



STAR SEPTIEMBRE 2022

MANUAL PARA MIEMBROS

CommunityHealthChoice.org

713.295.2294

1.888.760.2600

Community Health Choice, Inc. es un afiliado de Harris Health System.



NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

1.877.635.6736

Información General

De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., excepto días festivos aprobados por el estado. Fuera del horario de atención o durante al fin de semana, deje un mensaje. Lo contactaremos el siguiente día hábil.

713.295.2222

1.888.760.2600

Servicios para Miembros

De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., excepto días festivos aprobados por el estado. Acceda a su cuenta de Miembro por Internet las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se dispone de información en inglés y en español. Si necesita un intérprete, llámenos. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano. También puede llamar para obtener información dental y farmacéutica.

713.295.2294

1.866.566.8989

Equipo de Asistencia Médica Administración por el Ombudsman (OMCAT)

1.877.787.8999

Intervención en la Primera Infancia (ECI) www.dars.state.tx.us/ecis Línea de Consultas DARS

1.877.343.3108

Línea Directa para Servicios de Salud Conductual/Abuso de Sustancias y Crisis Community Health Choice

Línea Directa de Crisis: 24 horas al día, 7 días por semana. Se dispone de información en inglés y en español. Si necesita un intérprete, llámenos. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano.

7-1-1

Número TDD para Personas con Problemas de Audición:

Servicios para Miembros

TTD del Equipo de Asistencia Médica Administración por el Ombudsman (OMCAT) para Personas con Problemas de Audición Intervención en la Primera Infancia (ECI)/www.dars.state.tx.us/ecis

1.800.735.2989

1.888.332.2730

24-Línea Gratuita de Asesoramiento Médico las 24 horas

1.800.964.2777

Línea de Ayuda del Programa STAR

1.844.572.8194

Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) STAR - Access2Care

Llame para programar y verificar el estado de su viaje. Access2Care está disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Llame a Access2Care al número gratuito 1.844.572.8194 o programe su cita a través de la aplicación para Miembros de Access2Care (A2C). Descargue la aplicación de la tienda de aplicaciones.

La información está disponible en inglés y español. Llame a Access2Care para obtener un intérprete. 7-1-1 TDD para personas con problemas de audición.

En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano.

1.877.847.8377

Programa Pasos Sanos de Texas

1.844.686.4358

Servicios de la Vista Envolve Vision

VisionBenefits.EnvolveHealth.com

1.866.844.4251

Servicios Dentales de Valor Añadido para Miembros de Community mayores de 21 años Dental FCL

1.800.516.0165

Servicios Dentales STAR para Miembros de Community menores de 21 años DentaQuest

1.800.494.6262

Dental MCNA

1.800.822.5353

Plan Dental de United Healthcare

1.888.760.2600

Farmacia

Servicios para Miembros de Community Health Choice

8:00 a.m. a 6:00 p.m., excepto días festivos aprobados por el estado.

En una emergencia, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano.

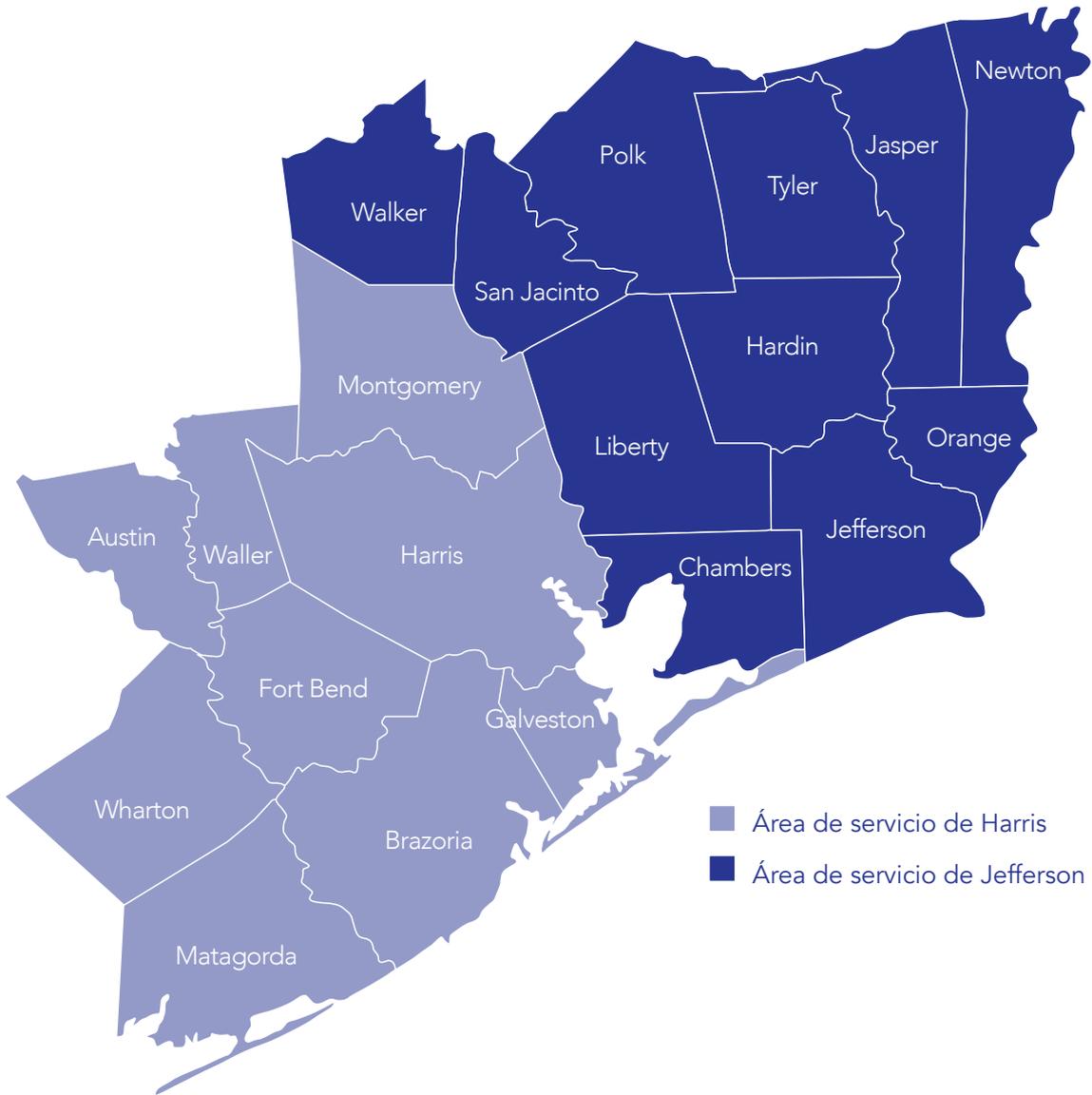
Community Health Choice Texas, Inc. • 2636 South Loop West, Suite 125 • Houston, TX 77054 • CommunityHealthChoice.org

Bienvenido a Community Health Choice

Si tiene necesidades especiales, problemas de visión o si habla en otro idioma, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600. Le enviaremos la información de manera que pueda leerla. Si necesita un intérprete para que lo ayude a comprender este manual, podemos brindarle uno para que lo ayude de manera oral o escrita. Si necesita ayuda con lenguaje de señas, Community ofrece Sign Share. Si tiene problemas de audición o del habla, llámenos a la línea TTY/TDD al 7-1-1 o sin cargo al 1.800.735.2989. Si necesita ayudas y servicios adicionales, a la obtención de materiales en formatos alternativos como en letra grande o Braille, llame a la Oficina de Elegibilidad de HHSC sin cargo al 1.855.827.3748 o a nuestro Departamento de Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600.

¿Necesita ayuda? Llame de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., excepto días festivos aprobados por el estado. Acceda a su cuenta de Miembro My Member Account por Internet las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Mapa del área de servicio



MY COMMUNITY HEALTH CHOICE

¡Una página de Facebook solo para usted!



¡Nos complace anunciar que Community Health Choice ahora tiene una página de Facebook solo para nuestros Miembros de Medicaid y CHIP!

My Community Health Choice publicará sobre:

- Eventos para Miembros
 - Cómo utilizar sus beneficios
 - Servicios sociales en sus vecindarios
 - Educación para la salud
 - Actividades divertidas
 - Vídeos informativos y divertidos de Community Now
- ¡Y Mucho Más!**

Síguenos hoy My Community Health Choice.

<https://www.facebook.com/MyCommunityHealthChoice>

CareerReady

PROGRAMA DE BECAS

Community ofrece a estudiantes de último año de secundaria y embarazadas la oportunidad de obtener una certificación laboral para impulsar sus carreras. Cada persona aceptada es llamado un becario CareerReady!

Cada becario CareerReady tiene un entrenador de vida para apoyarlos a lo largo del viaje. La la beca CareerReady cubre su matrícula, tarifas y libros necesario para completar una certificación de trabajo en Houston Community College, San Jacinto College o con un compañero de formación laboral.

Las mujeres embarazadas son elegibles para aplicar si:

- ✓ Usted o su bebé son miembros actuales de Community Health Choice de planes de salud STAR/Medicaid o CHIP
- ✓ Tienes entre 18 y 30 años
- ✓ Tienes un diploma de escuela secundaria o GED

Los estudiantes de último año de secundaria son elegibles para aplicar si:

- ✓ Usted es miembro actual de Community Health Choice de planes de salud STAR/Medicaid o CHIP
- ✓ Eres un estudiante de secundaria

Preguntas?

Comuníquese con LifeServices@CommunityHealthChoice.org



Listo para la carrera
Escuela secundaria



Listo para la carrera
miembro embarazada



Oportunidad de beca

"Terminé con éxito el programa de Técnico en Soldadura y actualmente estoy inscrito en Mecánica Automotriz; sigo trabajando para alcanzar mis metas y planeo tener un futuro exitoso gracias a CareerReady."

- JOSE, 2020 CAREERREADY SCHOLAR



Oportunidad de beca

"Con la ayuda del programa CareerReady, pude completar mi certificado de cosmetología y ahora espero un futuro exitoso".

SAVANNAH, BECARIA CAREERREADY 2021



The Sun

Boletín en línea para Miembros de CHIP y STAR (Medicaid)



RECURSOS

The Sun Boletín Para Miembros

Bienestar

Community

Servicios Para Miembros

Administración De Cuidados

Boletín en línea The Sun

Nuestro boletín de noticias, específicamente para nuestros Miembros de CHIP y STAR (Medicaid), es ahora un sitio web más fácil para usar. Esperamos que disfrute de este nuevo formato.

Haga clic sobre cualquier Recurso para Miembros para leer más.

Síguenos en Facebook

➔ Visite nuestra página de Servicios de vida

➔ Visite nuestra página de Bienestar

➔ Visite nuestra página de beneficios de Texas STAR (Medicaid)

➔ Visite nuestra página de beneficios de Texas CHIP



Las vacunas protegen contra enfermedades



¿Qué es Autismo?



Consejos para que mantenga a sus hijos sanos



Organizaciones comunitarias – Southwest Multi-Service Center



Viva su vida más saludable!



Alerta de estafa de farmacia falsa



Los estafadores están en todas partes. Aquí le mostramos cómo mantenerse a salvo.



MANUAL PARA MIEMBROS

El foco del Manual para Miembros – ¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de conducta (mentales), con el alcohol o las drogas?

Índice

Información que Debe Estar Disponible Anualmente como Miembro de Community Health Choice	13
Cosas Importantes para Recordar	13
Estamos aquí para ayudarlo a aprovechar al máximo su cobertura de salud.....	13
Evaluación de Nuevas Tecnologías	14
Decisiones de la Administración de Utilización	15
Mejora de la Calidad	15
Objeciones morales o religiosas	15
Cómo Funciona Community Health Choice	15
Beneficios de unirse a Community Health Choice	15
Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro	16
Información sobre la Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro	16
Cómo leer su Tarjeta de ID de Miembro.....	16
Cómo usar su Tarjeta de ID de Miembro	16
Cómo reemplazar su Tarjeta de ID de Miembro.....	16
Su Tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas	16
Formulario 1027-A de Verificación de Identificación Temporal de Medicaid	17
¿Cómo luce la tarjeta de Medicaid?	17
Proveedores de Atención Primaria	19
¿Qué debo llevar a mi cita médica?	19
¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria?	19
¿Un especialista puede ser considerado como Proveedor de Atención Primaria?.....	19
¿Cómo puede cambiar de Proveedor de Atención Primaria?	19
¿Un médico clínico puede ser considerado como Proveedor de Atención Primaria? (Clínica de Salud Rural/Centro de Salud con Calificación Federal)	20
¿Quién más puede ser mi Proveedor de Atención Primaria?	20
¿Cuántas veces puedo cambiar el Proveedor de Atención Primaria de mi(s) hijo(s)?	20
¿Cuándo se tornará efectivo mi cambio de Proveedor de Atención Primaria?	20
¿Existe algún motivo para rechazar una solicitud de cambio de Proveedor de Atención Primaria?	20
¿Mi Proveedor de Atención Primaria puede transferirme a otro por incumplimiento?	20
¿Qué debo hacer si decido ir a otro médico que no sea mi Proveedor de Atención Primaria?	21
¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi Proveedor de Atención Primaria está cerrado?	21
¿Qué es el Programa de Restricción de Medicaid?	21
Información del Plan de Incentivos para Médicos	21
Cambios de Planes de Salud	21
¿Qué debo hacer si deseo cambiar mis planes de salud?	21
¿A quién llamo?	21
¿Cuántas veces puedo cambiar de planes de salud?.....	22
¿Cuándo se tornará efectivo mi cambio de plan de salud?	22
¿Community Health Choice puede solicitar que se me cancele su plan de salud?	22
Beneficios	22
¿Cuáles son mis beneficios de la atención médica?	22
¿Cómo obtengo estos servicios?	23
¿Existen límites para cualquiera de los servicios cubiertos?	23

¿Qué servicios no están cubiertos?	23
¿Tengo acceso a servicios fuera de la red?	24
¿Qué otros servicios puede brindarme Community Health Choice?	24
¿Qué son los programas AA/PCA?	24
¿Qué debo hacer para cambiar mi dirección o número de teléfono?	24
¿Qué es el programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC)?	24
¿Qué es Intervención en la Primera Infancia (ECI)?	24
¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?	24
¿Necesito una referencia para eso?	25
¿Qué es la Administración de Servicios?	25
¿Cómo puedo obtener la Administración de Servicios?	25
¿Qué Beneficios Adicionales obtengo como Miembro de Community Health Choice?	25
¿Qué beneficios adicionales obtengo como Miembro de Community Health Choice?	26
¿Cómo puedo obtener estos beneficios?	26
¿Qué clases de educación para la salud ofrece Community Health Choice?	26
Programa de Administración de Casos Complejos	26
Programa de Administración de Cuidados	27
¿Qué otros servicios puede ayudarme a obtener Community Health Choice?	27

Cuidado de la Salud y Otros Servicios 28

¿Qué significa Medicamento Necesario?	28
¿Qué es la atención médica de rutina?	28
¿Cuánto tiempo debo esperar para que me atiendan?	29
¿Incluye mi cobertura hospitales?	29
¿Qué es la atención médica urgente?	29
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?	29
¿Cuánto tiempo debo esperar para que me atiendan?	29
¿Qué es la atención médica de emergencia?	29
¿Cuánto tiempo debo esperar para que me atiendan?	30
¿Los Servicios Dentales de Emergencia están Cubiertos por Community Health Choice?	30
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos Atención Dental de Emergencia?	30
¿Qué es la post estabilización?	30
¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi Proveedor de Atención Primaria está cerrado?	30
¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera de la ciudad o de viaje?	30
¿Qué debo hacer si estoy fuera del estado?	30
¿Qué debo hacer si estoy fuera del país?	30
¿Qué debo hacer si necesito ver a un médico especial (especialista)?	30
¿Qué es una referencia?	31
¿Cuánto tiempo puedo esperar para que me atienda un especialista?	31
¿Qué servicios no necesitan referencia?	31
¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?	31
¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de conducta (mentales), con el alcohol o las drogas?	31
¿Necesito una referencia para eso?	31
¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la administración de casos seleccionados de salud mental?	31
¿Cómo obtengo estos servicios?	32
¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo?	32

