

Texas Children's Health Plan

La mejor decisión para su familia.



STAR Manual para Miembros

Del Área de Prestación de Servicios Del Condado de Harris y Áreas de Servicio Vecinas.



**Texas Children's
Health Plan**
La mejor decisión para su familia.

Llámenos gratis | 1-866-959-2555
www.TexasChildrensHealthPlan.org

Una Breve Guía para Saber a Quién a Llamar

Si necesita:

Comuníquese con:

Texas Children's STAR Health Coverage

Servicios para Miembros, gratis al 1-866-959-2555 o la Línea TDD (Relay Texas) 1-800-735-2989. Está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Atención de un doctor

Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identificación. Su PCP está disponible para atenderlo las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Planificación familiar

Su PCP, un ginecoobstetra de la red o un proveedor de servicios de planificación familiar, como Planned Parenthood. En el paquete de información para Miembros hay una lista de los proveedores de servicios de planificación familiar de Medicaid. No es necesario un envío a servicios del PCP.

Atención de emergencia

Vaya a la sala de emergencias de un hospital de la red. Si la situación es de vida o muerte, vaya al centro de emergencias más cercano. No es necesario un envío a servicios del PCP.

Atención de urgencia

Su PCP o a la Línea de Ayuda de Enfermeras de Texas Children's STAR al 1-800-686-3831 o a la Línea TDD al 1-888-259-6652.

Atención de hospital

Su PCP, quien organizará toda la atención que usted necesita.

Atención de un especialista

Su PCP, quien tiene que autorizar las consultas con otros doctores.

Tratamiento para problemas de salud mental y abuso de sustancias

CompCare, gratis al 1-800-435-5348. Está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. No es necesario un envío a servicios del PCP.

*Recetas médicas

Programa de Medicamentos de Medicaid de Texas, gratis al 1-800-252-8263.

*Servicios dentales (para niños y jóvenes menores de 21 años)

Pasos Sanos de Texas, gratis al 1-877-THSteps (1-877-847-8377).

*Transportación al doctor

Medical Transportation program, toll free at 1-877-MED-TRIP (1-877-633-8747).

Línea de Ayuda de Enfermeras de Texas Children's STAR (NOTA: ésta no es una línea de atención de emergencia).

Gratis al 1-800-686-3831. Hay enfermeras registradas disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. También hay información sobre enfermedades comunes grabada para que pueda escuchar por teléfono.

Información sobre la inscripción

La Línea de Ayuda STAR, gratis al 1-800-964-2777.

Información sobre la atención médica administrada

Línea STARLINE al (713) 767-3919 o llame gratis al 1-800-411-9929.

Elegibilidad para Medicaid

Su trabajador de casos del Departamento de Servicios Humanos de Texas (DHS)

STAR Link

Gratis al 1-866-566-8989, o a la Línea TDD al 1-866-222-4306.

Cuida de visión

Block Vision, gratis al 1-800-879-6901. No es necesario un envío a servicios del PCP.

*Texas Children's STAR Health Coverage no cubre estos servicios. Puede obtenerlos directamente del proveedor con la forma de identificación de Medicaid.

Bienvenido a Texas Children's Health Plan

Gracias por elegir el plan médico Texas Children's Health Plan. El compromiso de nuestro personal, red de médicos, hospitales y otros proveedores es brindar un excelente servicio y atención de calidad para adultos y niños de todas las edades.

Texas Children's Health Plan es un Plan de Salud (HMO) que pertenece a Texas Children's Hospital, el hospital pediátrico más grande del país.

Este manual le ayudará a entender cómo funciona su plan médico. Aquí encontrará información sobre cómo opera el plan y cómo aprovechar al máximo la cobertura. El manual incluye información sobre:

- Cómo obtener información médica cuando está enfermo.
- Cómo cambiar de médico.
- Qué hacer si se enferma cuando está de viaje o cuando el consultorio del médico está cerrado.
- Sus derechos y obligaciones como miembro del plan.
- Cómo ponerse en contacto con las oficinas del plan médico cuando tenga preguntas o necesite ayuda.
- Qué beneficios y servicios están cubiertos.

Si tiene dificultades para comprender, leer o ver la información de este manual, nuestros representantes del Departamento de Servicios para Miembros podrán ayudarlo. Llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555. Por ejemplo, podemos proporcionarle esta guía en audio, impresa en letra grande, en Braille y en otros idiomas.

Para nosotros, su salud es importante. Por eso colocamos tanto énfasis en la necesidad de hacerse los chequeos de rutina y aplicarse las vacunas. También le recomendamos que mantenga una relación de confianza con su médico de atención primaria (PCP). Juntos, usted y su médico pueden mantener su salud.

Nos complace que haya elegido Texas Children's Health Plan. Será un gusto servirle. Si tiene preguntas, llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555, TDD 1-800-735-2989 (Texas Relay). Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.



Índice

Cómo Funciona el Plan

El médico de atención primaria	4
Cambio de médico de atención primaria	5
Su médico de atención primaria también puede pedir cambios	5
Qué sucede si su médico de atención primaria se retira de Texas Children's Health Plan	5
Tarjeta de Identificación de Texas Children's Health Plan	6
Formulario de Identificación de Medicaid (Formulario 3087)	7
Formulario temporal de identificación de Medicaid 1027-A	8
Cómo cambiar de plan médico	8
Su plan médico también puede pedir cambios	9
Remisiones y cuidados especiales	9
Servicios que no necesitan autorización del médico de atención primaria	10
Servicios médicos necesarios por razones médicas	10
Atención médica de rutina	10
Atención médica de urgencia	11
Atención médica fuera de hora	11
Atención de emergencia	11
Atención posestabilización	12
Atención médica cuando se encuentra de viaje	12
Atención médica hospitalaria	12
Atención médica en el domicilio	12
Atención médica durante el embarazo y a recién nacidos	12
Cambiando el plan de salud de su bebe	13
Qué hacer si se muda	13
Aviso especial a los Miembros de Texas Children's Health Plan con Ingreso Suplementario de Seguridad	13

Beneficios y Servicios

Beneficios y servicios cubiertos	14
Servicios no cubiertos	15
Beneficios adicionales y clases de educación para la salud	15
Acceso a enfermeras las 24 horas	15
Clases de educación para la salud	15

STAR Babies (programa de atención médica durante el embarazo de Texas Children's Health Plan)	15
Evaluaciones de riesgos para la salud	15
Medicamentos con receta	15
Trastornos de comportamiento y farmacodependencia	16
Texas Health Steps	16
Atención de la vista	16
Servicios de planificación familiar	17
Otros programas o servicios de Medicaid	17
Miembros que requieren atención médica especializada	17

Servicios para Miembros

Servicios de interpretación y traducción	18
Ayuda para personas con problemas de vista	18
Servicio telefónico para personas con impedimentos de audición o del habla	18
Material informativo para Miembros, en inglés y en español	18
Qué hacer si recibe una factura del médico	18
Transporte para visitas al médico	18

Derechos y Responsabilidades

Confidencialidad de sus datos de salud	19
Si está demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención médica	19
Información que puede solicitar y recibir anualmente de Texas Children's Health Plan	19
Medicaid y los seguros privados	20
Si no está conforme o tiene una queja	20
Si se limitan o deniegan servicios cubiertos que ha solicitado el médico	21
Qué es una apelación abreviada al plan de salud	21
Si no está satisfecho o está en desacuerdo con una medida, puede apelar al Estado	21
Derechos de los Miembros	22
Responsabilidades de los Miembros	23
Cómo denunciar a alguien que abusa del programa Medicaid	24

Cómo Funciona el Plan

La cobertura médica STAR de Texas Children's Health Plan se ha creado para ofrecer acceso a una red de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos comprometidos a proporcionar una atención médica de calidad. El plan de atención médica parte de la premisa de que usted y el médico de atención primaria son las dos personas mejor capacitadas para cuidar de su salud. Su médico de atención primaria es el administrador de la atención médica que usted recibe. Si está enfermo, necesita un chequeo de rutina o precisa información de índole médica, llámelo.

El médico de atención primaria le proporcionará atención de rutina y lo remitirá a un especialista u hospital cuando sea necesario. La remisión es la autorización del médico de atención primaria para consultar a otro médico. Su médico de atención primaria le dirá exactamente a qué especialista debe consultar para tratar su enfermedad o afección.

La mayoría de las veces, primero debe visitar a su médico de atención primaria. Si decide consultar a otro médico, es posible que usted deba pagar los gastos correspondientes al servicio. Toda vez que reciba servicios médicos, recuerde llevar la Tarjeta de Identificación (ID) de Texas Children's Health Plan y el formulario de Medicaid.

Actualmente, Texas Children's Health Plan no ofrece a sus proveedores ningún Plan de Incentivo para médicos.

El Médico de Atención Primaria

Su médico de atención primaria es su "centro de atención médica". Él le cubrirá todas las necesidades de cuidado de la salud, pues llevará un registro de su historia clínica y conocerá sus antecedentes médicos.

