar que se me dé de baja del plan (por falta de cumplimiento, etc.)?

Sí. DCHP podría solicitar que se le dé de baja de nuestro plan de salud si usted:

- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación de DCHP.
- Permite que otra persona use su tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas.
- No sigue las recomendaciones de su médico, para usted o para su hijo.
- Acude a la sala de emergencias cuando usted o su hijo no tienen una emergencia verdadera.
- Causa problemas en el consultorio del médico.
- Dificulta el trabajo del médico cuando intenta ayudarle a usted o a otras personas.

Si se realizan modificaciones en su plan de salud, se le enviará una carta.

Beneficios de DCHP STAR

¿Cuáles son los beneficios de atención médica?

DCHP cubre todos los beneficios de Medicaid, entre los que se incluyen los siguientes:

- Atención médica para que usted o su hijo gocen de buena salud.
- Atención médica necesaria para adultos y niños.
- Vacunas para niños y jóvenes menores de 21 años.
- Servicios de especialistas.
- Servicios de un quiropráctico (especialista en trastornos en la espalda).
- Servicios de un podólogo (especialista en pies).
- Servicios de laboratorio.
- Servicios de radiografía.
- Cirugía sin estadía durante la noche en el hospital.
- Atención médica hospitalaria.
- Atención médica de emergencia durante las 24 horas en una sala de emergencias.
- Medicamentos recetados ilimitados (a través del programa *Vendor Drug Program*).
- Exámenes de la vista y anteojos.
- Consultas con el especialista en oído y audífonos.
- Servicios de salud en el hogar (atención médica en el hogar).
- Servicios de ambulancia, si los necesita.
- Diálisis (ayuda de una máquina) para problemas renales.

- Equipos médicos duraderos y suministros (silla de ruedas).
- Trasplante de órganos y tejidos (por ejemplo, corazón o hígado).
- Servicios y suministros de planificación familiar (por ejemplo, métodos anticonceptivos).
- Atención prenatal.
- Servicios en centros de maternidad.
- Servicios de salud conductual (mental).
- Ayuda con adicciones (por ejemplo, alcohol o drogas).
- Un chequeo anual para los miembros adultos.
- Un chequeo de Texas Health Steps para los miembros menores de 21 años.
- No se aplica el límite de período de enfermedad de 30 días.
- Y muchos otros beneficios (para obtener más información, llame a **Member Services** al **1-877-220-6376**).

¿Cómo puedo obtener estos servicios?

Su prestador de atención primaria, o el de su hijo, trabajará con usted para garantizar que su hijo reciba la atención que necesita.

¿Existe algún límite con respecto a los servicios cubiertos?

Es posible que existan límites con respecto a estos servicios. Para obtener más información, llame a Member Services.

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

Si tiene preguntas, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Qué servicios no están cubiertos?

Los siguientes servicios, que posiblemente no sean todos los servicios, no están cubiertos por STAR:

- Acupuntura (curación mediante agujas y alfileres).
- Hipnosis.
- Cirugía estética (por ejemplo, rejuvenecimiento facial).
- Inseminación artificial.
- Perforación de orejas.
- Apoyo en el hospital ante la pérdida de un ser querido.
- Trasplante capilar.
- Tratamiento de fertilidad.
- Fecundación *in vitro*.
- Medicamentos o procedimientos experimentales.
- Terapia matrimonial.
- Testimonios e informes médicos.
- Servicios no autorizados.
- Implante peniano.
- Queratotomía radial.
- Cuidados de relevo.
- Reversión de una esterilización.
- Servicios que no necesita (no son médicamente necesarios).
- Servicios que no están aprobados por su prestador de atención primaria o el de su hijo.
- Todos los servicios que obtenga fuera de los Estados Unidos.

¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de DCHP?

Todos los miembros de DCHP pueden recibir servicios de valor agregado. Estos son los beneficios adicionales que usted o su hijo pueden obtener:

- Evaluación del medio ambiente para los miembros con asma, y una almohada y colchas sin costo alguno.
- \$100 para anteojos cada 24 meses (2 años de edad en adelante).
- Beneficio adicional de transporte al consultorio del médico para los miembros que reúnen los requisitos.
- Exámenes de aptitud física para la práctica de deportes o la escuela.
- Uso temporal de teléfonos celulares para las mujeres embarazadas que son miembros o para los miembros con necesidades de atención médica especial que necesiten un teléfono.
- Educación prenatal y asesoramiento nutricional para las mujeres embarazadas.

Para obtener información acerca de todos los beneficios adicionales, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Para obtener anteojos, comuníquese con nuestro proveedor de productos para la vista al **1-866-838-7614**.

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener los demás servicios de valor agregado, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados?

DCHP cubre la mayoría de los medicamentos recetados por el médico. Para obtener más información, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

Servicios de salud conductual (mental) y adicciones

¿Cómo puedo recibir ayuda si tengo problemas de salud mental, alcohol o drogas?

Usted puede recibir ayuda para problemas de conducta (mentales) o adicción (drogas). El prestador que escoja debe pertenecer a la red de salud conductual de DCHP. Para recibir ayuda, llame a la línea directa de salud conductual que aparece en su tarjeta de identificación. El número de teléfono es **1-888-244-4142**. Puede llamar en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los servicios de salud conductual son muy privados, por lo que no necesita la aprobación de su prestador de atención primaria, o el de su hijo, para recibir estos servicios.

Si usted o su hijo tienen una emergencia relacionada con problemas mentales o adicción a las drogas o el alcohol, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911 para solicitar una ambulancia.

¿Debo obtener una derivación en este caso?

Usted puede consultar a un prestador de atención de la salud mental de DCHP sin la derivación de su prestador de atención primaria o el de su hijo.

Atención para las mujeres que son miembros

¿Qué sucede si necesito atención de un obstetra o ginecólogo?

DCHP le permite escoger un obstetra o ginecólogo (médico para mujeres), pero este médico debe pertenecer a la misma red que su prestador de atención primaria.

¿Tengo el derecho de escoger un obstetra o ginecólogo?

Usted tiene el derecho de elegir un obstetra o ginecólogo, sin la derivación de su prestador de atención primaria. Un obstetra o ginecólogo le puede brindar lo siguiente:

- Un examen médico para la mujer sana al año.
- Atención relacionada con el embarazo.
- Atención para cualquier afección médica femenina.
- Derivaciones a especialistas de la red de prestadores.

¿Qué debo hacer para escoger un obstetra o ginecólogo?

Solo puede escoger un obstetra o ginecólogo que forme parte de DCHP y no necesita una derivación de su prestador de atención primaria. Para elegir un obstetra o ginecólogo, llame a Member Services al **1-877-220-6376**. También puede solicitar que su obstetra o ginecólogo sea su prestador de atención primaria. Si desea que su obstetra o ginecólogo sea su prestador de atención primaria, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

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

No está obligada a escoger un obstetra o ginecólogo; sin embargo, si usted está embarazada, es recomendable que escoja uno para que le brinde atención médica. Puede tener acceso directo a un obstetra o ginecólogo.

¿Deberé obtener una derivación?

No. No necesita una derivación de su prestador de atención primaria para ver a un obstetra o ginecólogo.

¿Puedo seguir consultando a un obstetra o ginecólogo que no forma parte de DCHP?

Si está embarazada de seis (6) meses o más, puede seguir atendiéndose con el obstetra o ginecólogo al que acude en la actualidad, aunque no forme parte de DCHP. Para obtener más información, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Qué sucede si estoy embarazada?