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	32
¿Qué debo hacer si voy a una farmacia que no pertenece a la red?	32
¿Qué debo hacer si necesito que me envíen los medicamentos?	32
¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?	32
¿Qué debo hacer si no me aprueban los medicamentos que mi médico solicitó?	32
¿Qué debo hacer si pierdo mis medicamentos?	32
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos medicamentos de venta libre?	32
¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?	32
¿Necesito una referencia para eso?	33
¿Dónde encuentro un Proveedor de servicios de planificación familiar?	33
¿Qué es la Administración de Casos para Niños y Embarazadas (CPW)?	33
¿Qué es Pasos Sanos de Texas?	33
¿Qué servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?	33
¿Con qué frecuencia obtengo chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?	34
¿Mi médico debe pertenecer a la red de Community Health Choice?	35
¿Debo tener una referencia?	35
¿Qué debo hacer si necesito cancelar una cita?	35
¿Qué debo hacer si estoy fuera de la ciudad y mi hijo tiene un chequeo en Pasos Sanos de Texas?	36
¿Qué es un trabajador agrícola migratorio?	36
¿Qué debo hacer si soy un trabajador agrícola migratorio?	36
Servicios de transporte médico que no son de emergencia (NEMT por sus siglas en inglés)	36
¿Qué son los servicios NEMT?	36
¿Qué servicios son parte de los servicios de Access2Care?	36
Cómo obtener un pasaje	37
¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?	37
¿Qué servicios dentales para niños cubre Community Health Choice?	37
¿Puedo obtener servicios de intérprete cuando hablo con el médico?	37
¿A quién debo llamar para obtener un intérprete?	37
¿Con cuánta anticipación debo llamar?	37
¿Cómo puedo conseguir un intérprete presencial en el consultorio del Proveedor?	38
¿Qué debo hacer si necesito atención de obstetricia/ginecología?	38
¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?	38
¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?	38
Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?	38
¿Necesitaré una referencia?	38
¿Con qué rapidez me atenderá después de comunicarme con mi obstetra/ginecólogo y solicitarle una cita?	38
¿Puedo continuar con mi obstetra/ginecólogo si no pertenece a Community Health Choice?	38
¿Qué puedo hacer si estoy embarazada?	38
¿A quién debo llamar?	38
¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Community Health Choice para las embarazadas?	39
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de nacimiento?	39
¿Puedo elegir un Proveedor de Atención Primaria para mi bebé antes de que nazca?	39
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el Proveedor de Atención Primaria de mi bebé?	39
¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?	39
¿Cómo inscribo a mi recién nacido?	39
¿Cómo y cuándo le informo a mi plan de salud?	39

¿Cómo puedo recibir atención médica después del nacimiento de mi bebé {si ya no tengo cobertura de Medicaid}?	39
¿Cómo y cuándo le aviso al administrador de mi caso?	41
¿A quién debo llamar si tengo necesidades de atención de salud especiales y necesito alguien que me ayude?	41
¿Qué debo hacer si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi atención médica?	41
¿Qué son las voluntades anticipadas?	41
¿Cómo obtengo una voluntad anticipada?	41
¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?	41
¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?	42
¿Qué debo hacer si recibo una factura de mi médico?	42
¿A quién llamo?	42
¿Qué información necesitarán?	42
¿Qué debo hacer si me mudo?	42
¿Qué debo hacer si tengo otro seguro de salud además de Medicaid?	42
Derechos Y Responsabilidades De Los Miembros	43
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	43
Responsabilidades adicionales del Miembro mientras usa Access2Care	45
¿Qué debo hacer si necesito un equipo médico duradero (DME) u otros productos que normalmente se encuentran en una farmacia?	46
Proceso para Presentar Quejas	46
¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién debo llamar?	46
¿Alguien de Community Health Choice puede ayudarme a presentar una Queja?	46
¿Cuánto tiempo llevará procesar mi Queja? ¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una Queja?	46
Apelaciones	47
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que está cubierto pero que Community Health Choice rechaza o limita?	47
¿Cómo me enteraré si se rechazan los servicios?	47
¿Qué debo hacer para apelar y cuánto tiempo tengo para hacerlo?	47
¿Puedo presentar mi apelación oralmente?	47
¿Puedo presentar mi apelación de manera oral?	47
¿Puedo solicitar una extensión? ¿Community Health Choice puede solicitar una extensión?	47
¿Cuándo un Miembro tiene derecho a solicitar una apelación?	47
¿Cuándo debería presentar mi apelación para asegurarme de continuar con mis servicios actualmente autorizados?	48
¿Alguien de Community Health Choice puede ayudarme a presentar una apelación?	48
¿Cuándo puedo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado?	48
Apelaciones de Emergencias de MCO	48
¿Qué es una Apelación de Emergencia?	48
¿Cómo puedo solicitar una Apelación de Emergencia?	48
¿Mi solicitud debe ser por escrito?	48
¿Cuáles son los plazos para una Revisión de Apelación de Emergencia?	48
¿Qué sucede si Community Health Choice rechaza una Apelación de Emergencia?	49
¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación de Emergencia?	49
¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado?	49

Audiencias Imparciales del Estado	50
¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado?	50
Información sobre una revisión médica externa	50
¿Puede un miembro pedir una revisión médica externa?	50
La Línea De Escalamiento Del Mdcg/Dbmd	51
¿Qué es la línea de escalamiento del MDCG/DBMD?	51
¿Cuándo puedo llamar a la línea de escalamiento?	51
¿Es esta la misma oficina que la Oficina del Ombudsman de HHS?	51
¿Quiénes pueden llamar a la línea de ayuda?	51
¿Puedo llamar a cualquier hora?	51
Información de Fraude	52
¿Quiere reportar el fraude, desperdicio o abuso?	52
Para reportar fraude, desperdicio o abuso, elija una de las siguientes:	52
Para reportar fraude, desperdicio o abuso, recopilar toda información que sea posible.	52
Acuerdo Alberto N.	53
Aviso de Privacidad	53
Sus Derechos de Privacidad Respecto de la Información Sobre su Salud.	55
Leyes Federales de Privacidad	56
Quejas.	56
Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud.	56
Fecha de Vigencia	56
Información de Contacto	56
Ley de Texas sobre el Tratamiento Médico de Menores y Problemas de Consentimiento Relacionados	57
Terminología de atención médica administrada	58
Asistencia con el Idioma	60
Eventos para Miembros	63

Información que Debe Estar Disponible Anualmente como Miembro de Community Health Choice

Como Miembro de Community Health Choice, puede solicitar y obtener la siguiente información cada año:

- Información sobre los Proveedores de la red: como mínimo de los médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluye nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (además de inglés) para cada proveedor de la red, además de la identificación de los Proveedores que no aceptan nuevos pacientes.
- Cualquier límite sobre su libertad de elección entre los Proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias estatales imparciales.
- Información sobre los beneficios disponibles según el programa de Medicaid, incluido el monto, la duración y el alcance de los beneficios. Esto está diseñado para asegurarse de que comprenda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtiene los beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
- Cómo obtiene los beneficios, incluidos los servicios de planificación familiar, de los Proveedores fuera de la red y los límites a esos beneficios.
- Cómo obtiene la cobertura fuera del horario de atención y de emergencia, y los límites a esa clase de beneficios, incluidos los siguientes:
 - En qué consisten las condiciones médicas de emergencia, servicios de emergencia y servicios de post estabilización.
 - El hecho de que no necesita una autorización previa de su Proveedor de Atención Primaria para los servicios de atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluidas las instrucciones sobre cómo usar el sistema telefónico del 9-1-1 o su equivalente local.
 - Las direcciones de cualquier lugar donde los Proveedores y los hospitales presten servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración que establezca que usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otro lugar para la atención de emergencia.
 - Reglas de post estabilización.
- Políticas sobre referencias para la atención especializada y otros beneficios a los que no puede acceder a través de su Proveedor de Atención Primaria.
- Pautas de la práctica de Community Health Choice.

Cosas Importantes para Recordar

Estamos aquí para ayudarlo a aprovechar al máximo su cobertura de salud.

Estas son algunas de las cosas importantes para recordar:

- Lea este manual. Si tiene alguna pregunta al respecto, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.
- Lea en este manual, sus Derechos y Responsabilidades como Miembro del plan.
- Encuentre un Proveedor de Atención Primaria en nuestro Directorio de Proveedores en línea. Si necesita ayuda para encontrar un Proveedor, llame sin cargo a Servicios para Miembros, al 1.888.760.2600. Cuando elija a su Proveedor, debe llamarnos para que podamos asignarle ese Proveedor. También puede crear una cuenta en línea en www.CommunityHealthChoice.org > Member Login (Inicio de sesión para Miembros) y seleccionar su Proveedor de Atención Primaria.
- Recibirá su tarjeta de ID de Miembro de Community Health Choice en el plazo de 3 a 5 días hábiles después de habernos avisado a quién eligió como su Proveedor de Atención Primaria. Revise la información en su tarjeta. Si hay algún error, contáctenos de inmediato.

- Llame al Proveedor de Atención Primaria que figura en su tarjeta de ID de Miembro para programar su primer chequeo en Pasos Sanos de Texas:
 - Como nuevo Miembro, debería realizarse su primer chequeo en Pasos Sanos de Texas dentro de los 90 días calendario después de haberse unido a Community Health Choice.
 - Los recién nacidos deben ver a un Proveedor de Atención Primaria entre los 3 y 5 días después de su nacimiento.
- Muestre su tarjeta de ID de Miembro de Community Health Choice cada vez que vaya al consultorio del médico, a una clínica, hospital o farmacia para que le dispensen la receta.
- Si tiene necesidades de atención de salud especiales, ¡podemos ayudarlo! Podemos inscribirlo en uno de nuestros Programas de Administración de Cuidado o derivarlo al Programa de Administración de Casos para Niños y Mujeres Embarazadas.
- Si es Miembro de una familia de trabajadores agrícolas itinerantes, podemos ayudarlo a obtener todos los servicios de atención de salud antes de que viaje.
- Lleve siempre su tarjeta de ID de Miembro de Community Health Choice con usted.
- Mantenga siempre este manual en un lugar seguro para usarlo en el futuro.

Recuerde, estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener asistencia.

Además de lo anterior, Community Health Choice considera que usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades:

Derechos

1. El derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
2. El derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de la dignidad, junto con el derecho a la privacidad.
3. El derecho a participar junto con los profesionales en las decisiones sobre el cuidado de su salud.
4. El derecho a discutir con sinceridad las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para su afección médica, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
5. El derecho a presentar quejas y apelaciones sobre la organización y el cuidado que proporciona.
6. El derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los Miembros de la organización.

Responsabilidades

1. La responsabilidad de suministrar información (en la medida de lo posible) que la organización, sus profesionales y proveedores necesiten para proporcionar atención médica.
2. La responsabilidad de seguir los planes e instrucciones de atención médica que usted haya acordado con sus profesionales.
3. La responsabilidad de comprender sus problemas de salud y de participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas, en la medida de lo posible.

Tiene el derecho a contarnos lo que piensa sobre los derechos y las responsabilidades que se le ofrecen. Cuéntenos lo que piensa al 1.888.760.2600.

Evaluación de Nuevas Tecnologías

Brindamos una atención médica que ha demostrado ser útil y segura. Hacemos revisiones de nuevos tratamientos para el cuidado de la salud. Analizamos nuevos procedimientos con datos de salud actualizados. Esto se denomina Evaluación de Nuevas Tecnologías. Nosotros decidimos si pagar o no por ellas. La revisión implica que pagamos cuando la seguridad y el valor son claros. Usted puede pedirnos que hagamos revisiones de nuevas tecnologías. El Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas revisa los medicamentos. Ellos deciden qué medicamentos están en el formulario.

Decisiones de la Administración de Utilización

Community sigue ciertas pautas para determinar qué servicios del cuidado de la salud vamos a cubrir. Esto se llama administración de utilización. Sabemos la importancia de tomar las decisiones correctas para su cuidado. Community sigue tres principios para tomar estas decisiones:

1. Nuestras decisiones se basan en que:
 - Los servicios y la atención médica sean apropiados
 - Sea un beneficio cubierto
2. No recompensamos a los médicos ni a otras personas por denegar cobertura.
3. No ofrecemos incentivos a los médicos ni a otras personas para motivarlos a tomar decisiones que impliquen que usted reciba menos cuidado del que necesita.

Si Community rechaza su solicitud de servicios, puede conseguir una revisión externa independiente. Una revisión independiente significa que alguien que no es empleado de Community revisará su solicitud de servicios. Esto se denomina una Audiencia Imparcial.

Mejora de la Calidad

Nuestro Departamento de Mejora de la Calidad ayuda a Community a brindarle lo mejor en cuidado clínico y servicios médicos. Si desea obtener más información sobre nuestro Programa de Mejoramiento de la Calidad, comuníquese sin cargo con Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

Objeciones morales o religiosas

Community Health Choice no excluye el acceso a ningún servicio debido a objeciones morales o religiosas.

Cómo Funciona Community Health Choice

Beneficios de unirse a Community Health Choice

Contamos con una gran red de médicos, hospitales y otros proveedores de la salud. ¡Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo! Puede llamar a Servicios para Miembros de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., excepto días festivos aprobados por el estado. Hablamos inglés y español, o podemos conseguirle un intérprete que hable su idioma.

Nuestro personal de Servicios para Miembros puede ayudarle de las siguientes maneras:

- Al responder preguntas sobre los beneficios.
- A elegir a un Proveedor de cuidado primario (médico).
- A cambiar a, su proveedor de cuidado primario.
- A obtener una nueva tarjeta de identificación (ID) si se pierde o se la roban la suya.
- A resolver quejas o problemas.
- A responder preguntas de índole farmacéutica.

También puede acceder a su cuenta de miembro My Member Account por Internet las 24 horas del día, los siete días de la semana para:

- Verificar su elegibilidad
- Cambiar su dirección, número de teléfono o Proveedor de cuidado primario
- Saber cuándo debe realizarse un examen
- Confirmar la asistencia a eventos
- Realizarnos preguntas

Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro

Información sobre la Tarjeta de Identificación (ID) de Miembro

Cada Miembro elegible de su familia recibirá su propia Tarjeta de ID de Miembro. Lleve siempre consigo su Tarjeta de ID de Miembro y su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas. Muéstrela ambas a su médico o Proveedor de atención médica antes de ser atendido. Recibirá su tarjeta de identificación de miembro entre los 3 y 5 días hábiles a partir de la fecha de su inscripción.

Cómo leer su Tarjeta de ID de Miembro

Controle su Tarjeta de ID de Miembro para asegurarse de que los datos sean correctos. Debe tener:

- Su nombre
- Su número de Medicaid
- El nombre, la dirección y el número de teléfono de su Proveedor de Atención Primaria, para que pueda programar una cita o discutir sobre sus necesidades médicas

Cómo usar su Tarjeta de ID de Miembro

Esta es una muestra de nuestra Tarjeta de ID de Miembro:

 Your Health Plan ★ Your Choice	
Name	DOB
Member ID	PCP Effective Date
PCP Name	
PCP Phone	
PCP Address	
<p> For more information about your plan, log in to your Member Account at / Para más información sobre su plan, ingrese a su cuenta de Miembro en CommunityHealthChoice.org.</p>	

Helpful numbers | Números útiles

Member Services 24/7 Servicios para Miembros 24/7 1.888.760.2600 (toll-free gratis)	Talk to a nurse 24/7 Hable con una enfermera 24/7 1.888.332.2730
Behavioral Health 24/7 Servicios para salud mental 24/7 1.877.343.3108	

In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. After treatment, call your Primary Care Provider within 24 hours or as soon as possible.
En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al Proveedor de Cuidado Primario dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

Provider Services

Eligibility, authorizations, benefits and claims:
Provider.CommunityHealthChoice.org | 713.295.2295

Send claims to: Community Health Choice, PO Box 981840, El Paso, TX 79998-1840

Electronic claims: Payer ID 48145

Pharmacy: Navitus Health Solutions
1.877.908.6023 **BIN: 610602** **PCN: MCD** **RXGroup: CHC**

Es importante que usted:

- Tenga preparada su tarjeta de ID de Miembro y número de Medicaid cuando llame a Servicios para Miembros al número gratuito 1.888.760.2600
- Lleve siempre consigo su Tarjeta de ID de Miembro y su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas a todas las citas médicas
- No permita que otras personas usen su Tarjeta de ID de Miembro

La dirección de reclamos en la imagen entra en vigencia el 1 de enero de 2023. Reclamos actuales la dirección es Community Health Choice, Inc. P.O. Box 301404, Houston, TX 77230.