Usted puede elegir cualquiera de los médicos de atención primaria de la red de Texas Children's Health Plan como su médico de atención primaria o médico de cabecera. Los integrantes de su grupo familiar asociados al plan podrán elegir el mismo médico de atención primaria o uno diferente. El nombre, dirección y número de teléfono de los médicos de atención primaria figuran en el directorio de proveedores. Para obtener un directorio actualizado, llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-959-2555. Si le agrada el médico o la clínica a los que acude actualmente, puede continuar visitándolos, siempre que figuren en el directorio. Si tiene dificultad para elegir un médico de atención primaria, llámenos. Nos complacerá ayudarlo. Los médicos de atención primaria pueden ser:

- Médicos de familia
- Pediatras (para niños y adolescentes)
- Médicos generales
- Médicos internistas
- Enfermeros especialistas (ANP)
- Clínicas médicas autorizadas por el gobierno federal (FQHC)
- Clínicas médicas rurales (RHC)

Es importante familiarizarse con su médico de atención primaria desde un principio. También es importante darle toda la información de salud que usted posea. No conviene esperar a estar enfermo para conocer al médico de atención primaria.

Programa su primera visita lo antes posible y lleve lo siguiente:

- Certificados de vacunación (para bebés, niños y adolescentes).
- Una lista de todos los medicamentos que toma actualmente.
- El nombre y la dirección de su médico anterior.

Su médico de atención primaria lo conocerá bien, le hará chequeos de rutina periódicamente y lo tratará cuando esté enfermo. Es importante que siga sus consejos y tome parte en las decisiones de cuidado de salud.

Cuando necesite atención médica, llame al consultorio del médico de atención primaria y pida una cita.

- Tenga a mano su Tarjeta de Identificación.
- Describa el problema o la razón por la cual necesita una cita.
- Si necesita atención médica ese mismo día, llame al médico de atención primaria lo más temprano posible.
- Si debe cancelar la cita, llame por lo menos con 24 horas de anticipación.

Ocasionalmente, Texas Children's Health Plan permitirá que el médico de atención primaria sea un especialista. Llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555 para obtener más información.

Su médico de atención primaria u otro médico del mismo equipo estarán disponibles las 24 horas del día, todos los días. Llame gratis al 1-866-959-2555



Cambio de médico de atención primaria

La relación con su médico es muy importante. Si considera que el médico de atención primaria seleccionado no satisface sus necesidades, o si le informan que éste ya no pertenece a Texas Children's Health Plan, puede elegir otro. Es posible que también desee cambiar de médico si:

- No está satisfecho con la atención que recibe.
- Necesita otro tipo de médico.
- Usted se ha mudado, y el consultorio de su médico ya no le queda cerca.

El directorio de proveedores incluye el nombre, la dirección y el número de teléfono de todos los médicos de atención primaria de la red de Texas Children's Health Plan. Para obtener una copia más actualizada del directorio o si necesita ayuda para elegir un médico de atención primaria, llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros, al 1-866-959-2555. Estamos dispuestos a servirle.

Los representantes del Departamento de Servicios para Miembros pueden informarle:

- El horario del consultorio médico;
- Los idiomas que se hablan en el consultorio;
- La especialidad del médico;
- Los límites de edad de los pacientes; y
- Si actualmente el médico acepta o no pacientes nuevos.

A veces no es posible escoger el médico de atención primaria que uno quisiera. Esto ocurre cuando el médico elegido:

- No puede aceptar más pacientes.
- No trata pacientes de su edad.
- Ya no participa en Texas Children's Health Plan.

Puede cambiar de médico de atención primaria hasta cuatro veces al año. Para hacerlo, llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros, al 1-866-959-2555. Antes de pedir una cita con otro médico, llame siempre al Departamento de Servicios para Miembros para efectuar el cambio. Si decide consultar a un médico que no es su médico de atención primaria, es probable que los gastos correspondientes se le cobren a usted.

Si cambia de médico de atención primaria antes del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si cambia de médico de atención primaria después del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes posterior al siguiente mes. Por ejemplo:

Fecha de la solicitud de cambio	Fecha de entrada en vigencia del cambio
Del 1º al 15 de enero	1º de febrero
Del 16 al 31 de enero	1º de marzo

Le enviaremos por correo la nueva Tarjeta de Identificación con el nombre y teléfono del nuevo médico.

Su médico de atención primaria también puede pedir cambios

El médico puede expresar que no quiere seguir siendo su médico de atención primaria si:

- Usted falta a las citas con frecuencia sin llamar de antemano para cancelarlas.
- Usted no sigue sus consejos.

El Departamento de Servicios para Miembros se pondrá en contacto con usted y le pedirá que elija un nuevo médico de atención primaria.

Qué sucede si su médico de atención primaria se retira de Texas Children's Health Plan

Si su médico de atención primaria decide retirarse de Texas Children's Health Plan, le avisaremos dentro de los 15 días de haber recibido la notificación del médico, y usted deberá elegir otro. Llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555, y uno de nuestros representantes le ayudará a efectuar el cambio.

Hay acontecimientos que generan cierta preocupación, como por ejemplo, el hecho de que su médico se retire de Texas Children's Health Plan justo cuando usted se encuentra en pleno tratamiento. Haremos todo lo posible para garantizarle la continuidad de su atención médica, por ejemplo, permitiéndole que siga atendiéndose con el mismo médico hasta que otro médico de la red se haga cargo del tratamiento.

Tarjeta de Identificación de Texas Children's Health Plan

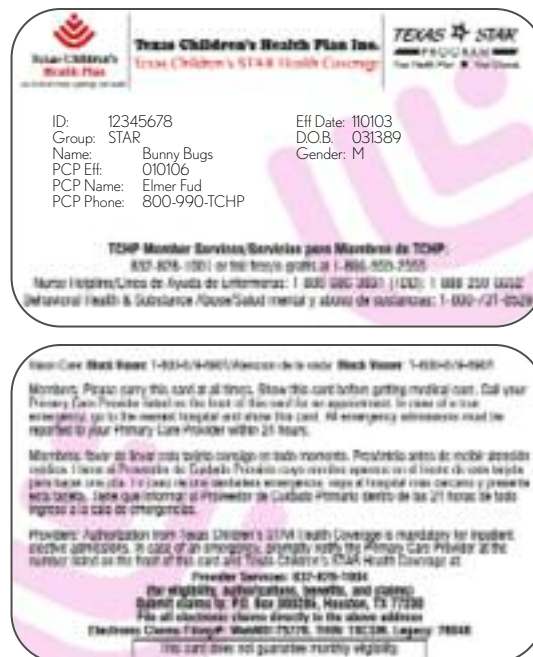
Usted y cada uno de los familiares cubiertos por Texas Children's Health Plan tendrán su propia Tarjeta de Identificación. Nunca olvide llevar su tarjeta, ya que ésta contiene la información necesaria para recibir atención médica. Preséntela al proveedor de atención médica antes de ser atendido. La tarjeta demuestra que usted cuenta con la cobertura de Texas Children's Health Plan. Si no la presenta, es posible que le cobren por la atención médica que reciba.

No recibirá una nueva Tarjeta de Identificación todos los meses. Sólo le enviaremos una tarjeta nueva si:

- Pierde su Tarjeta de Identificación actual y solicita una nueva.
- Cambia de médico de atención primaria.

Si necesita efectuar una consulta al médico y aún no ha recibido su nueva Tarjeta de Identificación, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nos comunicaremos con el médico para informarle que usted es miembro del programa STAR de Texas Children's Health Plan.

A continuación, incluimos una Tarjeta de Identificación a modo de ejemplo. En la parte delantera aparecen sus datos personales, además de su número de identificación de Medicaid y el nombre y número de teléfono de su médico de atención primaria. Al pie se incluyen números telefónicos importantes, a los cuales puede llamar si necesita ayuda para obtener servicios médicos.



Apenas reciba la Tarjeta de Identificación, asegúrese de que la información sea correcta. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si hay errores. Corrigiremos la información y le mandaremos una tarjeta nueva.

No preste su Tarjeta de Identificación a nadie. Si se le pierde o se la roban, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Uno de nuestros representantes le enviará otra tarjeta.

Formulario de identificación de Medicaid (Formulario 3087)

Le enviaremos por correo un formulario de Medicaid todos los meses, siempre que reúna los requisitos para participar en dicho programa. El formulario de Medicaid contiene información para los proveedores acerca de usted y de los servicios que puede recibir mensualmente. Dado que ahora usted es miembro del programa STAR, notará que el formulario actual es distinto al formulario normal de Medicaid. Verá que aparece el logotipo del programa STAR (Texas STAR) en el ángulo superior derecho del formulario. Esto les indica a los proveedores su condición de miembro en dicho programa.

El formulario también incluye una fecha de vencimiento, indicada en el casillero superior derecho (“VÁLIDO HASTA”). Esto significa que el formulario es válido hasta el último día del mes impreso en ese casillero. También incluirá su nombre y el de cualquier otro familiar que participe en su caso Medicaid.

Como miembro del programa STAR, el formulario mostrará su plan médico bajo cada uno de los nombres allí enumerados. En el caso de menores de 21 años también se incluirá, bajo el nombre, un recordatorio de los chequeos de rutina de Texas Health Steps (EPSDT). Deberá llamar a su médico de atención primaria o al plan médico para coordinar el chequeo.

El formulario de Medicaid muestra que los adultos pueden comprar más de tres medicamentos recetados al mes. No olvide llevarlo a la farmacia cuando necesite que le preparen un medicamento con receta.

El formulario contiene, además, la siguiente información:

Date Run:	La fecha en que se imprimió el formulario.
BIN:	Esta información se utiliza para los servicios farmacéuticos.
BP:	Código que indica dónde vive
TP:	Tipo de programa para su caso
Cat:	La categoría de su caso
Case No.:	Su número de caso
ID No.:	Su número de Medicaid
Name:	Su nombre completo, tal como está registrado en Medicaid
Date of Birth:	Su fecha de nacimiento (mes, día, año), tal como está registrada en Medicaid
Sex:	Indica si es mujer (F) o varón (M).
Eligibility Date:	La fecha a partir de la cual reúne los requisitos de participación
TPR:	Indica si tiene otro seguro. La “P” significa que tiene seguro privado y la “M”, que reúne los requisitos para recibir Medicare.