Es muy importante que llame a DCHP para notificarnos que está embarazada y qué médico la atiende.

¿A quién debo llamar?

Si está embarazada, llame a Member Services al **1-877-220-6376**. Es muy importante que comience a recibir atención prenatal inmediatamente.

¿Qué otros servicios, actividades y acciones educativas ofrece el plan de salud a las mujeres embarazadas?

Las mujeres embarazadas recibirán servicios de administración de casos y educación sobre la salud. Una enfermera administradora de casos:

- Se comunicará con usted por teléfono.
- Se comunicará con usted por correo.
- Le brindará información acerca del embarazo.
- La ayudará a elegir un obstetra o ginecólogo.
- Evaluará sus necesidades en materia de atención médica e información.
- La ayudará a coordinar las consultas y el transporte.
- Informará acerca de su progreso al prestador de atención primaria o al obstetra o ginecólogo.
- Le entregará un teléfono celular para que lo utilice temporalmente, mientras esté embarazada, si no tiene uno.
- La ayudará a elegir un pediatra para su bebé.

Existen otros beneficios adicionales para las mujeres embarazadas, incluidos los siguientes:

- Beneficios dentales limitados para miembros de 21 años de edad en adelante.
- Consultas a domicilio para las madres primerizas.
- Educación prenatal y asesoramiento nutricional.
- Tratamiento intensivo para pacientes externas o tratamientos ambulatorios para la dependencia o adicción para miembros de 21 años de edad en adelante.
- Tratamiento residencial para la dependencia o adicción para miembros de 21 años de edad o más.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Si necesita conocer las direcciones de los centros de maternidad, llame a Member Services al **1-877-220-6376** para solicitar ayuda.

¿Con qué rapidez puede atenderme mi obstetra o ginecólogo después de solicitar una cita?

Debería obtener una cita dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud.

¿Puedo escoger a un prestador de atención primaria para mi hijo antes de que nazca?

Sí. Llame a Member Services al **1-877-220-6376** y escoja un prestador de atención primaria para su hijo.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el prestador de atención primaria de mi hijo?

Si no escoge un prestador de atención primaria para su hijo, se elegirá uno en su nombre. Si no le satisface dicha elección, puede llamar a Member Services y cambiar de prestador de atención primaria.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi hijo?

Durante al menos 90 días a partir de la fecha de nacimiento, su bebé recibirá cobertura a través del mismo plan al que usted se afilió. Puede solicitar que lo cambien de plan de salud antes de que se cumplan los 90 días, si su plan de salud actual y su plan de salud nuevo aprueban la transferencia. No puede cambiar de plan de salud mientras su hijo se encuentre en el hospital.

¿Cómo debo hacer para inscribir a mi hijo recién nacido?

Cuando su hijo nazca, llame inmediatamente al asistente social de la Oficina de Servicios de Elegibilidad (*Office of Eligibility Services*) de la HHSC para que su hijo pueda recibir los beneficios de Medicaid.

¿Cómo y cuándo debo informar a mi plan de salud?

También es importante que llame lo antes posible a Member Services o al asistente social para que nos informe acerca del nacimiento de su hijo. Recibirá una identificación de Medicaid (tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas) que dirá "Newborn Call Plan". Esto significa que el niño se encuentra en el plan de salud de la madre durante al menos 90 días a partir de la fecha de su nacimiento.

¿Debo obtener una derivación en este caso?

No necesita solicitar una derivación a su prestador de atención primaria para obtener servicios o suministros de planificación familiar.

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

El programa de Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (*Case Management for Children and Pregnant Women* o CPW) proporciona servicios para niños que tienen una afección médica o un riesgo para la salud desde el nacimiento hasta los veinte (20) años de edad y para mujeres embarazadas de alto riesgo de todas las edades. Este programa brinda servicios médicos, sociales, educativos y otros servicios médicamente necesarios que usted podría necesitar. Para obtener información, llame al **1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS)**.

¿Qué tipo de servicios recibiríamos mi hijo o yo?

El programa de CPW proporciona información sobre nutrición, atención de la salud física y mental, atención del niño sano y programas de asistencia financiera. Para obtener más información, visite el programa de CPW:

<http://www.dshs.state.tx.us/caseman/default.shtm>.

Prestadores de planificación familiar

¿Cómo puedo obtener los servicios de planificación familiar?

Los servicios de planificación familiar (por ejemplo, métodos anticonceptivos y asesoramiento) son muy privados. Puede acudir a una consulta, recibir asesoramiento y realizarse análisis una vez por año. También puede recibir medicamentos y suministros para prevenir el embarazo. Pregunte a su prestador de atención primaria si ofrece servicios de planificación familiar, por ejemplo, métodos anticonceptivos. Si no se siente cómodo(a) al hablar con su prestador de atención primaria, llame a Member Services al **1-877-220-6376**. También puede acudir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte su formulario de Medicaid.

¿Dónde encuentro un prestador de servicios de planificación familiar?

Para encontrar las direcciones de prestadores de planificación familiar más próximas a su domicilio, visite <http://www.dshs.state.tx.us/famplan/locator.shtm> o llame a DCHP al **1-877-220-6376** para obtener ayuda.

Texas Health Steps

¿Qué es Texas Health Steps?

Texas Health Steps es un programa destinado a los niños y jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años de edad, que tienen Medicaid. Texas Health Steps ofrece chequeos médicos y dentales gratuitos para sus hijos. Estos chequeos son importantes y deben programarse dentro de los 45 días posteriores a la afiliación a DCHP. Aunque un niño tenga una apariencia saludable y se sienta bien, podría necesitar un chequeo.

¿Qué servicios se ofrecen a través de Texas Health Steps?

Texas Health Steps puede brindar ayuda de muchas formas. Estas son algunas de las cosas que se realizan durante un chequeo médico de Texas Health Steps:

- Examen físico y medición del peso y la altura.
- Chequeo auditivo y ocular.
- Control de la alimentación.
- Vacunas (cuando sean necesarias).
- Análisis de sangre (cuando sean necesarios).
- Prueba de tuberculosis.

Los chequeos dentales comienzan a los 6 meses de edad. Esta atención incluye lo siguiente:

- Limpieza de los dientes cada seis (6) meses.
- Empastes.
- Extracción de dientes.
- Coronas.
- Tratamientos de conducto.
- Extracción de muelas del juicio.

Si tiene 21 años de edad o más, Medicaid/STAR cubrirá la atención dental si se trata de una emergencia que pone en peligro su vida.

¿Cómo y cuándo puedo acceder a los chequeos médicos y dentales de Texas Health Steps para mi hijo?

Todos los prestadores de atención primaria de DCHP que trabajan con niños también pueden ofrecer los servicios de Texas Health Steps. Es recomendable que hable primero con el prestador de atención primaria de su hijo. No olvide mostrar al prestador de atención primaria su tarjeta de identificación de DCHP y su tarjeta de beneficios de Medicaid para Texas.

Los chequeos dentales se realizan cada seis meses a partir de los seis meses de edad. Si el dentista detecta un problema, también puede tratarlo en una consulta de seguimiento. Si el dentista debe realizar un tratamiento dental necesario en un hospital u otro lugar que no sea su consultorio, deberá comunicarse con DCHP antes de prestar el servicio. Para obtener información acerca de los tratamientos dentales, llame a Texas Health Steps al **1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS)**, de **lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., horario de la zona central.**

¿Mi médico debe formar parte de la red de DCHP?