Cómo reemplazar su Tarjeta de ID de Miembro

Imprima una Tarjeta de ID de Miembro en a través de su cuenta My Member Account en CommunityHealthChoice.org > Member Login (Inicio de sesión para Miembros). Servicios para Miembros le enviará una tarjeta permanente por correo postal. También puede llamar sin cargo al 1.888.760.2600.

Su Tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas

Una vez aprobado para Medicaid, obtendrá una Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta diaria de Medicaid. Debe llevarla consigo y protegerla como si fuese su licencia de conducir o tarjeta de crédito. Su médico puede usar la tarjeta para averiguar si cuenta con beneficios de Medicaid cuando asista a una consulta.

Se le enviará una sola tarjeta y recibirá una nueva tarjeta solamente si pierde o le roban la suya. Si pierde o le roban su tarjeta de Medicaid, puede obtener una nueva llamando sin cargo al 1.800.252.8263.

Si no está seguro de contar con la cobertura de Medicaid, puede averiguarlo llamando sin cargo al 1.800.252.8263. También puede llamar al 2-1-1. Primero, seleccione un idioma y después seleccione la opción 2.

Su historia clínica es una lista de servicios médicos y medicamentos que ha obtenido por Medicaid. La compartimos con los médicos de Medicaid para que ayuden a decidir qué cuidado de la salud necesita. Si no quiere que sus médicos vean su historia clínica a través de la red segura en línea, llame sin cargo al 1.800.252.8263.

La Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas tiene esta información impresa en el frente:

- Su nombre y número de ID de Medicaid
- La fecha en la que se le envió la tarjeta
- El nombre del programa de Medicaid en el que se encuentra si obtiene:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa de Salud para Mujeres de Texas (TWHP)
 - Hospicio
 - STAR Health
 - Medicaid de Emergencia o
 - Presunta Elegibilidad para Mujeres Embarazadas (PE)
- Información que su farmacia necesitará para facturarle a Medicaid
- El nombre de su médico y la farmacia si se encuentra en el programa de Restricción de Medicaid

En el dorso de su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas aparece un sitio Web (www.YourTexasBenefits.com) que puede visitar y un número de teléfono al que puede llamar (sin cargo al 1.800.252.8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si se olvida su tarjeta, su médico, dentista o farmacia pueden usar el teléfono o el sitio Web para asegurarse de obtener los beneficios de Medicaid.

Formulario 1027-A de Verificación de Identificación Temporal de Medicaid

Si pierde su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas, llame a su Oficina de Elegibilidad de HHSC al número gratuito 1.800.964.2777. Le proporcionarán un Formulario 1027-A de Verificación de ID Temporal. Usted usará el Formulario 1027-A como prueba de su elegibilidad de Medicaid. El formulario tendrá una fecha de "vencimiento". Este es el último día en el que se puede usar este formulario. También tendrá una lista de cada Miembro de la familia que forma parte de su caso de Medicaid. Debe llevar el Formulario 1027-A con usted cuando reciba cualquier servicio de atención de la salud. Úsela como su Tarjeta de Beneficios de Texas y muéstresela a su Proveedor.

¿Cómo luce la tarjeta de Medicaid?

La tarjeta es de plástico, como una tarjeta de crédito, y tiene su nombre y número de ID de Medicaid en el frente.

Frente de la tarjeta:

Aquí aparece su nombre.

Este es su número de ID de Medicaid.

Este es el número de ID de la agencia de HHSC. Los médicos y otros proveedores necesitan este número.

Esta es la fecha en la que se le envió la tarjeta

Your Texas Benefits
Health and Human Services Commission

Member name:

Member ID:

Issuer ID: Date card sent:

Note to Provider:
Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card? Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.

Dorso de la tarjeta:

Este mensaje es para usted.

Esto le recuerda a su médico que debe asegurarse de que todavía se encuentre en el programa de Medicaid antes de prestarle servicios.

Este mensaje ayuda a los médicos y proveedores a obtener su pago por los servicios de Medicaid que le prestaron.

Need help? ¿Necesita ayuda? 1-800-252-8263

Members: Keep this card with you. This is your medical ID card. Show this card to your doctor when you get services. To learn more, go to www.YourTexasBenefits.com or call 1-800-252-8263.

Miembros: Lleve esta tarjeta con usted. Muestre esta tarjeta a su doctor al recibir servicios. Para más información, vaya a www.YourTexasBenefits.com o llame al 1-800-252-8263.

THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.

Providers: To verify eligibility, call 1-855-827-3747. Non-pharmacy providers can also verify eligibility at www.YourTexasBenefitsCard.com. Non-managed care pharmacy claims assistance: 1-800-435-4165.

Non-managed care Rx billing: RxBIN: 610084 / RxPCN: DRTXPROD / RxGRP: MEDICAID

TX-CA-1213

Proveedores de Atención Primaria

¿Qué debo llevar a mi cita médica?

Cuando vaya a ver a su médico, lleve su Tarjeta de ID de Miembro, su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas, una lista de los problemas que tenga, una lista de cualquier fármaco o medicamentos herbolarios que esté tomando y un registro de todas las vacunas que se haya colocado.

Recuerde: EXCEPTO EN UNA EMERGENCIA, PRIMERO LLAME A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTES DE BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA.

¿Qué es un Proveedor de Atención Primaria?

Su Proveedor de Atención Primaria es una parte importante de su equipo de atención médica. Este se asegurará de que usted reciba la atención que necesita ya que le realizará chequeos regulares y le suministrará tratamiento cuando esté enfermo. Su Proveedor de Atención Primaria realizará el seguimiento cuando lo atiendan otros médicos. Su Proveedor de Atención Primaria debería ser el "centro médico" donde se encuentran todas sus historias clínicas. Su Proveedor Atención Primaria debe saber todo acerca de sus necesidades de atención médica pasadas y presentes. Asegúrese de que su Proveedor de Atención Primaria tenga todos sus expedientes médicos. Si usted es un paciente nuevo, ayude a su Proveedor de Atención Primaria a obtener sus expedientes de su médico anterior. Es posible que deba firmar un formulario para autorizar el envío de sus expedientes médicos a su nuevo Proveedor de Atención Primaria.

Puede seleccionar cualquier Proveedor de Atención Primaria en la red de Community Health Choice. Debe elegir un Proveedor de Atención Primaria en un consultorio y horario de oficina que sean convenientes para usted. Si está satisfecho con el Proveedor de Atención Primaria que actualmente lo está atendiendo, puede continuar con el mismo si está en nuestro directorio.

Cuando seleccione un Proveedor de Atención Primaria, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. Le asignaremos su Proveedor Atención Primaria seleccionado.

Para consultar un directorio actual, ingrese a CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un Médico)> Medicaid/CHIP > Find a Provider (Buscar un Proveedor)> Enter your information (Ingresar su información)> Search (Buscar). Puede encontrar un médico por la Especialidad del Proveedor, por el Nombre del Proveedor o por el Condado del Proveedor.

Es importante que conozca a su Proveedor de Atención Primaria y que este lo conozca a usted. No es bueno esperar hasta que esté enfermo para conocer a su Proveedor de Atención Primaria. Programe el primer chequeo médico de su hijo en Pasos Sanos de Texas de inmediato.

- Como nuevo Miembro, su hijo debería realizarse su primer chequeo en Pasos Sanos de Texas dentro de los 90 días calendario después de haberse unido a Community Health Choice.
- Los recién nacidos deben ver a un Proveedor de Atención Primaria entre los 3 y 5 días después de su nacimiento.

Podemos ayudarlo a programar su primer chequeo y conseguir transporte hacia el consultorio del Proveedor. Llame a Access2Care al sin cargo 1.844.572.8194 o programe su cita a través de la aplicación para Miembros de Access2Care (A2C). Descargue la aplicación de la tienda de aplicaciones.

¿Un especialista puede ser considerado como Proveedor de Atención Primaria?

Sí. Los Miembros con discapacidades, necesidades de atención especiales o condiciones crónicas o complejas pueden solicitarle a Community Health Choice usar un especialista como su Proveedor de Atención Primaria. Llame sin cargo a nuestra línea de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

¿Cómo puede cambiar de Proveedor de Atención Primaria?

Puede cambiar su Proveedor de Atención Primaria de las siguientes maneras:

- Llamándonos sin cargo al 1.888.760.2600
- Escribiéndonos a:

**Community Health Choice Texas, Inc.
Attention: Member Services
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054**

- Puede crear una cuenta My Member Account y cambiarlo en línea en CommunityHealthChoice.org

¿Un médico clínico puede ser considerado como Proveedor de Atención Primaria? (Clínica de Salud Rural/Centro de Salud con Calificación Federal)

Sí. Una clínica de salud rural (RHC) o un centro de salud federalmente calificado (FOHC) puede ser su proveedor de cuidado primario.

Una RHC brinda servicios de atención médica en áreas rurales con escaso acceso a los servicios de salud. Un FOHC brinda servicios de atención médica en áreas rurales y urbanas con escaso acceso a los servicios de salud.

¿Quién más puede ser mi Proveedor de Atención Primaria?

Puede elegir entre:

- Pediatras (para niños y adolescentes)
- Médicos familiares
- Médicos de Práctica General
- Médicos de Medicina Interna
- Enfermeras Especializadas Avanzadas (ANP)

¿Cuántas veces puedo cambiar el Proveedor de Atención Primaria de mi(s) hijo(s)?

No existe un límite de la cantidad de veces que puede cambiar su Proveedor de Atención Primaria o de su hijo. Puede hacerlo de las siguientes maneras:

- Llamándonos sin cargo al 1.888.760.2600
- Escribiéndonos a:

Community Health Choice Texas, Inc.
Attention: Member Services
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054

- Puede crear una cuenta y cambiarlo en línea en CommunityHealthChoice.org

¿Cuándo se tornará efectivo mi cambio de Proveedor de Atención Primaria?

Cuando nos llame para cambiar de Proveedor de Atención Primaria, realizaremos el cambio en nuestro sistema informático mientras esté al teléfono. La fecha de vigencia del cambio será el primer día del mes siguiente. También le enviaremos una nueva tarjeta de ID de Miembro de inmediato.

¿Existe algún motivo para rechazar una solicitud de cambio de Proveedor de Atención Primaria?

En ocasiones, el Proveedor de Atención Primaria que selecciona no está disponible. Nuestros Servicios para Miembros le ayudarán a elegir otro Proveedor de Atención Primaria. Estos son los motivos por los cuales tal vez no pueda ver a un Proveedor de Atención Primaria:

- El Proveedor de Atención Primaria que seleccionó no acepta pacientes nuevos.
- El Proveedor de Atención Primaria que seleccionó ya no forma parte de nuestra red.

¿Mi Proveedor de Atención Primaria puede transferirme a otro por incumplimiento?

Sí, estos son algunos de los motivos:

- No sigue las Responsabilidades como Miembro enumeradas en este Manual para Miembros.
- No asistió a tres citas seguidas dentro de un período de seis meses y no llamó antes para avisar.
- No sigue las recomendaciones médicas de su Proveedor.

- Es grosero, maleducado o no coopera con el Proveedor o el personal del consultorio.

Servicios para Miembros lo llamará y le ayudará a conseguir un nuevo Proveedor de Atención Primaria.

¿Qué debo hacer si decido ir a otro médico que no sea mi Proveedor de Atención Primaria?

Excepto en casos de emergencia, siempre llame a su Proveedor de Atención Primaria antes de ir a otro médico o al hospital. Puede contactarse con su Proveedor de Atención Primaria o médico de reemplazo las 24 horas, los siete días de la semana. Si visita a otro médico que no sea su Proveedor de Atención Primaria, deberá pagar la factura.

¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi Proveedor de Atención Primaria está cerrado?

Debe llamar a su Proveedor de Atención Primaria. Puede contactarse con su médico o un médico de reemplazo las 24 horas, los siete días de la semana. O puede llamar a nuestra línea gratuita de Asesoramiento Médico al 1.888.332.2730 las 24 horas. Nuestros servicios de enfermería le ayudarán a encontrar la atención adecuada para su problema. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué es el Programa de Restricción de Medicaid?

Si no sigue las reglas de Medicaid es posible que lo coloquen en el Programa de Restricción. Este programa controla cómo usa los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid continúan siendo los mismos. Cambiarse a una MCO diferente no cambiará su estado de Restricción.

Para evitar que lo coloquen en el Programa de Restricción de Medicaid:

- Seleccione una farmacia que utilizará siempre.
- Asegúrese de que su médico principal, dentista principal o los especialistas a los que lo deriven sean los únicos médicos que le realicen recetas.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos.

Para obtener más información, llame a Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600.

Información del Plan de Incentivos para Médicos

Community Health Choice no puede realizar pagos en virtud de un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios para los Miembros. Tiene derecho a saber si su Proveedor de Atención Primaria (médico principal) forma parte de este plan de incentivos para médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Para obtener más información al respecto, puede llamar al 1.888.760.2600.

Cambios de Planes de Salud

¿Qué debo hacer si deseo cambiar mis planes de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de los Programas Texas STAR, STAR Kids o STAR+PLUS al 1.800.964.2777. Puede cambiar de Planes de Salud con la frecuencia que desee.

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

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

¿A quién llamo?

Llame a la Línea de Ayuda del Programa Texas STAR o STAR+PLUS al 1.800.964.2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de planes de salud?

Puede cambiar de planes de salud con la frecuencia que desee.

¿Cuándo se tornará efectivo mi cambio de plan de salud?

Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en efecto el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio entrará en efecto el primer día del segundo mes posterior.

Por ejemplo:

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

¿Community Health Choice puede solicitar que se me cancele su plan de salud?

Sí. Community Health Choice puede solicitar que se le cancele su plan si usted:

- Se muda fuera del área de servicio
- Ingresa a un hospicio o centro de atención a largo plazo
- No es elegible para Medicaid
- Se inscribe en otro plan

También podemos solicitar a HHSC que finalice su Membresía después de avisarle si usted:

- No asiste a tres citas seguidas dentro de un período de seis meses y no llama antes para avisar;
- No sigue las políticas y los procedimientos de Community Health Choice;
- Permite el mal uso de su Tarjeta de ID de miembro; o
- Causa problemas, es grosero o no coopera con el personal de Community Health Choice, los médicos u otros Proveedores.

Beneficios

¿Cuáles son mis beneficios de la atención médica?

Community Health Choice es uno de los planes de Texas Medicaid STAR y presta servicios que forman parte de los beneficios cubiertos por el Programa de Medicaid. Algunos de los beneficios cubiertos incluyen:

- Chequeos regulares, pruebas de visión y audición, referidos para servicios dentales y vacunas
- Visitas al consultorio de su médico – Estas incluyen toda la atención y tratamiento de enfermedades y lesiones, incluidas las vacunas, radiografías y pruebas. También cubrimos cirugía para pacientes ambulatorios y chequeos regulares.
- Visitas a clínicas o Centros de Salud Federalmente Calificados (FOHC)
- Visitas a especialistas o cirujanos – Llame a Servicios para Miembros y consulte si el especialista se encuentra en la red de Community Health Choice. La atención de especialistas incluye la consulta y el tratamiento, la cirugía o la anestesia necesarios.
- Radiografías, análisis de laboratorio y otros servicios prestados en el hospital – Esto incluye habitación y comida semiprivadas, sangre, anestesia y servicios necesarios y suministros. Cubrimos la atención por maternidad y de recién nacidos en el hospital.
- Servicios médicos en el hospital
- Servicios de ambulancia solo para emergencias
- Servicios quiroprácticos
- Cuidado de emergencia
- Cuidado urgente – Cubrimos la atención prestada por un hospital o centro de atención de urgencia necesaria para tratar un problema urgente.