Asegúrese de leer el dorso del formulario de Medicaid, pues proporciona información importante acerca del formulario. También hay un casillero con información específica para los proveedores.

Debe llevar el formulario de Medicaid y su Tarjeta de Identificación de Texas Children’s Health Plan siempre que reciba servicios médicos. Deberá mostrar ambas cosas.

Si pierde el formulario de Medicaid, comuníquese con el Texas Department of Human Services para que le envíen otro.



Texas Health and Human Services Commission
MEDICAID IDENTIFICATION
IDENTIFICACION DE MEDICAID

RETURN SERVICE REQUESTED
 DO NOT SEND CLAIMS TO THE ABOVE ADDRESS

Case Run	S/N	SP	TP	Cat	Case No.	GOOD THROUGH: VALIDA HASTA:

TEXAS STAR
PROGRAM
 Your Health Plan ■ Your Choice

**ANYONE LISTED BELOW
CAN GET MEDICAID SERVICES**

You are enrolled in the STAR Program. Your health plan's name and telephone number are listed under your name. You have a Primary Care Provider (PCP). Call your health plan for your PCP's name.

If you see a reminder under your name, please call your PCP or dentist to schedule a checkup. If you do not see a reminder and are 21 or older, you can get a medical checkup from your PCP once a year. You can also use the STAR Program to get the health care that you need.

Questions about the STAR Program?
 Please call 1-800-964-2777 for help. **READ BACK OF THIS FORM!**

**CADA PERSONA NOMBRADA ABAJO
PUEDE RECIBIR SERVICIOS DE MEDICAID**

Usted está inscrito en el Programa STAR. El nombre y el teléfono de su plan de salud aparecen debajo de su nombre. Usted tiene un Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Llame al plan de salud para averiguar el nombre de su PCP.

Si bajo su nombre hay una notificación, llame a su PCP o dentista para hacer una cita para un chequeo. Si no hay una notificación y usted tiene 21 años o más, puede hacerse un chequeo médico con su PCP una vez por año. También puede usar el Programa STAR para recibir los servicios médicos que necesita.

¿Tiene preguntas sobre el Programa STAR?
 Por favor, llame al 1-800-964-2777 para conseguir ayuda. **¡LEA EL DORSO DE LA FORMA!**

ID#	NAME	DATE OF BIRTH	SEX	ELIGIBILITY DATE	TIN	MEDICARE NO.

If you have Medicare, effective January 1, 2006, you are eligible for Medicare Rx and your Medicaid prescription drug coverage will be limited.

Si tiene Medicare, a partir del 1° de enero de 2006, usted tendrá los requisitos de Medicare Rx y se limitará su cobertura de medicamentos recetados de Medicaid.

Form H3087-ST/January 2006

Formulario Temporal de Identificación de Medicaid 1027-A

Si un mes dado usted pierde o no recibe su Formulario de Identificación de Medicaid 3087, llame a la Oficina de Requisitos de la Comisión de Servicios de Salud y Asistencia Social (HHSC, por sus siglas en inglés). Ellos le proporcionarán un Formulario Temporal de Identificación de Medicaid 1027-A.

El formulario 1027-A será la prueba de que usted reúne los requisitos para participar en Medicaid. En él aparece una fecha de vencimiento, que corresponde al último día en que puede utilizar el formulario. También se enumeran todos los familiares que son parte de su caso Medicaid.

No olvide llevar consigo el Formulario 1027-A cuando reciba cualquier servicio médico.

Cómo cambiar de plan médico

Si no está hospitalizado, puede cambiar su plan médico. Para ello, llame a Texas STAR Program Help Line al 1-800-964-2777. Puede cambiar de plan todas las veces que desee, pero nunca más de una vez al mes. Si está hospitalizado, no podrá cambiar de plan médico hasta que le den el alta.

Si cambia de plan médico antes del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes posterior al siguiente mes.

Por ejemplo:

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

Si deja de reunir los requisitos para participar en Medicaid, pero los vuelve a reunir dentro de los seis (6) meses posteriores, lo inscribiremos nuevamente en el programa STAR de Texas Children's Health Plan con el médico de atención primaria que tenía antes.

Su plan médico también puede pedir cambios

Texas Children's Health Plan también puede solicitar al Estado que le cancelen el plan si usted:

- Desoye repetidamente los consejos del médico.
- Acude constantemente a la sala de emergencias cuando no tiene una emergencia.
- Consulta repetidamente a otro médico o clínica sin antes obtener la autorización de su médico de atención primaria.
- Usted o sus niños demuestran un comportamiento indisciplinado o grosero que no está relacionado con afecciones médicas.
- Falta a las citas frecuentemente sin avisarle al médico con anticipación.
- Presta su Tarjeta de Identificación a otras personas.

Remisiones y cuidados especiales

El médico de atención primaria es el único médico que se necesita para cubrir la mayor parte de las necesidades de salud. Si tiene un problema de salud que requiere cuidados especiales, el médico de atención primaria coordinará una cita con otro médico o solicitará que le hagan análisis especiales, por medio de lo que se denomina remisión. El médico de atención primaria le recomendará un especialista participante u otro proveedor de la red de Texas Children's Health Plan. Entre los especialistas se incluyen profesionales como cardiólogos (especialistas del corazón), dermatólogos (especialistas de la piel) o alergistas.

Su médico de atención primaria se asegurará de que usted vea al especialista adecuado para su afección o problema. Luego conversará con el especialista para determinar si se necesita tratamiento adicional o atención médica hospitalaria. Las citas con especialistas se programan dentro de los 30 días de solicitadas.

Usted tiene derecho a una segunda opinión, independientemente del servicio de atención médica que se utilice. Expresé a su médico de atención primaria que desea una segunda opinión sobre el tratamiento recomendado por el especialista.

El médico concertará una cita con otro médico de la red de Texas Children's Health Plan o lo remitirá a él. Si no hubiera ningún médico disponible en la red, concertará una consulta con un médico ajeno a Texas Children's Health Plan. Usted no debe pagar estos servicios. Llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros, al 1-866-959-2555, si necesita ayuda para pedir o seleccionar un médico para una segunda opinión.

Si consulta a un especialista sin que el médico de atención primaria lo haya remitido, es posible que los servicios médicos prestados o indicados se le cobren a usted. Con excepción de las emergencias, comuníquese siempre con el médico de atención primaria antes de recibir atención médica en otra parte.

Generalmente, Texas Children's Health Plan no cubre los gastos de la atención médica prestada por proveedores que no participan en el plan. Sin embargo, su médico de atención primaria podría opinar que es imprescindible para usted consultar a un médico u otro proveedor que no participa en el plan. En tales casos, su médico hará los arreglos necesarios con Texas Children's Health Plan. Presentará una petición por escrito al Director Médico, pidiéndole autorización para que usted reciba la atención médica que necesita, que no ofrecen los proveedores de la red de médicos de Texas Children's Health Plan.

Servicios que no necesitan autorización del médico de atención primaria

Hay ciertos servicios médicos que se pueden recibir sin necesidad de pedir una autorización al médico de atención primaria. Estos incluyen:

Cuando son prestados por un proveedor de la red de Texas Children's Health Plan:

- Exámenes de la vista
- Tratamiento de los trastornos de comportamiento y farmacodependencia
- Servicios obstétricos y ginecológicos

Cuando son prestados por un proveedor de la red de Texas Children's Health Plan o de Medicaid:

- Texas Health Steps (THSteps) para Miembros menores de 21 años
- Planificación familiar

Los proveedores de la red de Texas Children's Health Plan figuran en el directorio de proveedores. La mayoría de nuestros obstetras y ginecólogos ofrecen servicios de planificación familiar. En el paquete que se entrega al miembro, también se incluye una lista de proveedores de planificación familiar de Medicaid. Llame al Departamento de Servicios para miembros si necesita ayuda con la búsqueda de un médico participante.

Los servicios de emergencia no necesitan autorización del médico de atención primaria.

Atención, miembros de sexo femenino:

Texas Children's Health Plan sólo autoriza a elegir un obstetra o ginecólogo que pertenezca a la misma red del médico de atención primaria. Usted tiene derecho a elegir un obstetra o ginecólogo sin autorización previa del médico de atención primaria. Entre los servicios de obstetricia o ginecología se incluyen:

- Un examen ginecológico de rutina al año.
- El cuidado médico relacionado con un embarazo.
- La atención necesaria para el tratamiento de afecciones médicas femeninas.
- La autorización (remisión) para consultar a un especialista de la red de médicos.

Servicios médicos necesarios

"Necesarios por razones médicas" significa:

(1) Servicios de atención médica que:

- son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones, o para realizar exámenes preventivos, intervenciones o tratamientos en caso de afecciones que causan sufrimiento o dolor, generan malformaciones físicas o limitan las funciones vitales, que amenazan con provocar o empeorar una discapacidad, causar enfermedad o padecimiento a un Miembro, o que suponen un riesgo vital;
- se prestan en los centros correspondientes y con la atención apropiada según las enfermedades de los Miembros;
- se prestan conforme a las pautas y las normas de atención médica establecidas por organizaciones reconocidas profesionalmente u organismos gubernamentales de atención médica;
- se prestan conforme al diagnóstico de la enfermedad;
- no entorpecen ni restringen más de lo necesario la posibilidad de ofrecer un perfecto equilibrio entre seguridad, eficacia y eficiencia;
- no son experimentales ni de investigación; y
- no son principalmente para la comodidad del Miembro o el Proveedor.