Todos los prestadores de atención primaria de DCHP son prestadores de Texas Health Steps. Para recibir un chequeo médico de Texas Health Steps, debe llevar a su hijo al prestador de atención primaria.

¿Debo obtener una derivación?

El prestador de atención primaria de su hijo es quien realizará el chequeo médico de Texas Health Steps. No se necesita una derivación para ver al prestador de atención primaria.

¿Qué sucede si debo cancelar una cita?

Llame y programe una cita para cada miembro de la familia que necesite ser atendido. Llame también si no puede asistir a su cita. Algunos prestadores de atención primaria solicitan a los pacientes que llamen al menos 24 horas antes de la cita para que otro paciente pueda aprovecharla.

¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad y mi hijo debe asistir a un examen de Texas Health Steps?

Si se mudó o está fuera de la ciudad cuando su hijo debe realizarse el chequeo médico de Texas Health Steps, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola migrante?

Si debe viajar a otra zona, puede realizarse el chequeo con anticipación.

Otros servicios y coberturas

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece DCHP?

DCHP ofrece a sus miembros educación sobre numerosos temas relacionados con la salud. La educación sobre la salud que brinda DCHP no tiene costo alguno y puede incluir información sobre los siguientes temas:

- Vacunas
- Dietas especiales para tratar la diabetes
- Atención médica para el asma
- Seguridad al montar bicicletas
- Programas de bienestar y ferias de salud

Si necesita materiales de educación sobre la salud en otro idioma o formato, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Qué otros servicios puedo obtener a través de DCHP (servicios no capitados)?

El programa Medicaid/STAR ofrece servicios no prestados por DCHP, pero DCHP puede ayudarle a obtener estos servicios. Llame a Member Services al **1-877-220-6376** para obtener información acerca de cómo acceder a estos servicios. A continuación encontrará algunos ejemplos de estos programas:

- Servicios dentales de Texas Health Steps (incluye ortodoncia).
- Administración de casos y coordinación de servicios de intervención temprana en la infancia (*Early Childhood Intervention* o ECI).
- *Department of State and Health Services* para la administración de casos específicos.
- *Department of State and Health Services* para la rehabilitación de la salud mental.
- *Department of State and Health Services* para la administración de casos de niños y mujeres embarazadas.
- *Texas School Health and Related Services* (SHARS).
- Departamento del programa *Assistive and Rehabilitative Services Blind Children's Vocational Discovery and Development Program*.
- Servicios relacionados con la tuberculosis provistos por prestadores autorizados del *Department of State and Health Services*.
- Programa *Vendor Drug Program* (para medicamentos que no se administran en el consultorio médico).
- Transporte médico de la HHSC.
- Servicios de cuidados paliativos del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (*Department of Aging and Disabilities Services* o DADS).
- Servicios de audiología y audífonos para niños y jóvenes menores de 21 años.
- Servicios de atención personal para niños y jóvenes menores de 21 años.

Para obtener información acerca de estos u otros servicios de salud, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Cómo puedo obtener servicios de atención de la vista?

Usted o su hijo pueden realizarse un examen de la vista y obtener anteojos recetados. Pueden realizarse un examen una vez cada 12 meses. Los niños pueden realizarse exámenes de la vista adicionales y obtener anteojos recetados como parte del programa Texas Health Steps. No necesita una derivación de su prestador de atención primaria para consultar a un oculista u optometrista terapéutico. Para obtener información sobre la atención para la vista y las direcciones de oculistas u optometristas terapéuticos, llame al **1-888-268-2664**. Si tiene más de 21 años de edad, puede realizarse un examen de la vista y obtener anteojos recetados una vez cada 24 meses.

¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo?

El plan dental de Medicaid de su hijo brinda servicios dentales que incluyen aquéllos que ayudan a prevenir las caries y solucionar problemas dentales. Llame al plan dental de Medicaid de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que se ofrecen.

DCHP cubre los servicios dentales de emergencia que su hijo recibe en un hospital o centro de cirugía ambulatoria. Se incluyen los servicios prestados por el médico y otros que su hijo pueda necesitar, como la anestesia.

Intérprete

¿Puedo recibir los servicios de un intérprete cuando hablo con mi médico?

Sí. Haremos los arreglos necesarios para que un intérprete le asista durante la consulta.

¿A quién debo llamar para solicitar los servicios de un intérprete?

Llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Debe llamar al menos 48 horas antes de su cita.

¿Cómo puedo obtener los servicios de un intérprete en persona en el consultorio médico?

El intérprete que contactamos puede ir al consultorio y estar presente junto con usted durante la cita. Infórmenos si esto es lo que desea.

Se habla español. DCHP cuenta con personal que habla español e inglés. También ofrecemos folletos para miembros en español.

Cobertura de recetas médicas

¿Cómo puedo obtener mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico le receta. Su médico le dará una receta para que la lleve a la farmacia, o quizá pueda enviarla en su nombre.

¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?

Para encontrar una farmacia de la red, consulte la lista de la red de farmacias en www.dchpkids.com, o bien, llame a Member Services al **1-877-220-6376** si desea obtener ayuda para encontrar una farmacia de la red.

¿Qué sucede si voy a una farmacia que no pertenece a la red?

La farmacia puede llamar a la línea de ayuda de farmacias que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro. Allí le brindarán ayuda para obtener los medicamentos.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Debe llevar su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid para Texas o su tarjeta de identificación de DCHP.

¿Qué sucede si necesito que me envíen los medicamentos?

Visite www.dchpkids.com para obtener la lista completa de la red de farmacias, o bien, llame a Member Services al **1-877-220-6376** para recibir información sobre las farmacias que ofrecen envíos sin costo alguno.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener los medicamentos?

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Qué sucede si los medicamentos que el médico me recetó no están autorizados?

Si no puede encontrar a su médico para que autorice una receta, se le puede otorgar un suministro de medicamentos de emergencia para tres días. Llame a DCHP al [insertar número de la línea gratuita] si necesita ayuda con respecto a sus medicamentos y reabastecimiento de recetas.

¿Qué sucede si pierdo los medicamentos?

Los medicamentos extraviados o robados no son un beneficio cubierto. Puede comunicarse con su farmacia para que le dispensen una receta anticipada y pagar el costo de los medicamentos.

Atención médica y otros servicios

¿Qué significa “medicamento necesario”?

Medicamento necesario se refiere a lo siguiente:

- (1) Para los miembros desde su nacimiento hasta los 20 años de edad, los siguientes servicios de Texas Health Steps:
 - (a) servicios de detección temprana de la vista y el oído; y
 - (b) otros servicios de atención médica, incluidos los servicios de salud conductual, que son necesarios para corregir o mejorar un defecto, enfermedad o afección física o mental. Una determinación acerca de si un servicio es necesario para corregir o mejorar un defecto o una enfermedad o afección física o mental:
 - (i) debe cumplir con los requisitos de los acuerdos parciales de conciliación de Alberto N. y otros contra Suehs y otros; y
 - (ii) puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(a-g) y (3)(a-b) de esta definición.
- (2) Para los miembros de más de 20 años de edad, servicios de salud relacionados (no de salud conductual) que:
 - (a) son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o para proporcionar detección temprana, intervenciones o tratamientos de afecciones que causan sufrimiento o dolor, provocan deformaciones en el cuerpo o limitaciones en su función, pueden

causar o empeorar una discapacidad, causan una enfermedad o dolencia de un miembro, o ponen en riesgo la vida;

(b) se proporcionan en centros adecuados y en los niveles adecuados de atención para el tratamiento de las afecciones médicas del miembro;

(c) cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica emitidas por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por organismos gubernamentales;

(d) son acordes a los diagnósticos de las afecciones;

(e) no son más invasivos o restrictivos de lo necesario para ofrecer un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficacia;

(f) no son experimentales o de investigación; y

(g) no son primordialmente para la conveniencia del miembro o el prestador; y

(3) Para los miembros de más de 20 años de edad, servicios de atención de la salud conductual que:

(a) son razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de un trastorno de la salud mental o de fármacodependencia, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro de alguna función que resulte de tal trastorno; y

(b) se brindan según las pautas clínicas y las normas de prácticas profesionalmente aceptadas de atención médica conductual.