- Atención médica del comportamiento (mental): esto incluye servicios para pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios, psiquiatría, servicios de rehabilitación de salud mental, servicios de tratamiento para trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios y residenciales cuando los brinda un proveedor de la red Community Health Choice.
- Pruebas de audición (todos los Miembros) y audífonos (menores de 21 años)
- Servicios de atención médica a domicilio – Esto incluye el cuidado supervisado por una enfermera registrada que sea parte del plan de tratamiento aprobado por Community Health Choice.
- Servicios de hospicio para Miembros certificados como enfermos terminales a cargo de un médico.
- Atención por maternidad antes y después del nacimiento de su bebé
- Servicios de podología (cuidado de los pies)
- Servicios de salud preventivos (atención para prevenir enfermedades) – Estos incluyen exámenes físicos y de Papanicolau anuales, mamografías y otras pruebas.
- Radioterapia
- Servicios de trasplante – Incluyen hígado, corazón, pulmón, médula, córnea (ojo), células madre y riñón
- Cuidado de la visión – Si es menor de 21 años, puede realizarse un examen ocular al año. Medicaid le permite obtener nuevos anteojos (anteojos o lentes de contacto) una vez cada 24 meses, o antes, si es médicamente necesario. Si pierde o rompe sus lentes, Community Health Choice los reemplazará. Si es mayor de 21 años, puede realizarse un examen ocular y obtener anteojos (anteojos o lentes de contacto) una vez cada 24 meses. Debe obtener los servicios de cuidado de la visión de los correspondientes Proveedores de Community Health Choice. Medicaid no cubre reparaciones ni reemplazos para Miembros mayores de 21 años.
- Servicios de planificación familiar
- Recetas – Cualquier farmacia que acepte Medicaid puede dispensar su receta.
- Cuidado dental – Si es menor de 21 años, puede obtener cuidado dental de cualquier Proveedor dental de Pasos Sanos de Texas de Medicaid.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Ingrese en www.CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un médico) para buscar un proveedor en su zona que le brinde estos servicios.

¿Existen límites para cualquiera de los servicios cubiertos?

Prestamos servicios médicamente necesarios que están cubiertos por el Programa de Medicaid. Si el Programa de Medicaid no cubre el servicio, entonces nosotros tampoco lo cubrimos.

¿Qué servicios no están cubiertos?

- Los abortos no están cubiertos por las regulaciones federales ni estatales;
- Acupuntura;
- Autopsias;
- Cirugía cosmética o plástica que no sea médicamente necesaria;
- Cuidado de custodia;
- Cirugía experimental;
- Cirugía ocular para corregir miopía, hipermetropía o pérdida de enfoque;
- Tratamiento de la infertilidad, incluida la inseminación artificial y la fertilización in vitro;
- Artículos de comodidad personal, como televisión, teléfonos o insumos y servicios de aseo, a menos que sean médicamente necesarios;
- Dispositivos prostéticos y ortopédicos;

- Reversión de la esterilización voluntaria;
- Atención médica de rutina fuera del área;
- Servicios no aprobados por su Proveedor de Atención Primaria o Community Health Choice, excepto emergencias;
- Servicios prestados por su empleador o un familiar cercano; y
- Cirugía de cambio de sexo.

¿Tengo acceso a servicios fuera de la red?

Brindamos servicios fuera de la red a nuestros Miembros cuando son médicamente necesarios y son beneficios cubiertos que no están disponibles en nuestra red. Si esos servicios están disponibles, los Miembros deben dirigirse a uno de nuestros proveedores de la red. Se requiere autorización previa excepto en situaciones de emergencia.

¿Qué otros servicios puede brindarme Community Health Choice?

Podemos ayudarlo con Asistencia para la Adopción y Ayuda para el Cuidado de Permanencia (AA/PCA), Mujeres, Lactantes y Niños (WIC) e Intervención en la Primera Infancia (ECI).

Community ofrece asistencia con la solicitud y la recertificación en la comunidad. Llame a Servicios para Miembros para encontrar su lugar de asistencia más cercano.

¿Qué son los programas AA/PCA?

- El programa de Asistencia para la Adopción provee ayuda para ciertos niños adoptados en un hogar de crianza temporal.
- El programa de Ayuda para el Cuidado de Permanencia brinda apoyo financiero a los familiares que proporcionan un hogar permanente a niños que se encontraban en un hogar de crianza temporal y que no pudieron regresar con sus padres.

¿Qué debo hacer para cambiar mi dirección o número de teléfono?

- Los padres adoptivos y o cuidadores de ayuda para el cuidado de permanencia deben contactar al especialista regional de elegibilidad en asistencia para la adopción de DFPS asignado a su caso.
- Si el padre/madre o cuidador no saben quién es el especialista de elegibilidad asignado, pueden llamar a la línea directa de DFPS al 1.800.233.3405 para averiguarlo.
- El padre/madre o cuidador debe contactar al especialista de elegibilidad en asistencia para la adopción con el objetivo de ayudarlos con el cambio de dirección.

¿Qué es el programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC)?

WIC es un programa de nutrición para mujeres, lactantes y niños. WIC ayuda a las mujeres embarazadas y nuevas madres a obtener más información sobre alimentación, lactancia, fórmulas, nutrición y alimentación saludable. WIC puede ayudar otorgando vales de WIC para alimentos saludables. Llame a Servicios para Miembros y encuentre la oficina de WIC más cercana.

¿Qué es Intervención en la Primera Infancia (ECI)?

La Intervención en la Primera Infancia (ECI) es un programa estatal para familias con hijos, desde el nacimiento hasta los tres años, con discapacidades y retrasos del desarrollo. Si le preocupa el crecimiento y aprendizaje de su bebé, ECI puede ayudar. ECI apoya a las familias para que sus hijos alcancen todo su potencial a través de los servicios de desarrollo.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Puede encontrar un proveedor de ECI cercano si llama al Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARS) sin cargo al 1.877.787.8999 (TDD 7-1-1) o visita el sitio Web de DARS en <http://www.dars.state.tx.us/ecis/>. Si visita un Proveedor de ECI, recuerde informarle al Proveedor de Atención Primaria de su hijo sobre la atención de ECI que recibe su hijo de manera que su proveedor pueda asegurar la atención continua.

¿Necesito una referencia para eso?

No. Las referencias se pueden basar en el juicio profesional o una preocupación de la familia. No se requiere un diagnóstico médico ni la confirmación de un retraso del desarrollo para los servicios de ECI. Las familias pueden autoreferirse al ingresar al sitio Web de DARS en <http://www.dars.state.tx.us/ecis/> o llamando sin cargo al 1.877.787.8999.

¿Qué es la Administración de Servicios?

La Administración de Servicios es la coordinación de servicios médicos para ayudarlo con sus necesidades médicas. Un Administrador de Caso hará lo siguiente:

- Lo ayudará a elegir de Proveedor de Atención Primaria
- Le enseñará cómo y cuándo utilizar la Línea de asesoría de enfermería durante las 24 horas
- Le proporcionará información sobre enfermedades y medicamentos
- Más

¿Cómo puedo obtener la Administración de Servicios?

Llame a Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda. Un Administrador de Casos le devolverá la llamada.

Community sigue el Formulario de medicamentos de proveedores de Texas para Medicaid y CHIP. Las actualizaciones del formulario son gestionadas por el Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas.

Aquí está cómo buscar:

- Visite el formulario en <https://www.txvendordrug.com/formulary/formulary-search>.
- Ingrese el nombre de su medicamento.

Esta búsqueda le dirá:

- Si el medicamento está en el formulario
- Si el medicamento requiere una autorización previa

Los medicamentos se enumeran como “preferidos” y “no preferidos”. Si necesita un medicamento “no preferido”, su médico deberá enviar una solicitud especial para obtener el medicamento “no preferido” llamando al número gratuito de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

¿Qué Beneficios Adicionales obtengo como Miembro de Community Health Choice?

Los servicios de valor añadido estarán en vigencia desde el 1 de septiembre del 2022 al 31 de agosto 2023. Pueden aplicarse limitaciones. Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

Línea Directa de Asesoramiento las 24hs

Línea de asesoría de enfermería para todos los Miembros las 24 horas del día, para ayudarles a decidir dónde obtener la atención médica que necesitan. El personal de enfermería también brinda educación para la salud, seguimiento iniciado por enfermeras y referencias dentro de la red.

Servicios Adicionales para la Vista

Los miembros elegibles pueden optar por no recibir el beneficio de anteojos estándar y utilizar \$100 para usarlos en la compra de anteojos no estándar O lentes de contacto, incluidos los desechables y las tarifas de ajuste de lentes de contacto cada veinticuatro (24) meses, con el período de beneficio medido a partir de la fecha del servicio. Esta es una asignación total para anteojos que se puede aplicar a la elección de montura de anteojos/lentes/opciones de lentes o lentes de contacto en lugar de anteojos. Los anteojos deben tener una prescripción de al menos + 0.50 dioptrías en al menos un ojo para calificar para la cobertura. Miembros que eligen comprar anteojos con un valor de venta al por menor superior a la asignación de \$ 100 son financieramente responsables de pagar el proveedor participante costo usual y habitual (de venta) de la diferencia entre el costo de los anteojos seleccionados y la asignación de \$100.

Exámenes Físicos para Deportes y la Escuela

Uno por año para Miembros de 4 a 19 años

Ayuda para Miembros con Asma

Materiales educativos sobre el asma y una funda de almohada hipoalérgica cada año para Miembros inscritos en nuestro

Programa de Administración de Cuidado del Asma. El Miembro recibe una funda por año, según el momento en que haya recibido la funda anterior.

Ayuda Adicional para Embarazadas

- Tarjeta de regalo de \$25 por completar un control médico prenatal dentro de los 42 días siguientes a la inscripción.
- Tarjeta de regalo de \$25 por completar oportunamente un control médico de posparto dentro de los 21 a 84 días siguientes al parto.

Servicios de Salud y Bienestar

Asignación de hasta \$100 para una membresía anual en Baker Ripley, en el área de servicio de Harris.

Programas de Juegos y Ejercicios Saludables

- Tarjeta de regalo de \$30 por año para Miembros en edad escolar hasta el grado 12, que participen en un programa deportivo (atlético) extracurricular patrocinado por la escuela, para pagar el costo del programa, suministros o uniformes.
- Tarjeta de regalo de \$40 por año para Miembros hasta el grado 12 que participen en una liga deportiva juvenil (independientemente de las actividades extracurriculares patrocinadas por la escuela)
- Los miembros de entre 6 y 17 años que viven en el área de servicio de Harris pueden unirse sin cargo a una ubicación participante del Club de Niños y Niñas en el área metropolitana de Houston.

Servicios Dentales Adicionales para Adultos (mayores de 21 años) y Embarazadas

Dos exámenes dentales de rutina por año con limpieza dental, radiografías (una vez al año), extracciones no quirúrgicas y emergencias exámenes (limitados) para miembros mayores de 21 años y Miembros embarazadas.

Todos los servicios adicionales más allá los que se enumeran en este párrafo se le proporcionan al Miembro adulto con un descuento del 25%.

¿Qué beneficios adicionales obtengo como Miembro de Community Health Choice?

- Eventos para miembros
Llevamos a cabo eventos que solo están destinados a los Miembros y su(s) invitado(s) a lo largo del año.
- Ayuda con la recertificación para Medicaid para Medicaid cuando sea el momento de volver a certificarse. Puedes llamar y obtener ayuda por teléfono o en uno de nuestros sitios de aplicación. Visite www.communityhealthchoice.org. Buscar "Solicitud Asistencia" para más información.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Llame a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600.

¿Qué clases de educación para la salud ofrece Community Health Choice?

El objetivo de nuestro Programa de Educación para la Salud es ayudar a los Miembros a mantenerse saludables. Nuestro Programa de Educación para la Salud ofrece ferias de salud y exámenes generales.

Programa de Administración de Casos Complejos

El Programa de Administración de Casos Complejos de Community ayuda a coordinar el cuidado para los Miembros que tienen afecciones complejas. Nuestros administradores de casos complejos ayudan a nuestros miembros con la atención médica y otros servicios de la comunidad, según sea necesario. Estos servicios y el Programa de Administración de Casos Complejos son gratuitos para todos los Miembros, y toda la información obtenida es confidencial. Nuestros administradores de casos complejos hablarán con usted para evaluar sus necesidades de atención médica, además de sus determinantes sociales de salud.

Las áreas de asistencia abarcan las siguientes:

- Educación sobre su afección
- Ayuda para conseguir equipos y suministros médicos
- Desarrollo de un plan con usted y su proveedor de cuidado primario para satisfacer sus necesidades médicas

- Ayuda para encontrar recursos comunitarios, como transporte, vivienda, alimentos, cuidado infantil y servicios de cuidado personal

Puede comunicarse con un administrador de casos complejos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., llamando a Community Health Choice al 832.242.2273.

Programa de Administración de Cuidados

Nuestro Programa de Administración de Cuidado lo ayuda a administrar sus necesidades de atención médica. Nos centramos en el asma, la diabetes, la insuficiencia cardíaca, el embarazo de alto riesgo, y en los miembros con afecciones complejas.

Lo contactaremos en los siguientes casos:

- Si cumple con los criterios de alguno de los programas que ofrecemos en Community Health Choice
- Si corre el riesgo de tener a su bebé antes de tiempo

Lo ayudaremos en lo siguiente:

- A obtener cuidados después del nacimiento de su bebé
- A administrar sus necesidades de atención médica
- A coordinar su cuidado

Llame a nuestro Departamento de Administración de Cuidado al 832.CHC.CARE (832.242.2273), o sin cargo al 1.888.297.4450.

¡Tome el control de su salud! Para saber si tiene algún problema de salud potencial, haga nuestra Evaluación de Riesgos para la Salud en línea. Ingrese a CommunityHealthChoice.org > Member Resources (Recursos para Miembros).

Nosotros analizaremos los resultados y, si vemos que existen posibles problemas, nos pondremos en contacto con usted. Comparta los resultados con su médico.

¿Qué otros servicios puede ayudarme a obtener Community Health Choice?

- Coordinación de Servicios/Administración de Casos de Intervención en la Primera Infancia (ECI)
- Rehabilitación de la Salud Mental y Retraso Mental (MHMR)
- Salud Escolar y Servicios Relacionados de Texas
- Servicio de Tuberculosis provisto por un Proveedor aprobado por el Centro de Ciencias de la Salud (HSC)
- Transporte Médico
- Servicios de Hospicio de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)
- Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW): CPW brinda servicios a niños (desde el nacimiento hasta los 20 años) con un riesgo para la salud y a las mujeres embarazadas de alto riesgo de todas las edades, con el fin de fomentar el uso de la salud y los cuidados relacionados con la salud económicos. Para obtener más información, comuníquese sin cargo con Community Health Choice al 1.888.760.2600, de lunes a viernes de 8 a 6 pm o llame sin cargo a Texas Health Steps al 1.877.847.8377, de lunes a viernes, 8 am a 8 pm.

Cuidado de la Salud y Otros Servicios

¿Qué significa Medicamento Necesario?

Medicamento Necesario significa:

- (1) Para Miembros menores de 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - (a) exámenes, servicios de visión y audición; y
 - (b) otros servicios de atención médica, incluidos los Servicios de Salud Conductual, necesarios para corregir o mejorar un defecto, enfermedad o afección física o mental. Una determinación sobre si un servicio es necesario para corregir o mejorar un defecto, una enfermedad o afección física o mental:
 - (i) debe cumplir con el proceso de autorización previa estándar (PA) recibida con documentación incompleta o insuficiente del Manual Uniforme de Atención Administrada de la HHSC, Sección 3.22; y
 - (ii) puede incluir consideración de otros factores relevantes, tales como los criterios descritos en las secciones (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.
- (2) Para miembros mayores de 20 años, los servicios de salud no conductual son los siguientes:
 - (a) razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o proporcionar detecciones tempranas, intervenciones o tratamientos para afecciones que causan sufrimiento o dolor, deformidades físicas o limitaciones de funciones, amenazan con causar o empeorar la situación de una persona con discapacidad, causan enfermedades o dolencias de un Miembro o ponen en riesgo la vida;
 - (b) proporcionados en las instalaciones correspondientes y a los niveles de atención adecuados para el tratamiento de las condiciones de salud de un Miembro;
 - (c) coherentes con las pautas y las normas de práctica de la atención médica respaldadas por organizaciones de atención médica reconocidas a nivel profesional u organismos gubernamentales;
 - (d) coherentes con los diagnósticos de las condiciones;
 - (e) no más invasivos o restrictivos que lo necesario para proporcionar un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficiencia;
 - (f) no experimentales o de investigación; y
 - (g) que no sean principalmente para la conveniencia del Miembro o del proveedor; y
- (3) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud conductual que:
 - (a) son razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de un trastorno de salud mental o dependencia química, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro de las funciones a causa de dicho trastorno;
 - (b) son acordes a las pautas y normas clínicas aceptadas a nivel profesional de la práctica en la atención médica conductual;
 - (c) cuentan con el entorno más adecuado y menos restrictivo en los que se pueden prestar los servicios;
 - (d) constituyen el nivel o prestación de servicio más adecuado que se puede brindar;
 - (e) no se podrían omitir sin tener un efecto adverso sobre la salud mental o física del Miembro o la calidad del cuidado proporcionado;
 - (f) no son experimentales o de investigación; y
 - (g) no son principalmente para la conveniencia del Miembro o del proveedor.