(2) Servicios de salud mental que:

- son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar trastornos de salud mental o farmacodependencia, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro de las funciones vitales a causa de dichos trastornos;
- se proporcionan de acuerdo con las pautas y normas profesionales de ejercicio para la atención de trastornos de conducta;
- se prestan en el ambiente más apropiado y menos restrictivo que sea seguro utilizar;
- representan el mayor nivel o cantidad de servicio que se puede prestar teniendo en cuenta la seguridad;
- no pueden omitirse sin afectar de modo adverso la salud física o mental del Miembro, o la calidad del servicio prestado;
- no son experimentales ni de investigación; y
- no son principalmente para la comodidad del Miembro o el Proveedor.

Atención médica de rutina

Su médico de atención primaria le hará chequeos de rutina periódicamente y lo tratará cuando esté enfermo. A esto nos referimos cuando hablamos de "atención médica de rutina". La mayoría de estas citas, incluso los chequeos de rutina para niños, se fijan dentro de los 15 días de haberlas solicitado. Las citas para chequeos de adultos se fijan dentro de las ocho semanas de solicitadas.

Cuando necesite atención médica de rutina, llame a su médico de atención primaria, cuyo número aparece en la Tarjeta de Identificación. Uno de los empleados del consultorio o clínica le dará la cita. Es muy importante que no falte a las citas con el médico. Si no puede asistir, llame al consultorio con 24 horas de anticipación para informarles.

Si decide ver a un médico que no sea su médico de atención primaria para recibir la atención médica de rutina, posiblemente deba hacerse cargo usted de los gastos correspondientes.

Atención médica de urgencia

La atención médica de urgencia corresponde cuando se sufre una afección médica que, si bien no es una emergencia, requiere una pronta asistencia. Lo primero que debe hacer es llamar al médico de atención primaria, al número telefónico que aparece en la Tarjeta de Identificación. Cuando llame, le indicarán si debe ir a la sala de emergencias, aunque muchas afecciones no necesitan tratamiento en la sala de emergencias. Las citas de atención de urgencia se dan dentro de las 24 horas de haberlas solicitado.

También puede llamar a la línea directa de enfermería de Texas Children's Health Plan para hablar con una enfermera (1-800-686-3831). Las enfermeras lo ayudarán a decidir cuándo y dónde solicitar atención médica.

Si su médico de atención primaria o una enfermera de la línea directa de enfermería le aconsejan ir a la sala de emergencias, debe acudir a un hospital de la red. En el directorio de proveedores, hay una lista de hospitales de la red de Texas Children's Health Plan.

Los resfríos, la tos, los sarpullidos, los cortes menores y las quemaduras o hematomas leves no justifican acudir a la sala de emergencias.

Atención médica fuera de hora

Hay ocasiones en las que se necesita hablar con el médico de atención primaria, pero el consultorio ya está cerrado. Por ejemplo, cuando se necesita el consejo del médico sobre cómo cuidar a un niño enfermo. El médico de atención primaria de su hijo u otro médico del mismo equipo están disponibles las 24 horas del día, todos los días. Llame al consultorio del médico al número telefónico que figura en la Tarjeta de Identificación. El servicio de mensajes le recibirá el recado y un médico o enfermera le devolverá la llamada. Llame de nuevo si no se han comunicado con usted en una hora.

Si puede solucionar un tema médico durante el día, no espere hasta la noche para llamar. La mayoría de las enfermedades tienden a empeorar con el transcurso de las horas.

También puede llamar a la línea directa de enfermería de Texas Children's Health Plan para hablar con una enfermera. El número gratuito es 1-800-686-3831. Las enfermeras están disponibles las 24 horas del día, todos los días, para ayudarle a decidir qué hacer.

Si tiene una emergencia potencialmente mortal, llame al 911 de inmediato o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Atención de emergencia

Se denomina "afección médica de emergencia" al trastorno que se manifiesta mediante síntomas agudos de aparición reciente y gravedad considerable. Esto puede abarcar dolores agudos, que conducirían a una persona prudente con un conocimiento promedio de temas médicos a creer que, de no recibir tratamiento inmediato, podría producirse:

- Un riesgo grave para la salud;
- Un daño grave a las funciones fisiológicas;
- Una disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo;
- Una desfiguración grave; o
- En caso de embarazo, un peligro grave para la salud del feto o de la madre.

Si está seguro de que su situación no es potencialmente mortal, pero no está seguro de si necesita atención médica de emergencia, llame a su médico de atención primaria.

Si le parece que el tiempo que demorará en hacer la llamada pondrá en riesgo su salud, busque atención inmediatamente. Si puede, vaya a un hospital de la red.

Si cree que la situación es potencialmente mortal, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911 para obtener ayuda.

Una vez que haya recibido atención médica, llame a su médico de atención primaria dentro de las 48 horas o en cuanto pueda. El médico le proporcionará el tratamiento complementario que necesite, o se ocupará de concertarlo. Si decide buscar tratamiento complementario de otro proveedor sin antes pedirle autorización a su médico de atención primaria, existe la posibilidad de que Texas Children's Health Plan no cubra los gastos del tratamiento.

Es posible que usted deba hacerse cargo de los gastos que le cobre la sala de emergencias por afecciones que no sean urgentes ni de emergencia.

Atención posestabilización

Los servicios de atención posestabilización, cubiertos por Medicaid, son los servicios que se reciben después de una atención de emergencia, a fin de mantener su condición estable.

Atención médica cuando se encuentra de viaje

Si se enferma o lesiona cuando está de viaje, y no es un asunto de gravedad, llame a su médico de atención primaria para obtener consejos e instrucciones. También puede llamar a la línea directa de enfermería de Texas Children's Health Plan, al 1-800-686-3831, donde una enfermera le ayudará a decidir qué hacer. Si tiene una emergencia potencialmente mortal, busque asistencia en la sala de emergencias más cercana o llame al 911.

Comúnquese con el médico de atención primaria dentro de las 48 horas de haber recibido atención médica de emergencia. Su médico debe coordinar todo tratamiento complementario que reciba fuera del área de servicio del plan.

El plan no le cubrirá la atención médica de rutina, como chequeos periódicos de adultos, consultas de control u otra atención médica que no sea de urgencia, cuando usted se encuentre de viaje o fuera del área de servicio del plan. Si recurre a un médico que no es su médico de atención primaria para obtener esos servicios, quizá deba hacerse cargo de los gastos correspondientes. Recuerde llevar siempre el formulario de Medicaid y la Tarjeta de Identificación de Texas Children's Health Plan. Asimismo, recuerde que Medicaid no cubre los servicios médicos recibidos fuera de los Estados Unidos, ni siquiera la atención de emergencia.

Atención médica hospitalaria

Existen casos en que el médico de atención primaria o un especialista determinan que el paciente necesita recibir atención en un hospital. En tal supuesto, el médico concertará la atención en un hospital que participe en la red del plan STAR de Texas Children. La cobertura del plan abarca tanto los servicios de paciente externo como los de paciente interno. Pero el médico de atención primaria debe autorizar los servicios.

Atención médica en el domicilio

En ocasiones, la persona enferma o lesionada necesita atención médica en el domicilio, ya sea como seguimiento después de recibir el alta del hospital o bien para evitar la hospitalización. Si necesita atención médica en su domicilio, el médico de atención primaria se comunicará con Texas Children's Health Plan para que usted reciba el cuidado indicado.

Atención médica durante el embarazo y a recién nacidos

Si está embarazada, llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555. Podemos ayudarle a elegir un obstetra o ginecólogo que participe en la red de Texas Children's Health Plan. Una de las especialistas de extensión de salud le proporcionará información sobre los beneficios y servicios que ofrece el programa STAR Babies a las embarazadas, y quedará a su disposición para ayudarla con las citas obstétricas y el transporte hacia el consultorio.

Las citas con el obstetra o ginecólogo se programarán dentro de las dos (2) semanas de haberlas solicitado.

La relación con el médico de atención primaria de su bebé es muy importante. Una especialista de extensión de salud le ayudará a elegir un médico antes de que nazca el bebé. En cualquier momento, antes o después del nacimiento, si decide que el médico elegido no satisface sus necesidades, puede elegir otro. Para hablar con una especialista de extensión de salud, llame gratis al 1-866-959-2555.



Cuando nazca su bebé, el hospital deberá presentar un formulario ante el Estado, mediante el cual se inscribirá al niño en Medicaid. Si no sabe con certeza si su hijo reúne los requisitos de la cobertura de Medicaid, llame a la trabajadora social que se ocupa de su caso. También es importante que llame al Departamento de Servicios para Miembros después del nacimiento, para que la ayudemos a obtener servicios médicos para el bebé.

Cambiando el plan de salud de su bebe

Su bebé quedará asignado al mismo plan médico en el que está inscrita usted, durante al menos 90 días desde la fecha del nacimiento. Puede solicitar un cambio de plan antes de los 90 días, si ambos planes médicos aceptan la transferencia. En caso de que el bebé esté hospitalizado, no se permitirán cambios de plan hasta que reciba el alta.

Si no está hospitalizado, puede cambiar su plan médico. Para ello, llame a la Línea directa de Texas STAR, al 1-800-964-2777.