¿Qué es la atención médica de rutina y cómo la obtengo?

El prestador de atención primaria que eligió le ayudará a usted o a su hijo con todo lo relativo a la atención médica. Su prestador de atención médica, o el de su hijo, le conocerá, programará los chequeos regulares y le atenderá cuando usted o su hijo estén enfermos. Su prestador de atención primaria le proporcionará las recetas de los medicamentos. Además, le derivará a usted o a su hijo a un especialista, si fuera necesario. Es importante que siga las recomendaciones de su prestador de atención primaria o el de su hijo. Debe participar en la toma de decisiones acerca de su atención médica, o la de su hijo. Si no puede tomar una decisión acerca de su atención médica o la de su hijo, puede elegir a otra persona para que lo haga en su nombre. Si necesita realizar una consulta, llame al prestador de atención primaria al número que aparece en su tarjeta de identificación de DCHP o en la de su hijo. Alguien del consultorio del prestador de atención primaria programará una cita para usted. Es muy importante que asista a la cita. Llame con anticipación para programar las consultas. Vuelva a llamar si necesita cancelar la cita. Si más de una persona necesita consultar al médico, necesitará una cita nueva para cada persona. Debería obtener una cita para recibir atención médica de rutina dentro de las dos (2) semanas.

¿Qué es la atención médica de urgencia y cómo la obtengo?

Un caso de atención médica de urgencia es cuando usted o su hijo están enfermos o lesionados y necesitan tratamiento lo antes posible para evitar que empeore. En las siguientes situaciones debe llamar primero al prestador de atención primaria:

- Dolor de oído.
- Dolor de muelas o dentición del bebé.
- Erupciones.
- Resfrío, tos, dolor de garganta, gripe o problemas de los senos paranasales.
- Quemadura leve provocada por el sol.
- Quemadura leve al cocinar.
- Dolor crónico de espalda.
- Dolor de cabeza leve.
- Yeso roto.
- Puntos o suturas que se deben retirar.
- Reabastecimiento de medicamentos.

Su prestador de atención primaria, o el de su hijo, está disponible para brindarle ayuda, directamente o a través de otros médicos que quedan a cargo del consultorio, las 24 horas, los 7 días a la semana. Puede esperar recibir atención médica urgente dentro de las 24 horas.

Atención de emergencia

Atención médica de emergencia

Se proporciona atención médica de emergencia para afecciones médicas de emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia.

Afección médica de emergencia se refiere a:

Una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de aparición reciente y de gravedad suficiente (incluido dolor intenso) que llevaría a una persona prudente y no experta, con conocimientos promedio sobre medicina y salud, a considerar razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría tener las siguientes consecuencias:

- (1) poner en grave peligro la salud del paciente;
- (2) provocar un deterioro grave de las funciones corporales;
- (3) causar una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo;
- (4) ocasionar una desfiguración grave; o
- (5) en el caso de las mujeres embarazadas, poner en grave peligro la salud de la mujer o de su hijo no nacido.

Afección de salud conductual de emergencia se refiere a:

Una afección, independientemente de su naturaleza o causa, que en la opinión de una persona prudente y no experta, con conocimientos promedio sobre medicina y salud:

1. requiere intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro constituiría un peligro inmediato para sí mismo o para los demás; o
2. hace que el miembro sea incapaz de controlarse o de conocer o comprender las consecuencias de sus actos.

Servicios de emergencia y atención de emergencia se refiere a:

Servicios cubiertos para los pacientes internados o externos, provistos por un prestador que está capacitado para prestar tales servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia o una afección de salud conductual de emergencia, incluidos los servicios de atención médica posteriores a la estabilización.

Usted o su hijo tienen una necesidad médica de EMERGENCIA si:

- Considera que su afección, o la de su hijo, representa una amenaza para su vida.
- Usted o su hijo tienen dolores intensos.
- Usted o su hijo podrían sufrir daños graves si no reciben atención médica de inmediato.

Si usted o su hijo tienen una emergencia, vaya de inmediato a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.

Estos son algunos ejemplos de casos en los que debe ir a la sala de emergencias:

- Alguien podría morir si no recibe atención médica de inmediato.
- Alguien tiene mucho dolor en el pecho.
- Alguien no puede respirar o se está asfixiando.
- Alguien se ha desmayado o tiene convulsiones.

- Alguien está enfermo por envenenamiento o sobredosis de drogas.
- Alguien se fracturó un hueso.
- Alguien sangra mucho.
- Alguien ha sido víctima de un ataque (violación, puñalada, balazo, golpe).
- Alguien está a punto de dar a luz.
- Alguien se ha lastimado gravemente el brazo, la pierna, la mano, el pie o la cabeza.
- Alguien tiene una quemadura grave.
- Alguien tiene una reacción alérgica grave o ha sido mordido por un animal.
- Alguien tiene dificultad para controlar su comportamiento y, si no recibe tratamiento, representa un peligro para sí mismo y para los demás.

Si cree que usted o su hijo tienen alguno de estos problemas, vaya al hospital más cercano. Puede llamar al 911 para que le ayuden a llegar a la sala de emergencias del hospital.

Si va a la sala de emergencias, asegúrese de llamar a su prestador de atención primaria, o al de su hijo, dentro de las 24 horas siguientes, o apenas usted o su hijo se encuentren médicamente estables.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

DCHP cubre servicios dentales de emergencia limitados para lo siguiente:

- Mandíbula dislocada.
- Lesiones traumáticas en los dientes y las estructuras de sostén.
- Eliminación de quistes.
- Tratamientos de absceso oral originado en los dientes o las encías.
- Tratamiento y dispositivos para tratar anomalías craneofaciales.
- Medicamentos para tratar todas las afecciones antes mencionadas.

DCHP también cubre los servicios dentales que su hijo recibe en un hospital. Se incluyen los servicios prestados por el médico y otros que su hijo pueda necesitar, como la anestesia.

¿Qué debo hacer si necesito atención dental de emergencia?

Durante el horario de atención normal, llame al dentista principal de su hijo para obtener información sobre cómo recibir servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia cuando el consultorio del dentista principal está cerrado, llámenos a la línea gratuita **1-877-220-6376** o llame al **911**.

¿Con qué rapidez puedo esperar que me atiendan?

La atención médica de emergencia está disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

¿Qué es la atención posterior a la estabilización?

Los servicios de atención posterior a la estabilización están cubiertos por Medicaid y le mantienen estable a usted o a su hijo luego de la atención médica de emergencia.