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina se refiere a las visitas a su Proveedor de Atención Primaria para asegurarse de que tanto usted como sus hijos gocen de buena salud. La atención médica de rutina incluye chequeos regulares, tratamientos para enfermedades, vacunas y atención de seguimiento.

¿Cuánto tiempo debo esperar para que me atiendan?

Debería poder ver a su Proveedor de Atención Primaria dentro de las dos semanas después de su llamada al proveedor.

¿Incluye mi cobertura hospitalares?

Community Health Choice ofrece hospitalares dentro de la red que están cerca y son convenientes. Puedes consultar nuestra red de hospitalares en www.communityhealthchoice.org. Pregúntele a su médico dónde tiene privilegios para ejercer. Pregúntele a su médico acerca de qué hospital es mejor para su condición. Es importante usar un hospital dentro de la red cuando busque atención. En caso de un emergencia, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano.

¿Qué es la atención médica urgente?

Otro tipo de atención es la atención de urgencia. Existen algunas enfermedades y lesiones que probablemente no sean emergencias, pero que pueden convertirse en tales si no recibe tratamiento dentro de las 24 horas. Algunos ejemplos incluyen:

- Quemaduras o cortes menores
- Dolor de oído
- Dolor de garganta
- Torceduras/esguinces musculares

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

Para recibir atención de urgencia, debe llamar al consultorio de su médico, incluso durante la noche y los fines de semana. Su médico le dirá qué hacer. En algunos casos, su médico puede indicarle que se dirija a una clínica de atención de urgencia. Si su médico le indica que vaya a una clínica de atención de urgencia, no es necesario que llame a la clínica antes de ir. Debe acudir a una clínica que acepte Medicaid de Community Health Choice. Para obtener ayuda, llámenos sin cargo al 1.888.760.2600. También puede llamar a nuestra Línea Gratuita de Asesoramiento Médico al 1.888.332.2730 las 24 horas para obtener ayuda relacionada con la atención que necesita.

¿Cuánto tiempo debo esperar para que me atiendan?

Debería poder ver a su médico dentro de las 24 horas de una cita de atención de urgencia. Si su médico le indica que vaya a una clínica de atención de urgencia, no es necesario que llame a la clínica antes de ir. La clínica de atención de urgencia debe aceptar Medicaid de Community Health Choice.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Atención Médica de Emergencia

La atención médica de emergencia se proporciona para Afecciones Médicas de Emergencia y Afecciones de Salud Conductual de Emergencia.

Afección Médica de Emergencia significa:

Una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de aparición reciente y gravedad suficiente (incluido dolor grave) de manera que una persona común prudente con conocimiento promedio de salud y medicina pudiera esperar de forma razonable que la ausencia de atención médica inmediata tenga como resultado lo siguiente:

1. poner en riesgo grave la salud del paciente;
2. deteriorar gravemente sus funciones corporales;
3. provocar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
4. provocar una grave desfiguración; o
5. en el caso de una mujer embarazada, poner en riesgo grave la salud de una mujer o su hijo no nacido.

Afección de Salud Conductual de Emergencia significa:

Cualquier afección, independientemente de la naturaleza o causa de la misma, que según la opinión de una persona común prudente con conocimiento promedio de medicina y salud:

1. requiere intervención o atención médica inmediata, sin la cual el Miembro podría encontrarse en peligro inmediato para

sí mismo u otros; o

2. considera al Miembro incapaz de controlar, conocer o comprender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de Emergencia y Atención de Emergencia significa:

Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios prestados por un Proveedor que está calificado 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 de post estabilización.

¿Cuánto tiempo debo esperar para que me atiendan?

Debería ser atendido de inmediato para servicios médicos o de salud conductual de emergencia.

¿Los Servicios Dentales de Emergencia están Cubiertos por Community Health Choice?

Community Health Choice cubre servicios dentales de emergencia limitados en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluido el pago de lo siguiente:

- Tratamiento para luxación mandibular
- Tratamiento para daño traumático a los dientes y las estructuras de soporte
- Eliminación de quistes
- Tratamiento de abscesos orales de origen dental o de las encías
- Medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos Atención Dental de Emergencia?

Durante el horario normal de atención, llame al Dentista Principal de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después del horario de cierre de su Dentista Principal, llámenos sin cargo al 1.888.760.2600 o llame al 9-1-1.

¿Qué es la post estabilización?

Los servicios de atención de post estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que mantienen su condición estable después de la atención médica de emergencia.

¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi Proveedor de Atención Primaria está cerrado?

Debe llamar a su Proveedor de Atención Primaria. Puede contactarse con su médico o un médico de reemplazo las 24 horas, los siete días de la semana. O puede llamar a nuestra línea gratuita de Asesoramiento Médico al 1.888.332.2730 las 24 horas. Nuestros servicios de enfermería le ayudarán a encontrar la atención adecuada para su problema. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera de la ciudad o de viaje?

Si necesita atención médica estando de viaje, llame sin cargo al 1.888.760.2600 y le ayudaremos a encontrar un médico. Si necesita servicios de emergencia estando de viaje, vaya al hospital más cercano y luego llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

¿Qué debo hacer si estoy fuera del estado?

Si necesita servicios de emergencia estando de viaje, vaya al hospital más cercano.

¿Qué debo hacer si estoy fuera del país?

Los servicios médicos brindados fuera del país no están cubiertos por Medicaid.

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

Su Proveedor de Atención Primaria puede tratar la mayoría de los problemas. En ocasiones puede necesitar la atención de un especialista. Su Proveedor de Atención Primaria puede ayudarlo a encontrar un especialista. También puede necesitar atención hospitalaria que no sea de emergencia. Si es necesario, su Proveedor de Atención Primaria puede derivarlo a un

hospital. Los Miembros con discapacidades, necesidades de atención médica especiales y condiciones crónicas o complejas pueden tener acceso directo a un especialista.

¿Qué es una referencia?

Una referencia es una consulta para evaluar y/o tratar a un paciente que un médico le solicita a otro médico. Community Health Choice no pagará el costo del equipo médico o cuidado del hospital sin carácter de emergencia, a menos que su Proveedor de Atención Primaria realice una referencia.

¿Cuánto tiempo puedo esperar para que me atienda un especialista?

El especialista lo atenderá lo antes posible, por lo general dentro de las 8 a 10 semanas. Por supuesto, si es urgente, es posible que el especialista pueda verlo dentro de las 24 horas de su solicitud. Si necesita ayuda o no puede esperar tanto tiempo, llame a Servicios para Miembros, y podemos buscar otro especialista que pueda consultar antes.

¿Qué servicios no necesitan referencia?

- Cuidado de emergencia
- Atención ginecológica
- Chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de salud conductual (mental) o tratamiento por abuso de drogas y alcohol

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Para obtener una segunda opinión, llame a Servicios para Miembros. Puede obtener una segunda opinión de un Proveedor de la red o de un Proveedor que no pertenece a la red si no hay uno de la red disponible. Quizás quiera solicitar una segunda opinión en los siguientes casos:

1. Recibe un diagnóstico o instrucciones de su Proveedor que considera que incorrectos o incompletos.
2. Su Proveedor indica que necesita cirugía.
3. Ha hecho lo que le indicó el médico, pero no mejora.

Cuando acuda a la cita, dígame al médico que está allí para obtener una segunda opinión.

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de conducta (mentales), con el alcohol o las drogas?

Si usted o su hijo padecen un problema de salud mental, alcohol o drogas o necesita atención de urgencia, llame a Community Health Choice sin cargo al 1.877.343.3108, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Necesito una referencia para eso?

No necesita ver antes a su Proveedor de Atención Primaria ni pedirle una referencia. Algunos problemas de salud mental o abuso de sustancias también pueden necesitar atención urgente.

Para obtener ayuda con estos problemas o para obtener más información, por favor llame a Community Health Choice. Llame sin cargo al 1.877.343.3108, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Community Health Choice cumple lo establecido por la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones (MHPAEA). Por eso, realizamos revisiones para asegurarnos de que los requisitos para recibir beneficios de salud mental sean iguales o no menos restrictivos que para recibir beneficios médicos.

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la administración de casos seleccionados de salud mental?

Se trata de servicios especiales para niños y adultos elegibles. Los niños deben tener un desequilibrio emocional grave. Los adultos elegibles deben tener un diagnóstico de enfermedad mental grave.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Puede obtener estos servicios ante su Autoridad de Salud Mental Local o Asociación de Salud y Retraso mentales (MHMRA),. Estos son requisitos especiales para dichos servicios.

¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico le indica que necesita. Su médico hará una receta para que pueda llevarla a la farmacia o es posible que envíe la receta por usted.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Busque en nuestro Directorio de Proveedores. Llame sin cargo a nuestra línea de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. O ingrese a nuestro sitio Web en CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un médico)> Find a Pharmacy (Buscar una farmacia).

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

Tenemos muchas farmacias en nuestra red. Visite nuestro sitio web en www.CommunityHealthChoice.org > Encuentre un Doctor > Productos > Encuentre una farmacia para obtener una lista completa. También puede llamar a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o al número gratuito 1.888.760.2600 para ayuda. Si va a una farmacia que no está en nuestra red, no cubriremos su receta.y tendrás que pagar el precio completo.¿Qué debo llevar a la farmacia?

Lleve lo siguiente:

- Su receta
- Su Tarjeta de ID de Community
- Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas

¿Qué debo hacer si necesito que me envíen los medicamentos?

Algunas farmacias de nuestra red hacen envíos a domicilio. Ingrese a nuestro sitio Web en CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un médico)> Find a Pharmacy (Buscar una farmacia) para consultar las que ofrecen envío a domicilio. También puede comunicarse con Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda.

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

Llame sin cargo a nuestra línea de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. Podemos ayudarlo a buscar una farmacia en nuestra red que esté cerca suyo.

¿Qué debo hacer si no me aprueban los medicamentos que mi médico solicitó?

Si no es posible comunicarse con su médico para que apruebe la receta, puede obtener un suministro de tres días de sus medicamentos Llame a Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda con sus medicamentos y recetas.

¿Qué debo hacer si pierdo mis medicamentos?

Llame sin cargo a nuestra línea de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600 para obtener instrucciones sobre lo que debe hacer.

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos medicamentos de venta libre?

Algunos medicamentos de venta libre forman parte de sus beneficios de Medicaid o los de su hijo. Necesita una receta de su médico.

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

Puede consultar las ubicaciones de Proveedores de planificación familiar cercanas en línea en el Programa Healthy Texas Women: <https://www.healthytexaswomen.org/> o puede llamar a Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda y encontrar un proveedor de planificación familiar.

¿Necesito una referencia para eso?

No necesita una referencia.

¿Dónde encuentro un Proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede consultar las ubicaciones de Proveedores de planificación familiar cercanas en línea en el Programa Healthy Texas Women: <https://www.healthytexaswomen.org/> o puede llamar a Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda y encontrar un proveedor de planificación familiar.

¿Qué es la Administración de Casos para Niños y Embarazadas (CPW)?

Administración de Casos para Niños y Embarazadas

¿Necesita ayuda para encontrar y obtener servicios? Es posible que pueda obtener un administrador de casos para que lo ayude.

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

Niños, adolescentes, adultos jóvenes (desde el nacimiento hasta los 20 años) y mujeres embarazadas que reciben Medicaid y:

- tiene problemas de salud, o
- corren un alto riesgo de tener problemas de salud.

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos lo visitará y luego:

- Averigüe qué servicios necesita.
- Encuentre servicios cerca de donde vive.
- Enseñarle cómo encontrar y obtener otros servicios.
- Asegúrese de que está recibiendo los servicios que necesita.

¿Qué tipo de ayuda puede obtener?

Los administradores de casos pueden ayudarlo a:

- Obtener servicios médicos y dentales.
- Obtenga suministros o equipos médicos.
- Trabajar en temas escolares o educativos.
- Trabajar en otros problemas.

¿Cómo puede obtener un administrador de casos?

Comuníquese con Community Health Choice para obtener más información de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. o llame a Texas Health Steps al 1-877-847-8377 (llamada gratuita), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

- Administración de casos de Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600
- www.CommunityHealthChoice.org

¿Qué es Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas está destinado a lactantes, niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 20 años que tienen Medicaid. Con Pasos Sanos de Texas, sus hijos obtienen servicios tales como chequeos médicos y dentales, sin costo para usted. Para obtener más información, llame al 1.877.847.8377.

¿Qué servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas es el programa de atención médica de Medicaid para lactantes, niños, adolescentes y adultos jóvenes menores de 20 años. Pasos Sanos de Texas brinda a su hijo:

- Chequeos médicos gratis desde el nacimiento
- Chequeos dentales gratis a partir de los 6 meses
- Un administrador de caso que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtener estos servicios

Chequeos de Pasos Sanos de Texas:

- Permite detectar problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar
- Previene los problemas de salud que dificultan el aprendizaje y el desarrollo de su hijo como los otros niños de su edad
- Ayuda para que su hijo tenga una sonrisa saludable

Cuándo programar un chequeo:

- Recibirá una carta de Pasos Sanos de Texas indicándole cuándo es hora de realizar un chequeo. Llame al médico o dentista de su hijo para programar un chequeo
- Programe el chequeo para el momento que sea más conveniente para su familia

Si el médico o el dentista detectan un problema de salud durante un chequeo, su hijo puede recibir la atención médica que necesita, por ejemplo:

- Pruebas de visión y anteojos
- Pruebas de audición y audífonos
- Atención dental
- Otra atención médica
- Tratamiento para otras afecciones médicas

Llame a Community Health Choice sin cargo 1.888.760.2600 o a Pasos Sanos de Texas al 1.877.847.8377 (1-877-THSTEPS) (sin cargo) si:

- Necesita ayuda para encontrar un médico o dentista
- Necesita ayuda para programar un chequeo
- Tiene preguntas sobre chequeos o Pasos Sanos de Texas
- Necesita ayuda para buscar y obtener otros servicios

Si no puede llevar a su hijo al chequeo, Community Health Choice puede ayudarlo. Los niños con Medicaid y sus padres pueden obtener transporte gratuito hacia y desde el médico, dentista, hospital o farmacia. Access2Care está disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Llame a Access2Care al número gratuito 1.844.572.8194 o programe su cita a través de la aplicación para Miembros de Access2Care (A2C). Descargue la aplicación de la tienda de aplicaciones.

¿Con qué frecuencia obtengo chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?

1) Recién nacidos a los tres años

Durante los primeros tres años de vida de su hijo, necesitará varios chequeos. Estos chequeos son muy importantes e incluyen análisis y vacunas para asegurar salud. ¡Lleve a su hijo a todos los chequeos! Siga este cronograma.

Realice el primer chequeo dentro de los cinco días de haber salido del hospital. Siga este cronograma. Después de eso, realice el resto dentro de los 60 días después de su cumpleaños.	
2 semanas	12 meses
2 meses	15 meses
4 meses	18 meses
6 meses	2 años
9 meses	2 1/2 años (30 meses)

2) Mayores de tres años

Lleve a su hijo mayor de tres años a sus chequeos de Pasos Sanos de Texas una vez al año. Prográmelo cerca de su cumpleaños, para que sea más fácil recordarlo. Los Miembros de Medicaid obtienen controles de Pasos Sanos de Texas desde los 3 hasta que cumplen 21 años.

Los chequeos ayudan a detectar problemas de salud, incluso si su hijo se siente bien. También pueden ayudar a prevenir problemas de salud que hacen que sea difícil para su hijo desarrollarse y aprender como los otros chicos de su edad. En el chequeo médico de Pasos Sanos de Texas a su hijo le realizarán:

- Historial de salud y examen físico
- Chequeo de altura y peso
- Chequeo de salud mental
- Evaluaciones de visión y audición
- Vacunas
- Análisis de laboratorio
- Respuestas a sus preguntas sobre la salud de su hijo

Si el médico detecta algún problema durante el chequeo y su hijo necesita atención adicional, puede obtener esos servicios sin cargo.

¿No está seguro de cuándo debe llevar a su hijo al chequeo? Podemos ayudarlo a hacer seguimiento de los chequeos que necesita su hijo para estar saludable. Podemos ayudarlo a programar una cita y obtener transporte. Llame a Access2Care al número gratuito 1.844.572.8194 o programe su cita a través de la aplicación para Miembros de Access2Care (A2C). Descargue la aplicación de la tienda de aplicaciones.