Qué hacer si se muda

Informe su nueva dirección lo antes posible a la Oficina de Requisitos de la Comisión de Servicios de Salud y Asistencia Social (HHSC, por sus siglas en inglés) y al Departamento de Servicios para Miembros, al 1-866-959-2555. Antes de obtener cualquier servicio en su nueva zona, debe llamar a Texas Children's Health Plan, salvo que sea una emergencia. Continuará recibiendo atención a través de Texas Children's Health Plan hasta que hayamos modificado su dirección, salvo que se haya mudado fuera del área de servicio del plan.

Aviso especial a los miembros de Texas Children's Health Plan con Ingreso suplementario de seguridad

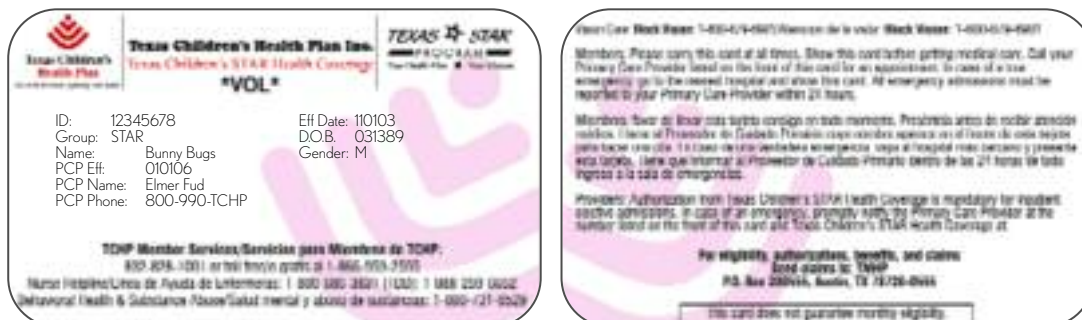
Si usted recibe un Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), ha decidido inscribirse voluntariamente en Texas Children's Health Plan.

Muy posiblemente, la mayor parte de su atención médica de rutina quedará en manos de especialistas; por tal motivo, no necesitará autorización del médico de atención primaria. Puede ir directamente a un especialista de la red de Texas Children's Health Plan siempre que necesite atención médica.

Tiene derecho a recibir todos los beneficios normales de Medicaid ofrecidos por Texas Children's Health Plan. Sin embargo, no tiene derecho a recibir nuestros servicios de valor agregado, como lentes y beneficios dentales adicionales. Sírvese leer toda la Guía para Miembros si desea una descripción completa de cómo obtener servicios.

Si pierde la Tarjeta de Identificación o tiene preguntas sobre la cobertura, llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555.

Su médico de atención primaria y otros proveedores de atención médica enviarán directamente al Estado las facturas por los servicios médicos que usted reciba. Su Tarjeta de Identificación de Texas Children's Health Plan incluye la dirección postal donde se deben enviar esos reclamos. También lleva impresas las letras "VOL", a diferencia de los miembros que no reciben Ingreso Suplementario de Seguridad. A continuación, se muestra una Tarjeta de Identificación a modo de ejemplo:



Beneficios y Servicios

Beneficios y servicios

Todos los beneficios y servicios básicos de Medicaid están incluidos en Texas Children's Health Plan.

Beneficios y servicios cubiertos	Restricciones
Servicios médicamente necesarios para adultos y niños	
Vacunas (inmunizaciones) para prevenir enfermedades	
Servicios de Pasos Sanos de Texas <ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones de rutina para niños y adolescentes • Chequeos preventivos para niños • Servicios dentales 	Sólo para Miembros menores de 21 años.
Servicios de laboratorio	
Radiografías	
Cirugía para pacientes externos	Tiene que tener una autorización.
Servicios de hospital para pacientes internos	Tiene que tener una autorización.
Servicios de hospital para pacientes externos	
Servicios de maternidad	
Atención médica para el recién nacido	
Chequeo físico anual para adultos	
Atención de emergencia las 24 horas del día en una sala de emergencias	
Exámenes de la vista	Para los menores de 21 años de edad, un examen cada 12 meses. Para los mayores de 21 años, un examen cada 24 meses.
Anteojos	Los anteojos deben ser necesarios por razones médicas. Los lentes de contacto requieren autorización previa y deben ser la única manera de corregir el defecto de la vista. Los anteojos o lentes de contacto de los menores de 21 años se pueden reemplazar cada 12 meses. Los anteojos o lentes de contacto de los mayores de 21 años se pueden reemplazar cada 24 meses. No se cubren los anteojos o lentes de contacto que se hayan perdido o robado. No se cubren los cargos por reparaciones.
Exámenes de la audición	
Audífonos	Para los mayores de 21 años, el beneficio se limita a un audífono cada seis años (72 meses).
Servicios médicos a domicilio por medio de una agencia	Tiene que tener una autorización.
Ambulancia	Sólo para emergencias.
Diálisis para problemas del riñón	
Servicios de genética (pruebas de detección de enfermedades hereditarias)	
Trasplantes de órganos vitales	Tiene que tener una autorización.
Terapia física, ocupacional y del habla	Tiene que tener una autorización.
Servicios y artículos de planificación familiar	
Servicios de salud mental y abuso de sustancias	Para los mayores de 21 años, solamente 30 visitas por año civil.
Ayuda para luchar contra el abuso de sustancias (como el alcohol y las drogas)	Sólo para Miembros menores de 21 años.
Artículos para diabéticos	
Servicios de un quiropráctico	Doce visitas por año.
Servicios de un podiatra	
Educación sobre la salud	

Servicios no cubiertos

Los siguientes servicios no están cubiertos:

- Curaciones por fe
- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Cualquier servicio que no sea necesario por razones médicas
- Cualquier servicio que el médico de atención primaria no apruebe, salvo THSteps, servicios de planificación familiar, exámenes de la vista, servicios de salud mental y tratamiento de farmacodependencia, atención obstétrica y ginecológica, y atención de emergencia

Antes de recibir un servicio no cubierto, tiene derecho a conocer su costo. Si acepta recibir servicios no cubiertos, es posible que deba hacerse cargo de los gastos.

Beneficios adicionales y clases de educación para la salud

Al inscribirse en Texas Children's Health Plan, recibe algunos servicios que Medicaid no ofrece. Los servicios de valor agregado que se ofrecen a los miembros menores de 21 años pueden diferir de los servicios que se ofrecen a los miembros mayores de 21. Para obtener información sobre cómo obtener estos beneficios y servicios, llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros, al 1-866-959-2555.

Acceso a enfermeras las 24 horas

Puede conversar con una enfermera toda inquietud que le surja respecto de su salud, las 24 horas de los siete días de la semana. Basta con llamar a la línea directa de enfermería de Texas Children's Health Plan, al 1-800-686-3831. Los miembros con problemas de audición pueden llamar gratis a la línea TDD de enfermería, al 1-888-259-6652. Las enfermeras de la línea directa no pueden diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos específicos. No es una línea de emergencia ni sustituye la atención del médico.

Clases de educación para la salud

Queremos mantenerlo sano, tanto a usted como a sus hijos. Texas Children's Health Plan ofrece a los miembros clases y programas de educación para la salud, que incluyen:

- clases de educación en salud para padres y niños; y
- programas para prevenir lesiones, como "Safe Sitter" (seguridad en el cuidado de niños), seguridad al andar en bicicleta y control de los asientos de seguridad para niños en el automóvil.

Estos programas se ofrecen en lugares de fácil acceso. Para obtener un calendario actualizado, llámenos gratis al 1-866-959-2555.

STAR Babies (programa de atención médica durante el embarazo de Texas Children's Health Plan)

El programa STAR Babies le brinda asistencia durante el embarazo y los primeros meses del bebé. Las especialistas de extensión de salud de STAR Babies la ayudarán a:

- Pedir citas de control prenatal.
- Coordinar el transporte para las consultas médicas.
- Pedir citas para control del bebé.
- Obtener información sobre el programa Women, Infants, and Children (WIC, por sus siglas en inglés).
- Resolver sus dudas sobre la cobertura médica.
- Efectuar evaluaciones de riesgo materno.
- Obtener información sobre THSteps.

Evaluaciones de riesgos para la salud

Cada miembro nuevo recibe un formulario denominado "Evaluación de riesgos para la salud." Hay un formulario para adultos y otro para niños. Conteste las preguntas del cuestionario, ya que sus respuestas nos permitirán determinar si usted o sus hijos deben estar en nuestros programas para miembros con afecciones específicas, como diabetes, asma o tensión arterial alta.

Complete un formulario por cada familiar miembro de Texas Children's Health Plan y envíenoslo en el sobre con franqueo prepago. Si necesita más formularios o desea completarlos por teléfono, llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555.

Medicamentos con receta

Los medicamentos con receta están cubiertos por el Programa de Proveedores de Medicamentos de Medicaid de Texas. Para comprar medicamentos recetados, deberá presentar su formulario de identificación de Medicaid en cualquier farmacia que acepte Medicaid.

Si tiene dificultad para adquirir un medicamento recetado, llame gratis a la Línea directa de Medicaid, al 1-800-252-8263, o al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555.

Trastornos de comportamiento y farmacodependencia

Se puede recibir atención de salud mental o farmacodependencia cuando sea necesario. No se requiere la autorización del médico de atención primaria. Los servicios incluyen:

- Atención psicológica.
- Atención médica como paciente interno o externo.
- Tratamiento de desintoxicación para drogadicción y alcoholismo (sólo para miembros menores de 21 años).