¿Cómo puedo recibir atención médica cuando el consultorio de mi prestador de atención primaria está cerrado?

Si usted o su hijo se enferman por la noche o durante el fin de semana y no pueden esperar para recibir atención médica, llame al prestador de atención primaria. Su prestador de atención primaria u otro médico están disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si usted o su hijo tienen fiebre o dolor de garganta y no saben con certeza qué deben hacer, llamen al consultorio de su

prestador de atención primaria. El consultorio tendrá un servicio de respuesta o un mensaje que le indicará cómo puede comunicarse con el prestador de atención primaria. El prestador de atención primaria debe devolverle la llamada dentro de los treinta (30) minutos.

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

Si usted o su hijo se enferman mientras están fuera de la ciudad o el estado, llame al prestador de atención primaria al número de teléfono que aparece en el frente de la tarjeta de identificación de DCHP STAR. También puede llamar al número de Member Services que aparece en la parte posterior de la tarjeta de identificación. Si usted o su hijo tienen una emergencia mientras se encuentran fuera de la ciudad o el estado, vayan a la sala de emergencias más cercana.

Comuníquese con su prestador de atención primaria, o el de su hijo, para programar las citas u obtener recetas si usted o su hijo se ausentarán por un tiempo. Asegúrese de contar con medicamentos suficientes para todo el tiempo que usted o su hijo estarán ausentes.

Si usted o su hijo se enferman cuando están fuera de la ciudad, permanecerán bajo el cuidado del prestador de atención primaria. Si usted o su hijo acuden a un médico fuera de la ciudad, deberán pagar la consulta, excepto que se trate de una emergencia. Para obtener más información, llame a Member Services al **1-877-220-6376**. Lleve su tarjeta de identificación de DCHP, o la de su hijo, en todo momento.

Si necesita atención médica mientras se encuentra de viaje, llame a la línea gratuita **1-877-220-6376** y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si necesita servicios de emergencia mientras se encuentra de viaje, vaya a un hospital cercano y luego llame a la línea gratuita **1-877-220-6376**.

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si usted o su hijo tienen una emergencia mientras se encuentran fuera del estado, vayan a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué sucede si estoy fuera del país?

DCHP no cubre la atención médica proporcionada fuera de los Estados Unidos.

Transporte

Si no tengo automóvil, ¿cómo puedo trasladarme al consultorio del médico?

Si necesita que lo trasladen al consultorio del médico, puede obtener servicios de transporte médico. Llame para coordinar el transporte médico apenas sepa que necesita un traslado.

¿A quién debo llamar para coordinar un traslado al consultorio para la cita con el médico?

Si necesita obtener más información o necesita que lo trasladen al médico, llame a este número: **1-877-633-8747**.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Debe llamar al menos dos días antes de que necesite el servicio. Por ejemplo, si necesita que le trasladen el lunes, llame para coordinar el transporte médico el jueves de la semana anterior.

¿Puede algún conocido llevarme al consultorio para la cita y cobrar el kilometraje?

El estado tiene servicios de transporte médico que también pueden contribuir al pago del kilometraje para la persona que le lleve al consultorio para una cita. El conductor puede ser usted, un familiar, un vecino o un voluntario. Para obtener más información, llame al **1-877-633-8747**.

¿A quién debo llamar si tengo una queja acerca del servicio o el personal?

Si tiene una queja sobre el servicio o el personal, llame a los servicios de transporte médico al **1-877-633-8747** o a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Cuál es el horario de atención y cuáles son los límites para los servicios de transporte?

Para programar el traslado, puede llamar al servicio de transporte médico de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos federales. Para conocer las limitaciones de los servicios de transporte, llame al servicio de transporte médico.

Derivaciones a especialistas

¿Qué sucede si necesito ver a un especialista?

Su prestador de atención primaria le dirá si usted o su hijo necesitan ver a un especialista. También se asegurará de que usted o su hijo reciban la atención especial que necesitan. En general, usted no puede ver a otro médico ni recibir servicios especiales si su prestador de atención primaria no acepta realizar la derivación.

¿Qué es una derivación?

Una derivación tiene lugar cuando su prestador de atención primaria le envía a ver a otro médico para que le brinde atención o servicio.

¿Con qué rapidez puedo esperar que me atienda un especialista?

Puede esperar que el especialista le dé una cita dentro de los 30 días para obtener atención médica no urgente, o dentro de las 24 horas en caso de atención médica urgente.

¿A quién debo llamar si necesito atención médica especial y necesito ayuda?

Usted o su hijo podrían necesitar atención médica adicional u otros servicios para tratar afecciones complejas o crónicas. Es posible que, en ocasiones, DCHP permita que un especialista sea su prestador de atención primaria o el de su hijo.

Llame a Member Services al **1-877-220-6376** para obtener más información sobre los servicios especiales que DCHP ofrece para usted o su hijo. Un administrador de casos le devolverá la llamada para hablar acerca de estas necesidades especiales.

¿Para cuáles servicios no se requiere una derivación?

Usted puede recibir ciertos servicios sin necesidad de que visite primero a su prestador de atención primaria:

- Atención de emergencia
- Atención de rutina de la vista
- Atención de obstetricia o ginecología
- Servicios de salud conductual

Se recomienda que informe a su prestador de atención primaria cuando reciba atención de otros prestadores, pero no está obligado(a) a hacerlo. De este modo, su prestador de atención primaria puede conocer todas sus necesidades o las de su hijo.

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Si desea obtener una segunda opinión, DCHP pagará la consulta. Llame a Member Services al **1-877-220-6376** para programar la consulta con otro profesional. *Case Management Department* le brindará ayuda. Debe llamarnos para solicitar una autorización **antes** de consultar a otro profesional para obtener una segunda opinión.

Directivas anticipadas

¿Qué sucede si estoy muy enfermo(a) como para tomar una decisión acerca de la atención médica que recibo?

A veces, las personas están demasiado enfermas como para tomar decisiones acerca de su atención médica. Si esto sucede, ¿cómo sabrá el médico lo que usted desea? Usted puede redactar una directiva anticipada.

¿Qué son las directivas anticipadas?

Una directiva anticipada es una carta que indica lo que usted desea que suceda si se enferma gravemente. Una clase de directiva avanzada es el testamento, en donde se indica al médico lo que debe hacer si usted está demasiado enfermo(a) como para expresar tal decisión. La otra clase es un poder legal duradero, que permite que un amigo o familiar (que usted elija) tome las decisiones en su nombre. Cualquier directiva avanzada que elija entra en vigencia cuando usted está gravemente enfermo(a) y dura hasta que usted la modifique o cancele.

¿Cómo puedo obtener una directiva anticipada?

Si desea obtener más información acerca de las directivas avanzadas, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

Otros datos

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid, pero la vuelve a obtener a los seis (6) meses, obtendrá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder su cobertura. También tendrá el mismo prestador de atención primaria que tenía antes.

¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico?

Nunca debería recibir una factura de su prestador de atención primaria, o el de su hijo, ni de otros médicos de DCHP.

¿A quién debo llamar?

Si recibe una factura de su prestador de atención primaria, o el de su hijo, o de otro médico, llame a Member Services de DCHP al **1-877-220-6376** y llamaremos al consultorio del prestador para explicarle los beneficios.

¿Qué información necesitarán?

Cuando nos llame, tenga a la mano su tarjeta de identificación, o la de su hijo, y la factura del prestador. El personal de Member Services de DCHP necesitará esta información para brindarle ayuda.