Su hijo debe realizarse chequeos dentales regulares para asegurarse que sus dientes y encías estén saludables. Los chequeos dentales pueden comenzar a los seis meses y cada seis meses posteriormente. Debe elegir un Dentista principal para que preste los servicios de Pasos Sanos de Texas a través de su plan dental. Si necesita ayuda para ubicar un dentista, contáctese con su plan.

No necesita una referencia para chequeos dentales regulares u otros servicios dentales. Si no sabe cuál es su plan dental, llámenos y lo ayudaremos a encontrarlo. En el chequeo dental de Pasos Sanos de Texas a su hijo le realizarán:

- Chequeo dental de rutina cada seis meses a partir de los seis meses de edad
- Limpieza dental (cada seis meses)
- Tratamientos de flúor para prevenir las caries
- Radiografías, según sean necesarias
- Sellantes dentales para ayudar a prevenir las caries

Otros servicios dentales incluyen:

- Atención dental de emergencia (lesiones a dientes o encías)
- Reparación de caries (rellenos, coronas y tratamientos de conducto)
- Aparatos dentales (excepto por motivos cosméticos)
- Extracciones (remoción de dientes)
- Otros servicios, según sean necesarios

¿Mi médico debe pertenecer a la red de Community Health Choice?

No. Puede realizar un chequeo de Pasos Sanos de Texas en cualquier médico o Proveedor de Pasos Sanos de Texas.

¿Debo tener una referencia?

No. Puede ir a cualquier médico o Proveedor de Pasos Sanos de Texas sin una referencia de su Proveedor de Atención Primaria (médico principal).

¿Qué debo hacer si necesito cancelar una cita?

Si necesita cancelar el chequeo de Pasos Sanos de Texas de su hijo, llame a su médico o proveedor de inmediato para

establecer otra fecha y hora. Si tenía un viaje programado a través de Access2Care, cancele el viaje. Llame a Access2Care al número gratuito 1.844.572.8194 o programe su cita a través de la aplicación para Miembros de Access2Care (A2C). Descargue la aplicación de la tienda de aplicaciones.

Si es beneficiario de Asistencia Temporal de Texas para Familias Necesitadas (TANF) y no mantiene actualizados los chequeos de Pasos Sanos de Texas de su hijo, puede resultar afectada su elegibilidad para TANF.

¿Qué debo hacer si estoy fuera de la ciudad y mi hijo tiene un chequeo en Pasos Sanos de Texas?

Siempre y cuando esté en el estado de Texas y el médico o el Proveedor que esté viendo acepte Miembros de Medicaid de Pasos Sanos de Texas, ese Proveedor puede realizarle el chequeo de Pasos Sanos de Texas a su hijo. Guarde todos los registros de su hijo en caso de que haya algún problema o preguntas cuando llegue a su casa. Recuerde decirle al Proveedor de Atención Primaria de su hijo que el niño se ha realizado el chequeo de Pasos Sanos de Texas en otro lugar aparte de ese consultorio.

¿Qué es un trabajador agrícola migratorio?

Un trabajador agrícola migratorio se muda de un lugar a otro y vive lejos de su hogar más de varios días cada vez para trabajar en granjas o campos. Estos trabajos incluyen preparar los cultivos, cosechar vegetales y frutas, plantar árboles, criar o cuidar ganado o aves de corral, o preparar productos lácteos. Los hijos de trabajadores agrícolas migratorios, desde el nacimiento hasta el día en que cumplen 17 años pueden obtener servicios de atención médica antes de mudarse con usted al próximo trabajo agrícola. Queremos que su hijo reciba los servicios de atención médica que necesita. Podemos ayudarlo a programar una cita de chequeo o con el dentista de Pasos Sanos de Texas rápidamente antes de que se vayan con usted a su nuevo trabajo. También podemos programar transporte sin costo hacia y desde el médico, dentista, hospital o farmacia. Llame sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener información sobre cómo Community Health Choice puede ayudarlo a que su hijo se mantenga saludable.

¿Qué debo hacer si soy un trabajador agrícola migratorio?

Puede realizarse su chequeo antes si está por abandonar el área.

Servicios de transporte médico que no son de emergencia (NEMT por sus siglas en inglés)

¿Qué servicios de transporte médico que no son de emergencia (NEMT) están disponibles para mí?

¿Qué son los servicios NEMT?

Los servicios de NEMT brindan transporte a citas de atención médica que no son de emergencia a Miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen transporte al médico, dentista, hospital, farmacia y cualquier otro lugar donde reciba servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen viajes en ambulancia. Access2Care es el servicio de transporte NEMT de Community.

¿Qué servicios son parte de los servicios de Access2Care?

- Pases o boletos para transporte como el transporte público dentro y entre ciudades o estados, incluso por tren o autobús.
- Servicios de transporte en aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte según la demanda, transporte de puerta a puerta en autobuses privados, camionetas o sedanes, incluso camionetas con acceso para sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso de millas para un participante de transporte individual (ITP) por un viaje completo para un servicio de atención médica cubierto y verificado. El ITP puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo de las comidas asociadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria por las comidas es de \$25 por día para el Miembro y \$25 por día para un asistente autorizado.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo del alojamiento asociado con un viaje de larga distancia para obtener

servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a la pernoctación y no incluyen las comodidades utilizadas durante su estadía, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.

- Si tiene 20 años o menos, podría recibir fondos antes de un viaje para cubrir los Servicios Access2Care autorizados.

Si necesita un asistente que viaje con usted a su cita, Access2Care Services cubrirá los costos de transporte de su asistente.

Los niños de 14 años o menos deben estar acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado. Los niños de 15 a 17 años deben estar acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado o tener el consentimiento de un padre, tutor u otro adulto autorizado en el archivo para viajar solos. No se requiere el consentimiento de los padres si el servicio de atención médica es de naturaleza confidencial.

Cómo obtener un pasaje

Llame a Access2Care al número gratuito 1.844.572.8194 o programe su cita a través de la aplicación para Miembros de Access2Care (A2C). Descargue la aplicación de la tienda de aplicaciones.

Debe solicitar los Servicios de Access2Care lo antes posible y al menos dos días hábiles antes de que necesite el servicio de Access2Care. En determinadas circunstancias, puede solicitar el servicio Access2Care con menos aviso. Estas circunstancias incluyen; que o recojan después de haber sido dado de alta de un hospital; viajes a la farmacia para recoger medicinas o suministros médicos aprobados; y viajes por condiciones urgentes. Una afección urgente es una afección de salud que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de las 24 horas.

Debe notificar a Access2Care antes del viaje aprobado y programado si se cancela su cita médica.

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?

Llame al proveedor de atención oftalmológica mencionado en la página 2 "Números de Teléfono Importantes".

¿Qué servicios dentales para niños cubre Community Health Choice?

Community Health Choice cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, e incluye entre otros, el pago de lo siguiente:

- Tratamiento para luxación mandibular
- Tratamiento para daño traumático a los dientes y las estructuras de soporte
- Eliminación de quistes
- Tratamiento de abscesos orales de origen dental o de las encías

Community Health Choice cubre hospitales, médicos y servicios médicos relacionados para todas las afecciones anteriores. Esto incluye servicios prestados por los médicos y otros servicios que su hijo puede necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

Community Health Choice también es responsable del pago del tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

El plan dental de Medicaid de su hijo proporciona todos los otros servicios dentales, incluidos aquellos que ayudan a prevenir las caries y reparan problemas dentales. Llame al plan dental de Medicaid de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrecen.

¿Puedo obtener servicios de intérprete cuando hablo con el médico?

Sí.

¿A quién debo llamar para obtener un intérprete?

Llame a Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600 para que lo ayuden a programar un intérprete.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Debe llamar al menos tres días hábiles antes de su cita.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete presencial en el consultorio del Proveedor?

Llame a Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600 para que lo ayuden a programar un intérprete.

¿Qué debo hacer si necesito atención de obstetricia/ginecología?

ATENCIÓN MIEMBROS DE SEXO FEMENINO

Community Health Choice le permite elegir su obstetra/ginecólogo, ya sea que el médico se encuentre o no en la red como su Proveedor de Atención Primaria.

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?

Tiene derecho a elegir un obstetra/ginecólogo sin referencia de su Proveedor de Atención Primaria. Un obstetra/ginecólogo puede suministrarle:

- Un chequeo de rutina para mujeres por año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención para cualquier afección médica femenina
- Referencia a un médico especial dentro de la red

¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?

Puede elegir cualquier obstetra/ginecólogo mencionado en nuestro Directorio de Proveedores bajo la sección "Proveedores de Servicios para la Salud de la Mujer". Es muy importante que elija un médico que se encargue de su cuidado durante el embarazo. Si está embarazada y necesita ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo, llame a Servicios para Miembros.

Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?

Sí, tiene acceso directo. Sin embargo, le recomendamos elegir un obstetra/ginecólogo para que tenga un médico que la trate durante el embarazo y conozca sus necesidades de salud.

¿Necesitaré una referencia?

No.

¿Con qué rapidez me atenderá después de comunicarme con mi obstetra/ginecólogo y solicitarle una cita?

Su obstetra/ginecólogo debe atenderla dentro de los 14 días de su solicitud. La atención prenatal se debe prestar dentro de los 14 días de su solicitud, excepto para los embarazos de alto riesgo o nuevos miembros que se encuentran en el tercer trimestre, a quienes se les debe ofrecer una cita dentro de los cinco días o inmediatamente en caso de emergencia.

¿Puedo continuar con mi obstetra/ginecólogo si no pertenece a Community Health Choice?

Sí, si es elegible para Medicaid en los últimos tres meses de su embarazo, podrá ver a su obstetra/ginecólogo actual. Si su obstetra/ginecólogo no forma parte de nuestra red, háganoslo saber para que podamos intentar trabajar con el Proveedor a fin de asegurarnos de que pueda continuar recibiendo su atención. Solo puede consultar médicos y parteras que sean Proveedores de Medicaid de Texas.

¿Qué puedo hacer si estoy embarazada?

Usted puede recibir atención prenatal sin una referencia. Su obstetra/ginecólogo debe solicitar autorización de referencia para algunos análisis y procedimientos. Su obstetra/ginecólogo debe notificar a Community Health Choice acerca de las consultas de atención médica por el embarazo.

¿A quién debo llamar?

Si está embarazada, llame a su Administrador de Casos de Medicaid y a Servicios para Miembros de inmediato.

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Community Health Choice para las embarazadas?

Le proporcionaremos materiales educativos sobre maternidad cuando lo solicite.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de nacimiento?

Consulte la "Lista de Hospitales" en su Directorio de Proveedores de STAR. Nuestros "Centros de Nacimiento de Nivel III" tienen una imagen de una cigüeña con un bebé. El directorio también se encuentra en línea en www.CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un médico).

¿Puedo elegir un Proveedor de Atención Primaria para mi bebé antes de que nazca?

Sí. Llame a Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda y buscar un médico para su bebé.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el Proveedor de Atención Primaria de mi bebé?

Puede cambiar de Proveedor de Atención Primaria de su bebé en cualquier momento. Para realizar el cambio, llame a Servicios para Miembros. El cambio a un nuevo Proveedor de Atención Primaria entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de ID.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Durante al menos 90 días desde la fecha de nacimiento, su bebé estará cubierto por el mismo plan en el que usted está inscrita. Puede solicitar un cambio de plan de salud antes de que terminen los 90 días por teléfono al Agente de inscripción sin cargo al 1.800.964.2777. Mientras su bebé se encuentre en el hospital, no puede cambiar de plan de salud.

¿Cómo inscribo a mi recién nacido?

- El hospital donde nace su bebé debe ayudarla a iniciar el proceso de solicitud de Medicaid para su bebé.
- Consulte con el trabajador social del hospital antes de irse a su casa para asegurarse de haber completado la solicitud.
- Además, debe llamar al 2-1-1 para averiguar cuál es su oficina HHSC local y asegurarse de que hayan recibido la solicitud de su bebé.
- Si es Miembro de Community Health Choice cuando nace su bebé, se lo inscribirá en Community Health Choice el día de su nacimiento.

¿Cómo y cuándo le informo a mi plan de salud?

Llame sin cargo a nuestra línea de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600 apenas nazca su hijo.

¿Cómo puedo recibir atención médica después del nacimiento de mi bebé {si ya no tengo cobertura de Medicaid}?

Después del nacimiento de su hijo, puede perder la cobertura de Medicaid. Puede obtener algunos servicios de atención médica a través del Programa Healthy Texas Women y del Departamento de Servicios de Salud Estatal (DSHS) Estos servicios están destinados a las mujeres que solicitan los servicios y que reciben su aprobación.

Programa Healthy Texas Women

El Programa Healthy Texas Women proporciona exámenes de planificación familiar, exámenes relacionados con la salud y control de natalidad para mujeres entre 18 y 44 años cuyos ingresos familiares se encuentra dentro de los límites de ingreso del programa o por debajo (185% del nivel de pobreza federal). Debe enviar una solicitud para averiguar si puede obtener servicios a través de este programa.

Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través del programa Healthy Texas Women, escribanos, llámenos o visite el sitio Web del programa:

Programa Healthy Texas Women
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 1.800.335.8957
Sitio Web: <https://www.healthytexaswomen.org/>
Fax: (sin cargo) 1.866.993.9971

Programa de Atención de la Salud Primaria del DSHS

El Programa de Atención de la Salud Primaria DSHS presta servicios a mujeres, niños y hombres que no pueden acceder a la misma atención a través del seguro u otros programas. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos de una persona deben estar dentro de los límites de ingreso del programa o por debajo (200% del nivel de pobreza federal). Es posible que una persona aprobada para los servicios deba pagar un copago, pero no se rechazan los servicios a nadie por falta de dinero.

La Atención Médica Primaria se centra en la prevención de enfermedades, detección e intervención tempranas de los problemas de salud. Los principales servicios proporcionados son:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de salud preventivos, incluidas las vacunas y educación para la salud, así como análisis de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico adecuados.

Los servicios secundarios que se pueden proporcionar son servicios de nutrición, exámenes de salud, atención médica a domicilio, atención dental, transporte a visitas médicas, medicamentos recetados por su médico (medicamentos con receta), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies dañados (servicios de podología) y servicios sociales.

Podrá solicitar los servicios de Atención de Salud Primaria en determinadas clínicas de su área. Para buscar una clínica donde pueda realizar su solicitud, ingrese al Buscador de Clínicas de Servicios de Community Health y de la Familia del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del programa de Atención de la Salud Primaria, escribanos por correo electrónico, llámenos o visite el sitio Web del programa:

Sitio Web: www.dshs.state.tx.us

Teléfono: 512.776.7796

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa de Atención de la Salud Primaria Extendido del DSHS

El programa de Atención de la Salud Primaria Extendido proporciona servicios principales, preventivos y de evaluación para mujeres mayores de 18 años cuyos ingresos se encuentran dentro de los límites de ingresos del programa o por debajo (200% del nivel de pobreza federal). Los servicios directos y de extensión se proporcionan a través de las clínicas de la comunidad en virtud de un contrato con el DSHS. Los trabajadores de la salud de Community ayudarán a garantizar que las mujeres obtengan los servicios preventivos y exámenes que necesitan. Algunas clínicas pueden ofrecer ayuda con la lactancia.

Puede solicitar estos servicios en determinadas clínicas de su área. Para buscar una clínica donde pueda realizar su solicitud, ingrese al Buscador de Clínicas de Servicios de Community Health y de la Familia del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener mediante el programa de Atención de la Salud Primaria Extendido del DSHS, ingrese al sitio Web del programa, llame por teléfono o envíe un correo electrónico:

Sitio Web: www.dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx

Teléfono: 512.776.7796

Fax: 512.776.7203

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa de Planificación Familiar del DSHS

El programa de Planificación Familiar cuenta con clínicas en todo el estado que proporcionan control de natalidad de calidad, bajo costo y fácil de usar para hombres y mujeres.

Para buscar una clínica en su área, ingrese al Buscador de Clínicas de Servicios de Community Health y de la Familia del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener mediante el programa de Planificación Familiar, ingrese al sitio Web del programa, llame por teléfono o envíe un correo electrónico:

Sitio Web: www.dshs.state.tx.us/famplan/

Teléfono: 512.776.7796

Fax: 512.776.7203

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

¿Cómo y cuándo le aviso al administrador de mi caso?