Para recibir atención de salud mental o farmacodependencia:

- Llame gratis a la línea directa de información sobre servicios de salud mental o farmacodependencia de Texas Children's Health Plan, al 1-800-731-8529, disponible todos los días, las 24 horas.
- Elija un proveedor de salud mental o un especialista en farmacodependencia de la red de Texas Children's Health Plan.

En caso de necesitar con urgencia tratamiento de salud mental o farmacodependencia, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame gratis a la línea directa de información de servicios de salud mental o farmacodependencia, al 1-800-731-8529, donde uno de nuestros representantes le ayudará a obtener asistencia inmediata. Tan pronto sea posible, usted, o una persona que hable en su nombre, deberá llamar a la línea directa para informar la emergencia.

Texas Health Steps

Texas Health Steps (THSteps) cubre controles tan importantes como los chequeos de rutina, los chequeos dentales y las vacunas para miembros menores de 21 años. Aunque una persona se sienta bien, igual puede sufrir problemas de salud.

Se puede consultar a cualquier médico o dentista que ofrezca servicios de THSteps. No es necesario que participen en la red de Texas Children's Health Plan. Tampoco se necesita autorización para recibir servicios de THSteps de un médico que no sea su médico de atención primaria.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros, al 1-866-959-2555 o a THSteps al 1-877-841-8377, para obtener los nombres de médicos y dentistas que ofrecen servicios de THSteps.

Cuando su hijo se encuentre de viaje, pero dentro del estado de Texas, se cubrirán las visitas al consultorio para recibir servicios de THSteps, siempre y cuando los preste un médico de THSteps.

Le ayudaremos a llevar registro de los servicios que su hijo necesita para mantenerse sano. Cuando le corresponda un examen o vacuna de THSteps, le enviaremos una nota por correo o lo llamaremos para recordarle que debe hacer una cita. También podemos ayudarle a coordinar el transporte. Llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555.

Dado que los servicios dentales infantiles son pagados por el Departamento de Salud de Texas, se necesita presentar el Formulario de Identificación de Medicaid para recibirlos.

Si no puede asistir a la cita para recibir servicios de THSteps, avíselo al consultorio con 24 horas de anticipación.

Atención de la vista

Los servicios de atención de la vista son distintos para adultos y niños.

Si tiene menos de 21 años:

- Puede recibir un examen de la vista una vez cada 12 meses.
- Los lentes (gafas) se pueden reemplazar cada 12 meses.

Si tiene más de 21 años:

- Puede recibir un examen de la vista una vez cada 24 meses.
- Los lentes (gafas) se pueden reemplazar cada 24 meses.

Para solicitar lentes y exámenes de la vista, llame sin cargo a Block Vision al 1-800-879-6901. Los representantes del servicio al cliente lo ayudarán a elegir un proveedor cerca de su domicilio y le indicarán cómo conseguir los lentes.

Para solicitar un examen de la vista, no es necesaria la autorización del médico de atención primaria.

Servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar permiten planear o evitar un embarazo. Las menores de 21 años no necesitan la autorización de sus padres para recibir servicios o suministros de planificación familiar.

El médico de atención primaria puede ofrecer estos servicios. También se puede consultar a cualquier proveedor de planificación familiar de Medicaid. El proveedor debe pertenecer a la red de Texas Children's Health Plan o aparecer en la lista de proveedores de planificación familiar de Medicaid. No se necesita la remisión del médico de atención primaria para acceder a los servicios de planificación familiar.

Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Un chequeo anual
- Una visita al consultorio o clínica cuando tenga un problema o necesite asesoramiento o consejo
- Análisis clínicos
- Medicamentos recetados y dispositivos anticonceptivos, como píldoras anticonceptivas, diafragmas y condones
- Prueba de embarazo
- Servicios de esterilización (sólo para mayores de 21 años; se requiere el Formulario Federal de Consentimiento para Esterilización)
- Control y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, como herpes y sífilis

En el paquete de información que se entrega a los miembros se incluye una lista de proveedores de planificación familiar de Medicaid. Para obtener el nombre y dirección de los proveedores de planificación familiar, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555. O bien, consulte la lista de proveedores en <http://www.tdh.state.tx.us/women/locator.htm>.

Otros programas o servicios de Medicaid

Es posible que reúna los requisitos para utilizar los siguientes servicios y programas de Medicaid:

- Programa Early Childhood Intervention (ECI). Estos servicios se ofrecen sólo a los miembros de hasta 3 años de edad.
- Administración de casos de Mental Health/Mental Retardation (MHMR)
- Programa Mental Retardation Diagnostic Assessment (MRDA)
- Programa Mental Health Rehabilitation (MHR)
- Programa Pregnant Women and Infants (PWI)
- Texas School of Health and Related Services (SHARS). Estos servicios sólo se ofrecen a miembros menores de 21 años.
- Programa Texas Commission for the Blind (TCB)
- Servicios clínicos para tuberculosis (TB)
- Programa Women, Infants, and Children (WIC)

Para solicitar estos servicios, no es necesario contar con la autorización del médico de atención primaria. Llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555, donde lo ayudaremos a acceder a estos servicios o programas.

Miembros que requieren atención médica especializada

Si necesita atención médica especializada, por ejemplo, si sufre de diabetes o asma, llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555. Uno de nuestros representantes le pedirá información sobre su estado actual de salud y se la transmitirá a un administrador de casos, quien se encargará de darle seguimiento. El administrador se pondrá en contacto con usted dentro de los diez días siguientes para determinar sus necesidades.

Servicios para Miembros

Sírvase llamar al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre la cobertura. Llame sin cargo al 1-866-959-2555. Con la asistencia de intérpretes telefónicos, el personal de Texas Children's Health Plan se puede comunicar en 140 idiomas. Los representantes del Departamento de Servicios para Miembros están a su disposición durante las 24 horas, todos los días. También nos gustaría que se comunicara con nosotros para darnos sus comentarios sobre el servicio que le estamos prestando. Le agradecemos su opinión y sugerencias para mejor servirle.

Servicios de interpretación y traducción

Podemos proporcionarle servicios de interpretación de idiomas o de lenguaje por señas para sus visitas al médico. Avísenos con 48 horas de anticipación si necesita este tipo de servicios para su cita. Llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555. También tenemos una línea de interpretación. Llámenos desde el consultorio del médico y buscaremos a alguien que hable su idioma. Llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555.

Ayuda para personas con problemas de vista

Si tiene problemas de vista, Texas Children's Health Plan le suministrará materiales impresos en letra grande, en Braille o grabados en cintas de audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y plantee sus necesidades específicas.

Servicio telefónico para personas con impedimentos de audición o del habla

Texas Children's Health Plan utiliza los servicios de Relay Texas TTD para comunicarse con miembros, padres y tutores que tengan problemas de audición o del habla. Si desea comunicarse por medio de TTY, llame al 1-800-RELAY-TX (1-800-735-2989).

Material informativo para Miembros, en inglés y en español

Esta Guía y todo el material incluido en el paquete de información para miembros se ofrecen en inglés y en español. Gran parte del material que ofrecemos a los miembros a través de nuestra biblioteca de educación para la salud también está disponible en español.

Qué hacer si recibe una factura del médico

Si recibe una factura por un beneficio o servicio cubierto en Texas Children's Health Plan, llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555. Tenga la factura a mano para poder dar la siguiente información:

- Nombre del proveedor
- Número de teléfono del proveedor
- Fecha en la que se recibieron los servicios
- Importe del reclamo
- Número de referencia del proveedor

Nosotros llamaremos al proveedor.

Transporte para visitas al médico

Si necesita transporte para ir al consultorio médico, el Programa de Transporte Médico (MTP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud de Texas quizá pueda ayudarlo. Debe llamar al programa tan pronto sepa la fecha de la próxima cita con el médico, por lo menos 48 horas antes. Es posible que los Miembros menores de 18 años deban viajar con un adulto. Para solicitar estos servicios, llame gratis al Programa de Transporte Médico al 1-877-MED-TRIP (1-877-633-8747). Los especialistas del servicio toman los pedidos de transporte los días hábiles, de 8 de la mañana a 5 de la tarde.

Si alguien lo lleva a la cita, las oficinas del Programa de Transporte Médico colaborarán con el dinero necesario para el combustible. La persona que lo lleva puede ser un familiar, un vecino u otro voluntario. El Programa no proporciona transporte cuando éste se incluye en las tarifas diarias de otros programas, como hogares de ancianos, actividades diurnas y servicios médicos.

Si cree que el conductor del Programa de Transporte Médico lo ha tratado de manera injusta, llame al 1-877-MED-TRIP (1-877-633-8747). También puede llamar gratis al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555 si desea saber cómo pedir transporte para situaciones que no sean de emergencia. Ante una emergencia médica, llame al 911 y pida una ambulancia.

Confidencialidad de sus datos de salud

Para Texas Children's Health Plan, es muy importante mantener la privacidad de los datos de salud (aquellos que pueden revelar su identidad). Además de cumplir con todas las leyes, manejamos los datos personales de salud de acuerdo con nuestras propias normas y procedimientos de privacidad. Hemos asumido el compromiso de proteger la privacidad de sus datos en todos los casos. Dentro del paquete de información para miembros, se incluye una copia de un documento denominado "Notificación sobre procedimientos de privacidad." Ésas son nuestras normas respecto al uso y divulgación de sus datos personales de salud.

También se incluye un formulario titulado "Autorización para divulgar datos de salud protegidos a un representante personal".

Sírvase completarlo y enviarlo a Texas Children's Health Plan si:

- Desea autorizar a otra persona (si usted es un miembro adulto) o al encargado del caso (si el miembro es un menor) a acceder a su información y hacer cambios en ella.