¿Qué debo hacer si me mudo?

Apenas sepa su dirección nueva, llame a la oficina de beneficios de la HHSC de su localidad y a Member Services de DCHP al **1-877-220-6376** para informarles. Para recibir los servicios de Medicaid en su nuevo lugar de residencia, primero debe llamar a DCHP, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo la atención a través de DCHP hasta que la HHSC cambie su dirección.

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

Debe informar al personal de Medicaid si tiene un seguro de salud privado. Llame a la línea directa *Medicaid Third Party Resources* y actualice su expediente de Medicaid si:

- se cancela su seguro de salud privado;
- obtiene una cobertura de seguro nueva;
- tiene preguntas generales acerca del seguro de terceros.

Puede llamar a la línea directa y gratuita al **1-800-846-7307**.

Si tiene otro seguro, es probable que aún reúna los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid. Al informar al personal de Medicaid sobre su otro seguro de salud, ayuda a garantizar que Medicaid pague solamente lo que su otro seguro de salud no cubre.

IMPORTANTE: Los prestadores de Medicaid no pueden negarle servicios porque usted tiene un seguro de salud privado además de Medicaid. Si los prestadores le aceptan como paciente de Medicaid, también deben registrarse en la compañía de su seguro de salud privado.

¿Cómo se pagan mis facturas médicas si tengo otro seguro?

Su otro seguro pagará las facturas médicas en primer lugar. DCHP pagará las facturas restantes.

¿Qué sucede si tengo un accidente y DCHP paga la factura?

En caso de accidente, su seguro contra accidentes debe pagar la factura. El seguro contra accidentes puede ser el seguro del automóvil o del hogar. Intentaremos recuperar el dinero que DCHP haya pagado por la factura de servicios médicos.

Es posible que intentemos recuperar el dinero de la persona responsable del accidente, si usted no lo fue. DCHP tiene un contrato con una empresa que nos ayudará a recuperar el dinero que pudiéramos haber pagado. Si esta empresa se comunica con usted, le solicitamos que nos ayude a recuperar el dinero que hayamos pagado. Usted no deberá pagar la factura.

Si sufre lesiones en un accidente y el plan de salud le proporciona beneficios médicos, usted debe:

- Devolver al plan de salud la totalidad del dinero que recibió en relación con el accidente.
- Devolver primero al plan de salud la totalidad de los pagos que recibió de la persona que provocó el accidente.

- Devolver primero al plan de salud la totalidad de los pagos que recibió de la compañía u organización de seguros.
- Brindar al plan de salud toda la información que tenga acerca del accidente.
- Firmar una autorización de divulgación de información médica para que el plan de salud pueda investigar el accidente.

Si tuvo un accidente y decide no presentar una reclamación, el plan de salud puede realizar la reclamación en su nombre.

Si tiene un accidente y el plan de salud proporciona beneficios médicos para el tratamiento de sus lesiones, usted debe entregar al plan la parte de la reclamación relativa a tales beneficios médicos.

El plan de salud no pagará los honorarios de su abogado.

Servicios que requieren autorización previa

Existen ciertos servicios para los cuales su prestador de atención primaria, el de su hijo u otro prestador debe comunicarse con DCHP y obtener autorización antes de que usted o su hijo reciban el servicio.

Algunos de estos servicios son los siguientes:

- Todas las internaciones en un hospital (excepto en situaciones de emergencia, en cuyo caso se debe notificar a DCHP dentro de las 24 horas posteriores a la internación).
- Internación en un centro de rehabilitación.
- Cirugía para pacientes externos.
- Terapia de rehabilitación (terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional).
- Servicios de atención médica en el hogar, incluida la terapia intravenosa en el hogar.
- Derivación a un especialista que no sea ginecólogo u obstetra, o a un especialista en salud mental.
- Servicios de equipos médicos duraderos cuyo costo es superior a \$300.
- Uso de ambulancia para transporte médico (que no sea de emergencia).
- Solicitud de servicios de un prestador que no tiene contrato con DCHP.
- Otras formas de tratamiento médico (como hipnosis y terapia con masajes).

Para obtener autorización, usted o su médico pueden llamar a Member Services al **1-877-220-6376**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., CST. Si no se otorga la autorización para el servicio, es posible que usted deba pagarlo.

Usted tiene el derecho de saber el costo de cualquier servicio antes de que usted o su hijo lo reciban. Si acepta recibir servicios que no están cubiertos o autorizados por DCHP, es posible que deba pagarlos.

Su internación, o la de su hijo, se revisan todos los días. Es posible que los servicios se revisen después de haber sido prestados o pagados.

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio para mí que está cubierto, pero el plan de salud se niega a cubrirlo o lo limita?

En ocasiones, es posible que el Medical Director de DCHP niegue estos servicios. Cuando esto sucede, usted puede apelar tal decisión. Para apelar tales decisiones médicas, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Cómo sabré si se ha negado un servicio?

Se le enviará una carta en la que se le informará que se negaron los servicios. Si no está de acuerdo con la negación, puede apelar esta decisión. El formulario para apelar esta decisión se incluye en la carta de

negación del servicio. Para garantizar la continuidad de los servicios autorizados actuales, debe apelar esta decisión dentro de los diez (10) días posteriores a la fecha de la carta de negación, o dentro de los diez (10) días posteriores a la fecha en que se producirá la negación.

Cómo realizar una apelación por un servicio negado

Tiene treinta (30) días a partir de la fecha en que recibe la carta de negación para enviarnos una apelación. Si negamos los servicios que recibe actualmente, debe presentar una apelación dentro de los diez (10) días de la carta de negación o dentro de los diez (10) días de la fecha en que se producirá la negación. Si la solicitud de apelación es verbal, usted o su prestador también deberán realizar la apelación por escrito. Si su prestador nos envía la apelación, usted o su representante deberá firmar esa solicitud, a menos que necesite una apelación anticipada. Para obtener información sobre cómo puede presentar esta apelación con el formulario que recibió, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

Le enviaremos una carta dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de su apelación para informarle que la hemos recibido y realizaremos la revisión de la apelación en un plazo de treinta (30) días. Si necesitamos más tiempo para revisar la apelación, le enviaremos una carta para explicarle el motivo por el cual lo necesitamos. Usted también puede solicitar más tiempo para resolver la apelación. El proceso de su apelación se puede extender hasta catorce (14) días más.

¿Puedo apelar cuando DCHP no ha pagado una reclamación?

Sí. Puede enviar una apelación por escrito. Si no se pagó una reclamación, puede presentar una apelación. Llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Alguna persona de DCHP puede ayudarme a presentar una apelación?

Sí. Llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

¿Puedo presentar una apelación ante el estado?

Usted tiene el derecho de apelar al estado en cualquier momento durante el proceso de apelación del plan, o después de este. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una audiencia estatal imparcial. Debe presentar la solicitud de audiencia por escrito dentro de los noventa (90) días de la fecha de la notificación. Si no lo hace, pierde el derecho de solicitar una audiencia. A continuación se incluye información sobre cómo debe solicitar una audiencia estatal imparcial.

¿Qué es una apelación inmediata?

Una apelación inmediata es cuando el plan de salud debe tomar una decisión rápida basada en su estado de salud porque, con el tiempo habitual que lleva una apelación, se podría poner en riesgo su vida o su salud.

¿Cómo puedo solicitar una apelación inmediata?