Debe avisarle al administrador de su caso de HHSC dentro de los 30 días del nacimiento de su hijo. Para obtener beneficios de Medicaid y un número de ID de Medicaid para su bebé, llame al administrador de su caso de inmediato.

¿A quién debo llamar si tengo necesidades de atención de salud especiales y necesito alguien que me ayude?

Contáctese con Servicios para Miembros para obtener información sobre las necesidades de atención médica especiales. También puede contactar a su Proveedor de Atención Primaria para que la ayude a obtener o conocer los servicios disponibles para usted y su hijo.

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

Si no ha designado un sustituto, su médico le solicitará a su familiar o amigo más cercano que lo ayude a decidir sobre qué es lo mejor para usted. Debido a que estas personas tal vez no estén de acuerdo con su tratamiento, es útil que avise con anticipación lo que desea que se haga si no puede hablar por sí mismo.

¿Qué son las voluntades anticipadas?

Las voluntades anticipadas son los documentos legales que le permiten decidir si aceptaría o rechazaría un tratamiento médico en caso de enfermarse de gravedad y no poder hablar por sí mismo. Estos documentos pueden ayudar a su familiar a decidir qué hacer para quitarles el peso de tener que tomar la decisión por usted. También ayudan a que el médico lo atienda de acuerdo con sus deseos.

¿Cómo obtengo una voluntad anticipada?

Solicítele a su médico el(los) formulario(s) para las voluntades anticipadas. Llame sin cargo a nuestra línea de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600 si necesita más información.

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

Cómo Renovar

<https://chipmedicaid.org/Communityüutreach/How-to-Renew>

Las familias deben renovar su CHIP o la cobertura de Medicaid de los niños todos los años. Durante los meses previos a que finalice la cobertura del niño, HHSC le enviará a la familia un paquete de renovación por correo postal. El paquete de renovación contiene una solicitud. También incluye una carta que le solicita una actualización sobre los ingresos y las deducciones de costos de la familia. La familia debe:

- Revisar la información sobre la solicitud de renovación.
- Enmendar cualquier información que no sea correcta.
- Firmar y fechar la solicitud.
- Consultar las opciones del plan de salud, si hay planes de salud de Medicaid disponibles.
- Devolver la solicitud de renovación y los documentos de prueba antes de la fecha de vencimiento.

Una vez que HHSC reciba la solicitud de renovación y los documentos de prueba, el personal verificará si los niños de la familia todavía califican para su programa actual o para otro. Si se refiere a un niño a otro programa (Medicaid o CHIP), HHSC envía una carta a la familia para informarles sobre la referencia y después verifica que si el niño puede obtener beneficios en el otro programa. Si el niño califica, la cobertura del nuevo programa (Medicaid o CHIP) comenzará el mes

posterior al último mes de la cobertura del otro programa. Durante la renovación, la familia puede recoger nuevos planes médicos y dentales llamando al centro de llamadas de CHIP/Medicaid para niños al 1.800.964.2777.

Completar el Proceso de Renovación

Mientras los niños todavía califiquen para la cobertura en su programa actual (CHIP o Medicaid), HHSC le enviará a la familia una carta que indique la fecha de inicio del nuevo período de cobertura. Si los niños califican para CHIP y se adeuda la tarifa de inscripción, la familia deberá pagarla antes de la fecha de vencimiento o correrá el riesgo de perder la cobertura.

La renovación médica se completa cuando la familia firma y envía a HHSC el Formulario de Inscripción/Transferencia correspondiente si elige un nuevo plan médico o dental.

Community ofrece asistencia con la solicitud y la recertificación en la comunidad. Llame a Servicios para Miembros para encontrar su lugar de asistencia más cercano.

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?

Si pierde su cobertura de Medicaid, pero la recupera dentro de los seis (6) meses, obtendrá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder su cobertura de Medicaid. También tendrá el mismo Proveedor de Atención Primaria que tenía antes.

¿Qué debo hacer si recibo una factura de mi médico?

No debería recibir una factura por los beneficios que cubre Medicaid.

¿A quién llamo?

Si recibe una factura, llame al Proveedor y dígame que es Miembro de Medicaid de Community Health Choice y que no es responsable por la factura.

¿Qué información necesitarán?

Necesitarán la información que se encuentra en su Tarjeta de ID del Miembro y la información de la factura. Si todavía tiene algún problema, llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

¿Qué debo hacer si me mudo?

En cuanto tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina local de beneficios de HHSC y al Departamento de Servicios para Miembros de Community sin cargo al 1.888.760.2600. Antes de obtener los servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a Community Health Choice, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención a través de Community Health Choice hasta que HHSC modifique su dirección.

¿Qué debo hacer si tengo otro seguro de salud además de Medicaid?

Medicaid y Seguro Privado

Tiene la obligación de informarle al personal de Medicaid sobre cualquier seguro de salud privado que tenga. Debe llamar a la línea directa de Recursos de Medicaid para Terceros y actualizar su archivo del caso si sucede lo siguiente:

- Se cancela su seguro de salud privado.
- Obtiene una nueva cobertura de seguro.
- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros.

Puede llamar a la línea directa sin cargo al 1.800.846.7307.

Si tiene otro seguro, todavía puede ser elegible para Medicaid. Al informarle al personal de Medicaid sobre su otro seguro de salud, se asegurará de que Medicaid pague solo por lo que no cubra su otro seguro de salud.

IMPORTANTE: Los Proveedores de Medicaid no pueden rechazarle la prestación de servicios por tener un seguro de salud privado, además de Medicaid. Si los Proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también deben presentarse ante su compañía de seguros de salud privada.

¿Cuándo deben pagar los otros?

A veces, alguien aparte de Community Health Choice debe pagar su atención médica. Esto es lo que debe hacer para asegurarse de que paguen:

Cuando Tiene Más de un Plan de Salud:

Puede tener otro plan de seguro de salud además de Community Health Choice. En ese caso, nos aseguraremos de que el plan pague lo que le corresponda. También nos aseguraremos de que el pago por el mismo servicio de atención de la salud se realice una sola vez. El término "Coordinación de beneficios" cubre este tipo de pago. Cuando reciba atención médica, recuerde que todos los otros planes de salud deben realizar pagos por la atención antes de que Medicaid pueda pagar. Si tiene otro plan de cobertura, informe al consultorio de su médico y a nuestros Servicios para Miembros.

Cobertura mediante otros Programas Gubernamentales:

Si califica para recibir cobertura mediante los beneficios de veteranos, compensación de trabajadores o Medicare, ciertos aspectos de su atención médica incluirán la cobertura por parte de estos programas. Infórmele a nuestros Servicios para Miembros si goza de beneficios a través de cualquiera de estos programas. Le ayudaremos a saber cuándo su atención médica incluya su cobertura.

Enfermedades o Lesiones Provocadas por Otros:

Si sufre un accidente, es posible que otro cubra su atención médica. Puede cubrirlo una compañía de seguros automotriz. Esto también puede suceder si se enferma como resultado de la acción de otra persona. Necesitamos su ayuda para asegurarnos de que la otra parte pague el costo de su tratamiento.

Derechos Y Responsabilidades De Los Miembros

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

DERECHOS de los Miembros:

1. Tiene derecho al respeto, la privacidad, confidencialidad y la no discriminación. Esto incluye el derecho a:
 - a. Ser tratado de manera justa y con respeto.
 - b. Saber que sus registros médicos y las discusiones con sus Proveedores se mantendrán de manera privada y confidenciales.
2. Tiene derecho a una oportunidad razonable para elegir un plan de atención médica y un Proveedor de Atención Primaria. Este es el médico o Proveedor de atención médica que verá la mayor parte del tiempo y con quien coordinará su atención. Tiene derecho a cambiarse a otro plan o Proveedor de manera simple y razonable. Esto incluye el derecho a:
 - a. Que se le diga cómo elegir y cambiar su plan de salud y su Proveedor de Atención Primaria.
 - b. Elegir cualquier plan de salud que quiera que esté disponible en su área y elegir su Proveedor de Atención Primaria de ese plan.
 - c. Cambiar su Proveedor de Atención Primaria.
 - d. Cambiar su plan de salud sin multas.
 - e. Que se le diga cómo cambiar su plan de salud o su Proveedor de Atención Primaria.
3. Tiene derecho a hacer preguntas y obtener respuestas sobre lo que no comprenda. Esto incluye el derecho a:
 - a. Que su Proveedor le explique las necesidades de atención médica y le informe sobre las diferentes maneras en que se puede tratar su problema de salud.
 - b. Que se le comunique por qué le rechazaron o no se le prestaron los servicios o la atención.
4. Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento y a participar de manera activa en las decisiones del tratamiento. Esto incluye el derecho a:
 - a. Trabajar como parte de un equipo con su Proveedor para decidir qué atención médica es la mejor para usted.

- b. Aceptar o rechazar el cuidado recomendado por su Proveedor.
5. Tiene derecho a utilizar todos los procesos para quejas y apelaciones disponibles a través de la organización de atención administrada y de Medicaid, y de obtener una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales estatales. Eso incluye el derecho a:
- a. Presentar una queja a su plan de salud o al programa estatal de Medicaid acerca de su atención médica, su proveedor o su plan de salud.
 - b. La línea de ayuda de escalada MDCP/DBMD para Miembros que reciben servicios de Exención a través del Programa de Niños Médicamente Dependientes o el Programa de Discapacidades Múltiples para Sordos/Ciegos.
 - c. Obtener una respuesta oportuna a su queja.
 - d. Usar el proceso de apelación del plan y recibir instrucciones sobre cómo usarlo.
 - e. Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial del estado o una audiencia imparcial del estado solo del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funcionan esos procesos.
 - d. Solicitar una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a acceder oportunamente a una atención que no tenga impedimentos para la comunicación o el acceso físico. Esto incluye el derecho a:
- a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días por semana, para obtener la atención de urgencia o de emergencia que necesite.
 - b. Obtener atención médica de manera puntual.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de un Proveedor de atención médica. Esto incluye un acceso sin barreras para personas con discapacidades u otras condiciones que limiten la movilidad según la Ley para estadounidenses con Discapacidades.
 - d. Contar con intérpretes, si fuera necesario, durante las visitas con sus Proveedores y cuando hable con su plan de salud. Los intérpretes incluyen personas que pueden hablar en su idioma nativo, ayudar a alguien con una discapacidad o ayudarlo a comprender la información.
 - e. Que se le brinde información que pueda comprender sobre sus normas del plan de salud, incluidos los servicios de atención médica que puede recibir y cómo obtenerlos.
7. Tiene derecho a no ser restringido ni aislado por conveniencia ajena, ni que se lo obligue a hacer algo que no quiere ni a ser castigado.
8. Tiene derecho a saber lo que le recomiendan los médicos, hospitales y otros encargados de su atención sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede evitar que le proporcionen esta información, ni siquiera si la atención o el tratamiento no son servicios cubiertos.
9. Tiene derecho a saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, los hospitales y otros no pueden obligarlo a realizar copagos o cualquier otro monto por los servicios cubiertos.

RESPONSABILIDADES del Miembro:

1. Debe conocer y comprender cada uno de sus derechos según el programa de Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Conocer y comprender sus derechos según el programa de Medicaid.
 - b. Hacer preguntas si no comprende sus derechos.
 - c. Conocer qué opciones de plan de salud están disponibles en su área.
2. Debe cumplir con las políticas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Conocer y seguir las reglas del plan de salud y de Medicaid.
 - b. Elegir su plan de salud y un Proveedor de Atención Primaria rápidamente.

- c. Realizar cualquier cambio en su plan de salud y Proveedor de Atención Primaria según las maneras establecidas por Medicaid y por el plan de salud.
 - d. Asistir a las citas programadas.
 - e. Cancelar citas con antelación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre contactar primero a su Proveedor de Atención Primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Asegurarse de tener la aprobación de su Proveedor de Atención Primaria antes de acudir a un especialista.
 - h. Comprender cuándo debe y cuándo no debe ir a la sala de emergencias.
3. Debe compartir información sobre su salud con su Proveedor de Atención Primaria y conocer las opciones de tratamiento y servicios. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Informarle a su Proveedor de Atención Primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con su Proveedor sobre sus necesidades de atención médica y hacerle preguntas sobre las diferentes maneras en que se puede tratar su problema de salud.
 - c. Ayudar a sus Proveedores a obtener sus registros médicos.
 4. Debe estar involucrado en las decisiones relacionadas con las opciones de tratamiento y servicio, tomar decisiones personales y hacerse cargo de mantenerse saludable. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Trabajar como equipo con su Proveedor para decidir qué atención médica es la mejor para usted.
 - b. Comprender cómo sus acciones pueden afectar su salud.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los Proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su Proveedor sobre todos sus medicamentos.

Si cree que ha sido tratado de manera injusta o discriminado, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) sin cargo al 1.800.368.1019. También puede consultar información sobre la Agencia de Derechos Civiles de HHS en línea en www.hhs.gov/ocr.

Responsabilidades adicionales del Miembro mientras usa Access2Care

1. Al solicitar Access2Care, debe proporcionar la información que le pide la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las reglas y regulaciones que afectan sus servicios con Access2Care.
3. Debe devolver los fondos adelantados que no utilizó. Debe proporcionar comprobante de que asistió a su cita médica antes de poder recibir fondos anticipados en el futuro.
4. No debe abusar ni acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicita o recibe los servicios Access2Care.
5. No debe perder los boletos o fichas de autobús y debe devolver cualquier boleto o ficha de autobús que no use. Debe usar los boletos o fichas de autobús solo para ir a su cita médica.
6. Solo debe usar los servicios Access2Care para viajar hacia y desde sus citas médicas.
7. Si ha coordinado un servicio con Access2Care pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse con la persona que lo ayudó a organizar su transporte lo antes posible.

Si cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) sin cargo al 1.800.368.1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea en www.hhs.gov/ocr.

¿Qué debo hacer si necesito un equipo médico duradero (DME) u otros productos que normalmente se encuentran en una farmacia?

Algunos productos y equipos médicos duraderos (DME) que normalmente se encuentran en la farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los Miembros, Community Health Choice paga nebulizadores, suministros de ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Para los niños (menores de 20), Community Health Choice también paga los medicamentos de venta libre con receta médicamente necesarios, pañales, fórmulas y algunas vitaminas y minerales.

Llame a Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener más información sobre estos beneficios.

Proceso para Presentar Quejas

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

Queremos ayudarlo. Si tiene una queja, llámenos sin cargo al 1.888.760.2600. (TDD: sin cargo al 1.800.518.1655) para contarnos su problema. Un asesor de Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarle a presentar su queja. Llame sin cargo al 1.888.760.2600. La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o a lo sumo en unos pocos días.

Después de haber realizado el proceso de quejas de Community Health Choice, puede quejarse a la Comisión de Servicios Humanos y de Salud (HHSC) llamando sin cargo al 1.866.566.8989. Si desea presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

**Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247**

¿Alguien de Community Health Choice puede ayudarme a presentar una Queja?

Sí. Un asesor de para Miembros de Community Health Choice puede ayudarle a presentar su queja. Llámenos sin cargo al 1.888.760.2600. La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o a lo sumo en unos pocos días.

También puede escribir una carta o solicitar completar un "Formulario de Queja". Le enviaremos el formulario por correo postal. Deberá enviarnos de vuelta el Formulario de Queja para una pronta resolución.

Envíe su Queja a la siguiente dirección:

**Community Health Choice, Inc.
Service Improvement
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054
Fax: 713.295.7036**

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su queja por correo electrónico a HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

¿Cuánto tiempo llevará procesar mi Queja? ¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una Queja?

Puede presentar una queja en cualquier momento. Le enviaremos una carta y un formulario de quejas dentro de los cinco días hábiles después de recibir su Queja. Esto le avisará que la recibimos. Le enviaremos una carta de resolución dentro de los 30 días hábiles después de la fecha de recepción de su Queja. Respondemos las quejas sobre atención de emergencia en un día hábil. Respondemos las quejas sobre rechazos de estadías hospitalarias continuas en un día hábil.

Apelaciones

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que está cubierto pero que Community Health Choice rechaza o limita?

Es probable que rechacemos los servicios si no son médicamente necesarios. Usted puede solicitar una apelación de un servicio cubierto o no cubierto oralmente o por escrito. Si solicita una apelación oral, luego de esta solicitud, deberá presentar el Formulario de apelaciones médicas de Community de una sola página. Hallará el Formulario de apelaciones para Miembros entre los archivos adjuntos que recibió con la notificación de su carta de denegación de parte de Community Health Choice. Incluya, en el Formulario de apelaciones para Miembros, la razón por la cual solicita la apelación (en el espacio provisto para ello) y el número de referencia de su denegación.