Por ejemplo, si tiene hijos menores de 18 años y usted es la madre del niño y la encargada del caso, puede autorizar al padre del niño a acceder a la información y hacer cambios en ella.

En caso contrario, únicamente el miembro adulto o el progenitor designado como encargado del caso del menor tendrá derecho a:

- Cambiar de médico de atención primaria.
- Actualizar información personal, como su dirección o número de teléfono.
- Solicitar una Tarjeta de Identificación.
- Solicitar determinada información del plan directamente relacionada con su estado de salud o la salud del niño.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar el formulario, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555.

Si está demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a aceptar o rechazar la atención médica. Las directivas anticipadas o testamento con instrucciones sobre la atención médica son un conjunto de disposiciones que usted escribe por si acaso algún día le fuera imposible ordenar la atención médica que desea recibir. Con esto se protegen sus derechos y deseos, ya que el médico o su familia sabrán qué es lo que usted desea hacer en caso de sufrir una lesión o enfermedad seria y no poder hablar ni escribir. Este conjunto de instrucciones le facilitarán las cosas a su familia. También permitirán al médico saber qué quiere usted.

Si ya ha redactado directivas anticipadas, hágaselo saber a su médico de atención primaria. Si desea información sobre cómo hacerlo, llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555.

Información que puede solicitar y recibir anualmente de Texas Children's Health Plan todos los años

Como miembro de Texas Children's Health Plan, puede solicitar y recibir anualmente la siguiente información:

- Nombre, dirección y números de teléfono de los proveedores de la red, idiomas que hablan (además de inglés) y la individualización de aquellos que no aceptan pacientes nuevos. La información proporcionada incluirá, como mínimo, los médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en el área de servicio del miembro.
- Las restricciones que se imponen al miembro en la elección de los proveedores de la red.
- Derechos y protecciones de los miembros.
- Información sobre los procedimientos de quejas, apelaciones y audiencias imparciales.
- La cantidad, duración y alcance de los beneficios que se ofrecen por contrato, detallados de manera adecuada para garantizar que los miembros entiendan los beneficios a los cuales tienen derecho.
- Cómo obtener los beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
- Cómo pueden obtener beneficios los miembros, incluso servicios de planificación familiar y servicios de proveedores fuera de la red, así como las restricciones a dichos beneficios.
- Cómo se ofrece cobertura de emergencia y fuera de hora, así como cualquier restricción impuesta a dichos beneficios, incluso:
 - Qué constituye una afección médica de emergencia, servicios de emergencia y servicios posestabilización.
 - El hecho de que no necesitar autorización previa para los servicios de emergencia.

- Cómo obtener servicios de emergencia, incluso el uso del sistema telefónico 911 o su equivalente local.
- La dirección de cualquier establecimiento de emergencia y otros lugares en donde los proveedores y hospitales ofrecen servicios de emergencia cubiertos por contrato.
- El derecho del miembro a usar cualquier hospital u otro establecimiento para la atención de emergencia.
- Las reglas de atención posestabilización.
- La política sobre remisiones para atención especializada y para otros beneficios no ofrecidos por el médico de atención primaria del miembro;
- Las pautas de atención de la Organización de Administración de Servicios Médicos.

Medicaid y los seguros privados

Como condición para tener derecho a recibir Medicaid, es necesario declarar al programa toda información sobre seguros. Si su seguro de salud privado se cancela o si usted ha adquirido una nueva cobertura de seguro o tiene preguntas generales sobre los seguro de terceros, debe llamar a la línea directa de Recursos de Terceros de Medicaid (TPR, por sus siglas en inglés) para que actualicemos sus registros y respondamos a sus preguntas. El número gratuito es 1-800-846-7307.

Tener otro seguro no le impide el posible derecho a recibir Medicaid. Lo que es necesario es declarar otros seguros a fin de que Medicaid sea el último recurso para asumir los gastos.

IMPORTANTE: los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo por tener un seguro médico privado además de Medicaid. Si el proveedor lo acepta como paciente de Medicaid, también debe presentar un reclamo ante su compañía de seguro médico privado.

Si no está conforme o tiene una queja

Nuestro deseo es ayudarlo. Si tiene una queja, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555 para comunicarnos su problema. Una queja es la expresión de insatisfacción respecto a la calidad de la atención o los servicios prestados por su médico, el personal de éste o el personal de Texas Children's Health Plan. Uno de los Defensores de los Derechos de los Miembros del Departamento de Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan lo ayudará a presentar la queja. Llame al 1-866-959-2555.

También puede presentar una queja por escrito. Envíela a:

Texas Children's Health Plan
Attention: Member Services
P. O. Box 301011, NB 8360
Houston, TX 77230
832-828-1001 o 1-866-959-2555 (llamada sin cargo)
TDD 1-800-735-2989 (Texas Relay)

Dentro de los cinco (5) días de haber recibido la queja, el Departamento de Servicios para Miembros le enviará una carta, donde acusará recibo de su queja. El personal del Texas Children's Health Plan analizará los hechos y tomará las medidas apropiadas dentro de los 30 días de haber recibido su queja. Una vez tomadas las medidas correspondientes, se le enviará una carta de resolución.

Si no está conforme con la resolución, tendrá derecho a solicitar una segunda revisión de su queja. Asimismo, tiene derecho a presentar la queja directamente al Estado en el mismo momento en que la tramita ante Texas Children's Health Plan o posteriormente. Puede comunicarse gratis con la Comisión de Servicios de Salud y Asistencia Social de Texas (Texas Health and Human Services Commission) al 1-800-252-8263, o bien presentar su queja por escrito.

Envíela a:

Texas Health and Human Services Commission
Resolution Services H-620
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756-3168

Si se limita o deniega un servicio cubierto que ha solicitado el médico

Texas Children's Health Plan le notificará la medida adoptada respecto a un servicio cubierto que haya solicitado su médico. Ello implica la denegación o la autorización limitada de un servicio solicitado, lo cual incluye:

- La denegación total o parcial del pago de un servicio.
- La denegación de la prestación de un tipo o nivel de servicio.
- La reducción, suspensión o cancelación de un servicio previamente autorizado.
- La imposibilidad de ofrecer servicios de manera oportuna.
- La imposibilidad de actuar dentro de los plazos reglamentarios.

Si no está satisfecho con la medida o está en desacuerdo con ella, tiene derecho a apelar. La apelación es el proceso mediante el cual se solicita la revisión de la medida. Llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-959-2555. Un Defensor de los Derechos de los Miembros del Departamento de Servicios para Miembros lo ayudará a presentar la apelación. También puede autorizar a un amigo, familiar o a su proveedor para que soliciten la apelación en su nombre. A tal fin, deberá extenderles un consentimiento por escrito. La solicitud de apelación debe presentarse dentro de los 30 días calendario de haber recibido la notificación de la medida. Para garantizar la continuidad de los servicios autorizados en ese momento, debe presentar la apelación a más tardar a los 10 días calendario del envío postal de la notificación por parte del Plan de Salud, o de la fecha programada para que comience a regir la medida propuesta, lo que ocurra después.

Todas las apelaciones se investigan sin demora. Texas Children's Health Plan le enviará una carta dentro de los cinco (5) días hábiles para hacerle saber que ha recibido su solicitud de apelación. La carta enumerará toda la información que necesitaremos para evaluar la apelación. Si la apelación se solicita verbalmente, también se adjuntará un formulario a la carta. Deberá firmarlo y devolverlo para confirmar su solicitud de apelación.

Texas Children's Health Plan le notificará por escrito la decisión tomada dentro de los 30 días de haber recibido su apelación. Si la apelación se rechaza, la respuesta explicará el motivo y le indicará cómo apelar en la siguiente instancia.

Si apela por segunda vez, el caso será analizado en la segunda instancia por el Panel de Quejas y Apelaciones de Texas Children's. El panel está compuesto por una cantidad equitativa de personal, Miembros y Proveedores de Texas Children's Health Plan. Tiene derecho a apelar en persona o a través de familiares o amigos.

Qué es una apelación abreviada al plan de salud

Si su caso consiste en una afección grave que, en su opinión, podría poner en peligro su vida o su salud si se esperara el tiempo requerido por una apelación estándar, usted o su representante pueden solicitar una apelación abreviada. Ante una apelación abreviada, Texas Children's Health Plan debe tomar una decisión rápidamente de acuerdo con su estado de salud. La solicitud de apelación abreviada se realiza verbalmente o por escrito. La apelación se analiza y se resuelve dentro de tres (3) días hábiles. Le informaremos la decisión lo antes posible. También le enviaremos una carta dentro de los dos (2) días hábiles de haber tomado la decisión.

Si no está satisfecho o está en desacuerdo con una medida, puede apelar al Estado

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial del Estado en cualquier momento durante el proceso de apelación ante el plan o con posterioridad. Si no está de acuerdo con la decisión de su plan, puede solicitar una audiencia imparcial al Estado. Debe hacerlo dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la carta. Hasta que se arribe a la decisión definitiva de la audiencia, tendrá derecho a continuar recibiendo los servicios que se le están brindando, siempre que solicite la audiencia dentro de los diez días de haber recibido la notificación de la audiencia de su plan médico. Si no solicita una audiencia imparcial dentro de los diez días de haber recibido la notificación de la audiencia, el servicio por el que está apelando se descontará. Si no solicita una audiencia dentro de los 90 días, perderá el derecho a hacerlo. Para solicitar una audiencia imparcial, llame a la Comisión de Servicios de Salud y Asistencia Social de Texas (Texas Health and Human Services Commission) al 1-800-252-8263 o comuníquese por correo con:

Texas Health and Human Services Commission
Appeals Division, Fair Hearings Y-613
P.O. Box 149030
Austin, TX 78714

No tiene derecho a una audiencia imparcial si Medicaid no cubre el servicio que solicitó.