Llame a Member Services de DCHP para solicitar una apelación inmediata. El número es **1-877-455-1053**. Puede solicitar una apelación inmediata verbalmente o por escrito. Si necesita ayuda para presentar esta apelación, llame a Member Services al **1-877-220-6376** y un representante le brindará asistencia. Revisaremos su caso y le volveremos a llamar dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud. Si la solicitud es por una emergencia o usted está en el hospital, le volveremos a llamar al día hábil siguiente.

¿Qué sucede si el plan de salud niega la solicitud de apelación inmediata?

Si DCHP niega su solicitud de apelación inmediata, remitiremos su apelación al proceso de apelación regular y le llamaremos de inmediato para informarle sobre la negación. Luego le enviaremos una carta en un plazo de dos (2) días naturales.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación inmediata?

Un representante de Member Services le ayudará a presentar una apelación inmediata. Si necesita ayuda, llame a Member Services al **1-877-220-6376**.

Audiencia estatal imparcial

¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan de salud, tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial. Puede designar a una persona para que le represente. Para ello, escriba una carta al plan de salud en donde les informe el nombre de la persona que desea que le represente. Un médico u otro prestador médico puede ser su representante. Si desea apelar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial dentro de los noventa (90) días de la fecha de la carta del plan de salud que indica la decisión. Si no solicita la audiencia imparcial dentro de ese periodo, puede perder este derecho. Para solicitar una audiencia imparcial, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud a la siguiente dirección:

**Driscoll Children's Health Plan
615 N Upper Broadway, Suite 1621
Corpus Christi, Texas 78401-0764
O bien, puede llamar al 1-877-220-6376.**

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo el servicio que el plan de salud rechazó o redujo, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia, si solicita una audiencia imparcial, a más tardar: (1) a los diez (10) días a partir de la fecha en que recibe la carta de la decisión del plan de salud, o (2) el día en que la carta del plan de salud indica que se debe reducir o cancelar el servicio. Si no solicita una audiencia imparcial antes de esta fecha, se cancelará el servicio que el plan de salud negó.

Si solicita una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información que incluirá la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se realizan por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden explicar el motivo por el cual necesita el servicio que el plan de salud negó.

La HHSC tomará una decisión final dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha en que usted solicitó la audiencia.

Quejas

¿Qué debo hacer si tengo una queja?

Deseamos ayudarle. Si tiene una queja, puede llamarnos. Su médico puede presentar una queja en su nombre. No se les aplicará ningún tipo de sanción a usted o a su médico por presentar una queja. Puede presentar una queja por escrito o por teléfono.

¿A quién debo llamar?

Si tiene una queja, llámenos al **361-653-7689** o a la línea gratuita **1-877-220-6376** y cuéntenos cuál es su problema.

¿Alguna persona de DCHP puede ayudarme a presentar una queja?

Un defensor de Member Services de DCHP puede ayudarle a presentar la queja. Simplemente llame al **1-877-220-6376**. La mayoría de las veces le brindaremos ayuda de inmediato o a los pocos días.

¿Cuánto tardará el procesamiento de la queja?

Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su queja. Esta carta se le enviará dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de su queja. Le enviaremos un formulario para que lo llene y nos lo devuelva por correo. Este formulario nos brindará más detalles acerca de su queja, pero no es obligatorio.

Le enviaremos una respuesta con respecto a su queja dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción, como máximo. Si no está conforme con la ayuda que le brindamos, puede llamarnos y presentar una apelación. No es necesario que presente la apelación por escrito.

DCHP desea ayudarle para que su familia reciba la mejor atención médica. Si tiene preguntas sobre cómo debe presentar una queja o una apelación, o si necesita ayuda adicional, llámenos a la línea gratuita **1-877-220-6376**. Será un placer ayudarle.

Llámenos a: Driscoll Children’s Health Plan
Member Services de DCHP
1-877-220-6376

Escríbanos a: Driscoll Children’s Health Plan
ATT: Complaints Coordinator
615 N Upper Broadway, Suite 1621
Corpus Christi, TX 78401-0764

Todas las quejas se revisan e informan al *Quality Improvement Committee*. También se revisan para garantizar que se respondan de manera oportuna.

Información sobre cómo presentar una queja ante la HHSC después de presentarla ante DCHP

Una vez que finalizó el proceso de quejas de DCHP, puede elevar su queja a la HSSC. Para ello, llame a la línea gratuita **1-866-566-8989**. Si desea presentar la queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Health Plan Operations-H-320
PO Box 85200
Austin, Texas 78708-5200
ATTN: Resolution Services

Fraude y abuso del programa STAR

¿Desea denunciar un caso de despilfarro, abuso o fraude?

Debe informarnos si considera que un médico, dentista, farmacéutico, otro prestador de atención médica o una persona que recibe beneficios ha actuado de manera incorrecta. Dicho acto incorrecto puede ser un caso de despilfarro, abuso o fraude, lo cual infringe la ley. Por ejemplo, debe informarnos si cree que alguien:

- Recibe pagos por servicios que no se proporcionaron o no eran necesarios.
- No dice la verdad sobre una afección médica para recibir tratamiento médico.
- Permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de Medicaid.
- Utiliza la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona.
- No dice la verdad sobre el monto de dinero o los recursos que posee, a fin de recibir los beneficios.

Para denunciar un caso de despilfarro, abuso o fraude, elija uno de los siguientes recursos:

- Llame a la línea gratuita de la Oficina del Inspector General (*Office of Inspector General* u OIG) al **1-800-436-6184**.
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/>, seleccione “Click Here to Report Waste, Abuse, and Fraud (Haga clic aquí para denunciar casos de despilfarro, abuso o fraude)” y llene el formulario en línea.
- Puede realizar la denuncia directamente a su plan de salud:

Driscoll Children's Health Plan
ATT: Compliance Officer
615 N Upper Broadway, Suite 1621
Corpus Christi, Texas 78401-0764
Número de teléfono: **1-877-220-6376**

Para denunciar un caso de despilfarro, abuso o fraude, reúna toda la información posible.

- Cuando denuncie a un prestador (médico, dentista, asesor, etc.) incluya los siguientes datos:
 - Nombre, dirección y número de teléfono del prestador.
 - Nombre y dirección del centro (hospital, centro de enfermería, agencia de salud en el hogar, etc.).
 - Número de Medicaid del prestador y del centro, si lo tiene.
 - Tipo de prestador (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
 - Nombre y números de teléfono de otros testigos que pueden ayudar en la investigación.
 - Fechas de los eventos.
 - Resumen de lo sucedido.
- Cuando denuncie a una persona que recibe beneficios, incluya los siguientes datos:
 - El nombre de la persona.
 - La fecha de nacimiento, el número de seguro social o el número de caso de la persona, si los tiene.
 - La ciudad donde vive la persona.
 - Detalles específicos acerca del caso de despilfarro, abuso o fraude.

Información que debe estar disponible una vez al año

Como miembro de DCHP, usted puede solicitar y obtener la siguiente información todos los años:

- Información acerca de los prestadores de la red, como mínimo, sobre los prestadores de atención primaria, especialistas y hospitales de nuestra área de servicio. Esta información incluirá nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (además de inglés) de cada prestador de la red, así como una lista de los prestadores que no aceptan pacientes nuevos.
- Los límites a su libertad de elección entre los prestadores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información acerca de los procedimientos de quejas, apelaciones y audiencias imparciales.

- Información acerca de los beneficios que ofrece el programa de Medicaid, incluyendo la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Esto tiene como objetivo garantizar que usted comprenda los beneficios a los que tiene derecho.
- La forma en que obtiene los beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
- La forma en que obtiene los beneficios, incluidos los servicios de planificación familiar, de los prestadores fuera de la red y los límites de tales beneficios.
- La forma en que obtiene la cobertura de emergencia y fuera del horario de atención, y los límites de tales beneficios, incluyendo lo siguiente:
 - La definición de las afecciones médicas de emergencia, los servicios de emergencia y los servicios posteriores a la estabilización.
 - El hecho de que no necesita autorización previa de su prestador de atención primaria para recibir servicios de atención médica de emergencia.
 - La forma en que puede obtener servicios de emergencia, incluidas las instrucciones para usar el sistema telefónico del 911 o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares en donde los prestadores y hospitales proporcionan los servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración en la que se establezca que usted tiene el derecho de acudir a cualquier hospital u otros centros para recibir atención médica de emergencia.
 - Normas de la atención posterior a la estabilización.
- Políticas respecto de las derivaciones a especialistas y demás beneficios que no puede obtener a través de su prestador de atención primaria.
- Normas de DCHP.

Derechos y responsabilidades de los miembros

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Como miembro de DCHP Medicaid/STAR, usted tiene derechos y responsabilidades. Si tiene dudas o preguntas, llámenos. Estamos para ayudarle. Puede llamar a la línea gratuita **1-877-220-6376**.

DERECHOS DE LOS MIEMBROS:

1. Usted tiene el derecho de ser tratado(a) con respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad e igualdad. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado(a) de manera justa y con respeto.
 - b. Saber que se mantendrá la confidencialidad de su historia clínica y sus conversaciones con los prestadores.
2. Usted tiene el derecho de recibir una oportunidad razonable para elegir un plan de atención médica y un prestador de atención primaria. Este es el médico o el prestador de atención médica que verá la mayor parte del tiempo y que coordinará la atención que usted recibirá. También tiene el derecho de cambiar de plan o prestador de manera razonablemente fácil. Esto incluye el derecho de:
 - a. Recibir información sobre cómo puede elegir y cambiar de plan de salud y prestador de atención primaria.
 - b. Elegir el plan de salud que desee y que esté disponible en su área, y elegir al prestador de atención primaria de ese plan.
 - c. Cambiar de prestador de atención primaria.
 - d. Cambiar de plan de salud sin pagar multas.
 - e. Recibir información sobre cómo puede cambiar de plan de salud o prestador de atención primaria.
3. Usted tiene el derecho de realizar preguntas y recibir respuestas acerca de cualquier tema que no comprenda. Esto incluye el derecho de:
 - a. Recibir una explicación de su prestador sobre sus necesidades de atención médica, y de hablar con él sobre los diferentes tratamientos para tales problemas de salud.
 - b. Recibir información sobre el motivo por el cual se negaron y no se proporcionaron los servicios o la atención médica.

4. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento y de participar activamente en las decisiones relacionadas con los tratamientos. Esto incluye el derecho de:
 - a. Trabajar en equipo con el prestador para decidir qué tipo de atención médica es la más adecuada para usted.
 - b. Aceptar o no la atención médica recomendada por el prestador.
5. Usted tiene el derecho de usar todos los procesos de quejas y apelaciones disponibles a través de la organización de cuidados controlados y Medicaid, y de obtener una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones y audiencias imparciales. Esto incluye el derecho de:
 - a. Realizar una queja a su plan de salud o el programa estatal Medicaid acerca de la atención médica que recibe, su prestador o su plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el proceso de apelación del plan y recibir información acerca de cómo usarlo.
 - d. Solicitar una audiencia imparcial del programa estatal Medicaid y obtener información acerca de cómo funciona el proceso.
6. Usted tiene el derecho de obtener atención médica en forma oportuna, sin ningún tipo de barreras respecto de la comunicación o el acceso físico. Esto incluye el derecho de:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas al día, los 7 días a la semana, para obtener la atención de emergencia o de urgencia que necesite.
 - b. Obtener atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio del prestador de atención médica. Esto incluye el acceso libre de obstáculos para personas con discapacidades u otras afecciones que limitan la movilidad, de conformidad con la ley *Americans with Disabilities Act*.
 - d. Recibir el servicio de un intérprete, si es necesario, durante las citas con sus prestadores y las conversaciones con su plan de salud. Los intérpretes son personas que pueden hablar en su lengua materna, ayudar a personas que tienen una discapacidad o ayudarle a comprender la información.
 - e. Recibir información que pueda comprender acerca de las normas de su plan de salud, incluidos los servicios de atención médica que puede obtener y la forma en que puede obtenerlos.
7. Usted tiene el derecho de no ser contenido(a) ni aislado(a) para la conveniencia de otra persona, ni para obligarle a hacer algo que no desea hacer o para castigarle.
8. Usted tiene el derecho de saber que los médicos, los hospitales y demás personas que le atienden pueden informarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que le proporcionen dicha información, aunque la atención o el tratamiento no sean un servicio cubierto.
9. Usted tiene el derecho de saber que no es responsable del pago de los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales u otras personas no pueden obligarle a pagar copagos ni otros montos por los servicios cubiertos.

RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS:

1. Usted debe conocer y comprender cada uno de los derechos que tiene en virtud del programa Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Conocer y comprender sus derechos en virtud del programa Medicaid.
 - b. Realizar preguntas si no comprende sus derechos.
 - c. Conocer las opciones de planes de salud disponibles en su área.
2. Usted debe atenerse a las políticas y los procedimientos del plan de salud y Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Conocer y cumplir las normas de su plan de salud y Medicaid.
 - b. Elegir su plan de salud y un prestador de atención primaria rápidamente.
 - c. Realizar los cambios en su plan de salud y prestador de atención primaria según lo establecen Medicaid y el plan de salud.
 - d. Asistir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Comunicarse siempre con su prestador de atención primaria en caso de necesidades médicas no urgentes.
 - g. Asegurarse de que tiene la aprobación de su prestador de atención primaria antes de acudir a un

especialista.

h. Comprender cuándo sí y cuándo no debe acudir a la sala de emergencias.

3. Usted debe compartir la información acerca de su salud con su prestador de atención primaria y conocer las opciones de servicios y tratamientos. Esto incluye la responsabilidad de:

a. Informar a su prestador de atención primaria sobre su estado de salud.

b. Hablar con sus prestadores acerca de sus necesidades de atención médica y realizar preguntas sobre los diferentes tratamientos para tales problemas de salud.

c. Ayudar a los prestadores a obtener su historia clínica.

4. Usted debe participar en las decisiones sobre las opciones de servicios y tratamientos, realizar elecciones personales y tomar medidas para conservar su salud. Esto incluye la responsabilidad de:

a. Trabajar en equipo con su prestador para decidir qué tipo de atención médica es la más adecuada para usted.

b. Comprender la forma en que lo que usted hace puede afectar su salud.

c. Hacer lo mejor que pueda para conservar su salud.

d. Tratar a los prestadores y el personal con respeto.

e. Hablar con su prestador sobre todos sus medicamentos.

Si considera que ha sido tratado(a) injustamente o ha sido discriminado(a), llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services* o HHS) de los Estados Unidos a la línea gratuita **1-800-368-1019**. También puede ver información en línea acerca de la *Office of Civil Rights* del HHS en www.hhs.gov/ocr.