En caso de solicitar una audiencia imparcial, recibirá una carta del funcionario a cargo de la audiencia. Allí se le informará la fecha y hora de la audiencia, y se le indicará cómo prepararse para ese día. La audiencia puede efectuarse por teléfono y usted puede explicar allí por qué solicitó este servicio. También puede solicitar al funcionario a cargo que revise la información que usted envió y tome una decisión.

La Comisión de Servicios de Salud y Asistencia Social de Texas tomará una decisión definitiva dentro de los 90 días de haberse solicitado la audiencia.

Cuando usted o su representante solicitan una audiencia imparcial del Estado durante una apelación:

- Los beneficios continuarán vigentes si la solicitud de una audiencia imparcial del Estado se presenta, a más tardar, 10 días después del envío de la notificación por parte del Plan de Salud o en la fecha programada para que la medida entre en vigencia, lo que ocurra después.
- Si la decisión definitiva resulta adversa para usted, es posible que deba pagar el costo de los servicios suministrados mientras la apelación se encontraba en trámite.

En caso de solicitar una audiencia imparcial, recibirá una carta del funcionario a cargo de la audiencia. Allí se le informará la fecha y hora de la audiencia y se le indicará como prepararse para ese día. La audiencia puede efectuarse por teléfono y usted puede explicar por qué solicitó este servicio. También puede solicitar al funcionario a cargo de la audiencia que revise la información que usted envió y tome una decisión.

Derechos de los Miembros:

1. Ser tratados con respeto, dignidad, privacidad y confidencialidad; y a no ser discriminados. Esto incluye el derecho a:

- a. recibir un trato equitativo y respetuoso; y
- b. saber que se respetará la privacidad y confidencialidad de la historia clínica y las conversaciones mantenidas con los proveedores.

2. Poder elegir, dentro de límites razonables, un plan médico y un médico de atención primaria (es decir, el médico o proveedor de atención médica que los atenderá la mayoría de las veces y les coordinará toda la asistencia que reciban), así como a cambiarse de plan o médico con facilidad. Esto incluye el derecho a:

- a. estar informados sobre cómo elegir y cambiar de plan médico y de médico de atención primaria;
- b. elegir el plan médico deseado dentro de su área y elegir un médico de atención primaria de ese plan;
- c. cambiar de médico de atención primaria;
- d. cambiar de plan médico sin que se les impongan sanciones; y
- e. saber cómo cambiar el plan médico o el médico de atención primaria.

3. Hacer preguntas y obtener respuestas sobre temas que no comprendan. Esto incluye el derecho a:

- a. solicitar a los proveedores que les expliquen qué atención médica necesitan, así como las diversas maneras de tratar sus problemas médicos; y
- b. saber la razón por la cual se les deniegan ciertos cuidados o servicios.

4. Acceder o negarse a recibir un tratamiento y participar activamente en las decisiones sobre el tratamiento que reciben. Esto incluye el derecho a:

- a. trabajar en equipo con el proveedor para decidir cuál es la mejor atención médica que pueden recibir; y
- b. aceptar o rechazar los cuidados que los proveedores les recomienden.

5. Utilizar todos los procesos de quejas establecidos, a través de la organización de administración de servicios médicos y a través de Medicaid; recibir una respuesta oportuna a sus quejas y apelaciones; y solicitar audiencias imparciales. Esto incluye el derecho a:

Esto incluye el derecho a:

- a. presentar una queja ante el plan médico o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, los proveedores o el plan médico;
- b. recibir una respuesta oportuna a sus quejas;
- c. tener acceso al proceso de apelación que ofrece el plan y a los procedimientos para apelar; y
- d. solicitar una audiencia imparcial al programa estatal de Medicaid, así como información sobre cómo llevarla a cabo.

6. Recibir oportunamente atención médica sin sufrir barreras de comunicación ni de acceso físico a los establecimientos. Esto incluye el derecho a:

- a. acceder telefónicamente a un profesional de la salud las 24 horas de los 7 días de la semana, para recibir la atención de emergencia o urgencia necesaria;
- b. recibir atención médica oportunamente;
- c. poder entrar y salir del consultorio del proveedor de atención médica, que debe poseer un acceso sin obstáculos para las personas con discapacidades u otras limitaciones de la movilidad, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Incapacidades;
- d. contar con la asistencia de intérpretes, si se necesita, durante las citas con los proveedores y cuando hablen con los representantes del plan médico. Los intérpretes pueden ser personas que hablan su lengua materna, lo asisten con una discapacidad o lo ayudan a comprender la información.
- e. recibir una explicación clara de las normas del plan médico, así como de los servicios de atención médica que se le prestarán y el modo de obtenerlos.

7. No ser reprimidos ni apartados con el fin de obligarlos a hacer cosas que no desean, o para castigarlos o atender la conveniencia de otra persona.

Los miembros son responsables de:

1. Conocer y entender todos los derechos que les otorga el programa de Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:

- a. conocer y entender todos los derechos que les otorga el programa de Medicaid;
- b. hacer preguntas si no comprenden sus derechos; y
- c. conocer las opciones de planes médicos que se ofrecen en su zona.

2. Cumplir con las normas y procedimientos del plan médico y de Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:

- a. conocer y cumplir las normas del plan médico y las normas de Medicaid;
- b. elegir un plan médico y un médico de atención primaria sin demoras;
- c. cambiar el plan médico y el médico de atención primaria del modo establecido por Medicaid y por el plan médico;
- d. no faltar a las citas con el médico;
- e. cancelar las citas con anticipación, cuando no puedan ir;
- f. comunicarse con el médico de atención primaria antes de solicitar cualquier asistencia médica que no sea de emergencia;
- g. solicitar la aprobación del médico de atención primaria antes de consultar con un especialista; y
- h. entender cuándo corresponde o no acudir a la sala de emergencia.

3. Proporcionar al médico de atención primaria los datos relativos a su salud e informarse plenamente sobre las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye la responsabilidad de:

- a. hablar con el médico de atención primaria sobre su salud;
- b. conversar sus necesidades de atención médica con el proveedor y preguntarle sobre las diversas maneras de tratar sus problemas médicos; y
- c. colaborar para que el proveedor reciba su historia clínica.

4. Participar activamente en las decisiones relativas a las opciones de servicio y tratamiento, tomar decisiones personales y asegurarse de mantener su buena salud. Esto incluye la responsabilidad de:

- a. trabajar en equipo con el proveedor para decidir qué atención médica les conviene;

- b. comprender las consecuencias de sus actos sobre su salud;
- c. hacer todo lo posible para mantenerse sanos; y
- d. tratar a los proveedores y al personal con respeto.

Cómo denunciar a alguien que abusa del programa Medicaid

Si sospecha que un cliente (una persona que recibe beneficios) o un proveedor (por ejemplo, un médico, un dentista, un asesor, etc.) ha cometido fraude, abuso o derroches, tiene la responsabilidad y el derecho de denunciarlo.

Cómo denunciar fraudes, abusos o derroches cometidos por un proveedor o cliente

Para denunciar fraudes, abusos o derroches, le aconsejamos reunir la mayor cantidad posible de información. Puede denunciar a los proveedores o clientes directamente a:

Texas Children's Health Plan
Fraud and Abuse Investigations
P. O. Box 301011, NB 8303
Houston, Texas 77230-1011
832-828-1320

O bien, si tiene acceso a Internet, vaya al sitio web del Departamento de Inspección General de la Comisión de Servicios de Salud y Asistencia Social de Texas: <http://www.hhs.state.tx.us> (en inglés) y seleccione "Reporting Waste, Abuse and Fraud" (Cómo denunciar fraudes, abusos y derroches). El sitio ofrece información sobre los tipos de fraude, abuso y derroche que se deben denunciar. Si no tiene acceso a Internet o prefiere hablar con una persona, llame a la línea directa del Departamento de Inspección General (OIG, por sus siglas en inglés), al 1-800-436-6184, o envíe una declaración escrita a la siguiente dirección del Departamento de Inspección General:

Para denunciar a proveedores, utilice esta dirección:

Office of Inspector General
Medicaid Provider Integrity/Mail Code 1361
P.O. Box 85200
Austin, TX 78708-5200

Para denunciar a clientes, utilice esta dirección:

Office of Inspector General
General Investigations/Mail Code 1362
P.O. Box 85200
Austin, TX 78708-5200

Cuando denuncie a un proveedor (por ejemplo, médico, dentista, asesor, etc.), proporcione la siguiente información:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor;
- Nombre y dirección del establecimiento (hospital, hogar de ancianos, organismos de atención médica a domicilio, etc.);
- Si puede, el número de Medicaid del proveedor y el establecimiento (será útil);
- El tipo de proveedor (médico, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.);
- Nombre y cantidad de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
- Fecha de los acontecimientos; y
- Resumen de lo que sucedió.

Cuando denuncie a un cliente (una persona que recibe beneficios) proporcione lo siguiente:

- El nombre de la persona,
- La fecha de nacimiento, el número de seguro social o el número de caso de la persona, si los conoce;
- La ciudad donde reside la persona;
- Detalles específicos sobre el fraude, abuso o derroche.