¿Cómo me enteraré si se rechazan los servicios?

Usted y su médico recibirán una carta informándoles la denegación.

¿Qué debo hacer para apelar y cuánto tiempo tengo para hacerlo?

Cuenta con 60 días desde la fecha de recepción de su carta para apelar un servicio rechazado para usted o su hijo. Para continuar los servicios, se debe recibir la apelación dentro de los 10 días del envío de la carta.

¿Puedo presentar mi apelación oralmente?

Sí, puede presentar su apelación oral o por escrito

Si la envía oralmente, llame al 1.888.760.2600

Si la envía por escrito, también debe enviar un Formulario de apelación del Miembro por escrito y firmado. La puede presentar el Miembro o un representante del Miembro. Community Health Choice debe obtenerla dentro de cinco días calendario posteriores a su solicitud oral, a menos que se solicite una apelación de Emergencia. Community debe obtener el Formulario de Apelación del Miembro con la palabra "EMERGENCIA" escrita en el formulario dentro de 24 horas posteriores a la solicitud verbal.

Tiene la opción de solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial del estado a más tardar 120 días después de la fecha en que Community Health Choice envía por correo el aviso de decisión de la apelación.

¿Puedo presentar mi apelación de manera oral?

Sí, pero también debe enviar un Formulario de Apelación para Miembros por escrito y firmado. Puede ser presentado por el Miembro o por un representante de este. Community Health Choice debe recibirlo dentro de los cinco días hábiles de su solicitud oral, a menos que se solicite una apelación de Emergencia. Community debe recibir el Formulario de apelaciones para Miembros con la palabra de "EMERGENCIA" dentro de las 24 horas de la solicitud oral.

¿Puedo solicitar una extensión? ¿Community Health Choice puede solicitar una extensión?

Sí. Si solicita una extensión, el plazo se extenderá hasta 14 días calendario. Si Community Health Choice necesita una extensión, le indicaremos el motivo del retraso.

¿Cuándo un Miembro tiene derecho a solicitar una apelación?

Si no está de acuerdo con la respuesta de Community Health Choice o si considera que hemos cometido un error al rechazar sus servicios médicos solicitados. Puede pedir una apelación o llamar a Servicios para Miembros de Community Health Choice y obtener ayuda en la redacción de su apelación para enviar al Departamento de Apelaciones Médicas. Llame a Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1.888.760.2600 o envíe su apelación a:

Community Health Choice, Inc.

**ATTN: Medical Affairs-Medical Appeals Department 2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054**

Teléfono: 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600 Fax: 713.295.7033

Puede enviar su apelación de salud conductual a la siguiente dirección:

Community Health Choice Texas, Inc.
Attention: Medical Affairs-BH Appeals
P.O. Box 1411
Houston, TX 77230
713.295.2294 or toll-free at 1.888.760.2600 or TTY 7-1-1
Fax: 713.576.0394/ Attention: BH Appeals Coordinator

¿Cuándo debería presentar mi apelación para asegurarme de continuar con mis servicios actualmente autorizados?

Para la continuación de los servicios autorizados actuales, debe presentar una apelación antes de la última de las siguientes fechas:

- 10 días calendario después de la fecha de envío de su aviso de Acción
- La fecha en que la Acción propuesta entrará en vigor.

¿Alguien de Community Health Choice puede ayudarme a presentar una apelación?

Sí. Un asesor de Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarlo a presentar una Apelación para servicios médicos rechazados. Llámenos sin cargo al 1.888.760.2600. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o a lo sumo en unos pocos días.

¿Cuándo puedo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado?

Puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado solo después de agotar el proceso de apelación interno de Community.

Apelaciones de Emergencias de MCO

¿Qué es una Apelación de Emergencia?

Una apelación de Emergencia tiene lugar cuando el plan de salud debe tomar una decisión rápida en función de su condición de salud y si se tomara el tiempo para una apelación estándar podría poner en riesgo su vida o su salud.

¿Cómo puedo solicitar una Apelación de Emergencia?

Puede solicitar una apelación de Emergencia de Community Health Choice de forma oral o escrita. Solicítela si considera que tomarse el tiempo de una resolución de apelación estándar podría poner en riesgo gravemente la vida o la salud del Miembro o su capacidad para obtener, mantener o recuperar su función máxima.

¿Mi solicitud debe ser por escrito?

No.

¿Cuáles son los plazos para una Revisión de Apelación de Emergencia?

Si se determina que su solicitud de apelación cumple con los criterios para una revisión de Emergencia, Community Health Choice debe completar una revisión de solicitud de Apelación de Emergencia dentro de las 72 horas a partir de la fecha y hora de recepción de toda la información que necesitamos para revisar la apelación. Community Health Choice le informará sobre nuestra decisión por teléfono dentro de las 72 horas desde el día en que tengamos toda la información que necesitamos para revisar la apelación. Tomaremos nuestra decisión dentro de tres días hábiles después de establecer una determinación.

Obtendrá una respuesta dentro de un día hábil si se determina que su solicitud de apelación cumple con los criterios de acelerados e incluye lo siguiente:

- Rechazo de Admisiones de Emergencia y el Miembro se encuentra actualmente hospitalizado
- Condiciones que ponen en riesgo la vida
- Denegación de tiempos de internación continuada por lo que el Miembro se encuentra hospitalizado.

¿Qué sucede si Community Health Choice rechaza una Apelación de Emergencia?

Si rechazamos una solicitud de apelación de Emergencia, le avisaremos dentro de los dos días hábiles. Luego su solicitud se trasladará al proceso de revisión de apelaciones médicas estándar y le enviaremos por correo nuestra decisión dentro de los 30 días calendario.

¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación de Emergencia?

Llame a Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda con una Apelación o de Apelación Emergencia.

¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado?

Si usted, como Miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud dándoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días de la fecha de la carta de decisión del plan de salud. Si no pide la audiencia imparcial del estado dentro de los 120 días, puede perder su derecho a una audiencia imparcial.

Para solicitar una audiencia imparcial estatal, usted o su representante debe enviar una carta al plan de salud al

Community Health Choice Texas, Inc.
Medical Appeals Department-Medical Affairs
2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054
Teléfono: 713.295.2294 o al número gratuito 1.888.760.2600
Fax: 713.295.7033

Or llame al número gratuito 1.888.760.2600.

Si solicita una audiencia imparcial estatal dentro de los 10 días después de recibir el aviso de audiencia del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia. Si no solicita una audiencia imparcial del estado dentro de los 10 días a partir del momento en que recibe el aviso de la audiencia, se suspenderá el servicio que el plan de salud negó.

Si solicita una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información que le permitirá saber la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se llevan a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden decir por qué necesita el servicio que le negó el plan de salud. La HHSC le dará una decisión final dentro de los 90 días a partir de la fecha en que solicitó la audiencia.

Audiencias Imparciales del Estado

¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado?

Si usted, como Miembro del plan de salud, no está de acuerdo con una decisión del plan, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. Puede designar a su representante escribiendo una carta al plan de salud para informar el nombre de esa persona. Un médico u otro proveedor médico pueden ser sus representantes. Si quiere objetar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta en la que el plan de salud indica su decisión. Si no lo hace dentro de los 120 días, perderá su derecho a solicitarla. Para solicitar una audiencia imparcial, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud a la siguiente dirección:

Community Health Choice Texas, Inc.
Medical Appeals Department-Medical Affairs
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054
Teléfono: 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600
Fax: 713.295.7033

También puede llamar sin cargo al 1.888.760.2600.

Usted tiene el derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que su plan de salud haya rechazado o reducido, por lo menos hasta que se tome la decisión final en la audiencia. Para ello, debe solicitar una audiencia imparcial antes de la última de las siguientes fechas: (1) 10 días calendario después de que la MCO le envió por correo la notificación de la acción, o (2) el día en que su servicio será reducido o suspendido, según la carta de su plan de salud. Si usted no solicita una audiencia imparcial antes de esa fecha, se interrumpirá el servicio del plan de salud.

Si solicita una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información que le indicará 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 podrán explicar por qué necesita el servicio que el plan de salud rechazó.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le comunicará su decisión final dentro de los 120 días a partir de la fecha en que usted haya solicitado la audiencia.

Información sobre una revisión médica externa

¿Puede un miembro pedir una revisión médica externa?

Si un Miembro, como Miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan de salud, el Miembro tiene derecho a solicitar una Revisión médica externa. Una Revisión médica externa es un paso adicional opcional que el Miembro puede tomar para que se revise el caso de forma gratuita antes de la audiencia imparcial estatal. El Miembro puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud dándole a Community Health Choice el nombre de la persona que el Miembro desea que lo represente. Un proveedor puede ser el representante del Miembro. El Miembro o el representante del Miembro debe solicitar la revisión médica externa dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que el plan de salud envía la carta con la decisión de la apelación interna. Si el Miembro no solicita la Revisión médica externa dentro de los 120 días, el Miembro puede perder su derecho a una Revisión médica externa.

Para pedir una revisión médica externa, el Miembro o el representante del Miembro debe:

- Completar el "Formulario de solicitud de Revisión médica externa y audiencia justa estatal" que se proporciona como un archivo adjunto a la carta de Aviso para los Miembros sobre la decisión de apelación interna de MCO y debe enviarlo por correo o por fax a la dirección o número de fax que se encuentra en la parte superior del formulario;
- Llamar a Community Health Choice al 713.295.2294 o al número gratuito 1.888.760.2600;
- Enviar un correo electrónico a Community Health Choice a Appeals@communityhealthchoice.org o;
- Ir en persona a una oficina local de HHSC.

Si el miembro pide una Revisión médica externa dentro de 10 días desde el momento en que el Miembro recibe la decisión de la apelación del plan de salud, el Miembro tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado, al menos hasta la decisión final de la audiencia imparcial estatal. Se haya tomado. Si el Miembro no pide una Revisión médica externa dentro de 10 días desde el momento en que el Miembro recibe la decisión de la apelación del plan de salud, se suspenderá el servicio que el plan de salud negó.

El Miembro puede retirar la solicitud del Miembro para una Revisión médica externa antes de que se asigne a una organización de revisión independiente o mientras la organización de revisión independiente está examinando la solicitud de Revisión médica externa del Miembro. Una Organización de revisión independiente es una organización de terceros contratada por HHSC que realiza una Revisión médica externa durante los procesos de apelación de los Miembros relacionados con determinaciones adversas de beneficios basadas en la necesidad funcional o médica. No se puede retirar una revisión médica externa si una organización de revisión independiente ya completó la revisión y tomó una decisión.

Una vez que se recibe la decisión de la Revisión médica externa, el Miembro tiene derecho a retirar la solicitud de Audiencia imparcial estatal. Si el Miembro continúa con la Audiencia imparcial estatal, el Miembro también puede solicitar que la Organización de revisión independiente esté presente en la Audiencia imparcial estatal.

El Miembro puede hacer ambas solicitudes comunicándose con Community Health Choice al:

Community Health Choice Texas, Inc.
Medical Appeals Department-Medical Affairs
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054
Phone: 713.295.2294 or toll-free at 1.888.760.2600
Fax: 713.295.7033

La Línea De Escalamiento Del MdcP/Dbmd

¿Qué es la línea de escalamiento del MDCP/DBMD?

La línea de escalamiento del MDCP/DBMD ayuda a las personas con Medicaid que reciben beneficios del Programa para Niños Medicamente Dependientes (MDCP) o del Programa para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD).

La línea de escalamiento le ayuda a resolver problemas relacionados con el programa de atención médica administrada STAR Kids. Esa ayuda puede consistir en darle respuesta a las dudas que pueda tener sobre las audiencias imparciales de Medicaid o sobre la continuación de los servicios mientras se lleva a cabo la apelación.

¿Cuándo puedo llamar a la línea de escalamiento?

Llámenos si ha tratado de obtener ayuda y no ha recibido el tipo de ayuda que necesitaba. Si no sabe a quién recurrir, puede llamarnos al 1.844.999.9543 y nosotros nos encargaremos de ponerlo en contacto con el personal adecuado.

¿Es esta la misma oficina que la Oficina del Ombudsman de HHS?

No. La línea de escalamiento del MDCP/DBMD forma parte del programa Medicaid. El Ombudsman le ofrece una revisión independiente de sus inquietudes. Para obtener ayuda del Ombudsman comuníquese al 1.866.566.8989, o visite el sitio de internet hhs.texas.gov/managed-care-help. La línea de escalamiento del MDCP/DBMD está dirigida a individuos y familias que reciben beneficios del programa MDCP o DBMD.

¿Quiénes pueden llamar a la línea de ayuda?

Usted, su representante autorizado o su representante legal.

¿Puedo llamar a cualquier hora?

La línea de escalamiento está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Si llama después de este horario, deje un mensaje y uno de nuestros empleados de guardia capacitado se comunicará con usted.

Información de Fraude

¿Quiere reportar el fraude, desperdicio o abuso?

Háganos saber si considera que un médico, dentista, farmacéutico, otros Proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está haciendo algo incorrecto. Hacer algo incorrecto ya sea fraude, desperdicio o abuso, es ilegal. Por ejemplo, infórmenos si piensa que alguien:

- Recibe pagos por servicios que no recibió o que no eran necesarios.
- No dice la verdad sobre una afección médica para recibir tratamiento médico.
- Permite que otra persona use su ID de Medicaid.
- Usa la ID de Medicaid de otra persona.
- No dice la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para obtener beneficios.

Para reportar fraude, desperdicio o abuso, elija una de las siguientes:

- Llame a la línea directa de OIG al 1.800.436.6184;
- Ingrese a <https://oig.hhsc.state.tx.us/>. Debajo de la casilla "QUIERO", haga clic en "Informar Malgasto, Abuso y Fraude" para completar el formulario en línea; o
- Puede informar directamente a su plan de salud:

Community Health Choice, Inc.
Oficial en Jefe de Cumplimiento o director SIU
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054
Sin cargo al 1.877.888.0002

Para reportar fraude, desperdicio o abuso, recopilar toda información que sea posible.

- Cuando realice un informe sobre un Proveedor (médico, dentista, asesor, etc.) incluya lo siguiente:
 - Nombre, dirección y número de teléfono del Proveedor
 - Nombre y dirección del centro (hospital, hogar de descanso, agencia de servicios de salud en el hogar, etc.)
 - Número de Medicaid del Proveedor y el centro, si lo tuviera
 - Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
 - Nombre y número de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
 - Fechas de lo ocurrido
 - Resumen de lo sucedido
- A la hora de realizar un informe sobre alguien que obtiene beneficios, incluya lo siguiente:
 - Nombre de la persona
 - Fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o número de caso (si lo tiene)
 - Ciudad donde vive esta persona
 - Detalles específicos sobre el fraude, desperdicio o abuso

Acuerdo Alberto N.

Este aviso aplica a todos los Miembros de Medicaid STAR de Community Health Choice menores de 21 años:

HHSC ha resuelto una demanda que afecta a la Atención de Enfermería Particular, Enfermería Especializada en el Hogar, Equipo y Suministros Médicos Duraderos y los Servicios de Atención Personal para beneficiarios de Medicaid menores de 21 años. Puede encontrar una copia de este acuerdo en: www.hhsc.state.tx.us y www.advocacyinc.org. Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a Advocacy, Inc. al 1.800.252.9108.

Aviso de Privacidad

Aviso de Prácticas de Privacidad

Efectivo: 14 de abril de 2003

Actualizado: Diciembre de 2017

Fecha de la última revisión: Septiembre de 2022

Esta notificación describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo usted puede acceder a ella. Por favor léala atentamente. Si tiene preguntas sobre esta notificación, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Community Health Choice, Inc.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le entrega como parte de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). Explica de qué manera podemos utilizar o compartir la información protegida sobre su salud (PHI) y la información personal sensible (SPI). Le indica con quién podemos compartirlo y cómo lo mantenemos seguro. Le indica cómo obtener una copia o editar su información. Asegura que cualquier información oral, escrita y electrónica que comparta con nosotros es confidencial y segura. Puedes permitirnos o no permitirnos compartir detalles específicos a menos que sea necesario por ley.

Nuestra Responsabilidad hacia Usted con respecto a la Información Protegida sobre la Salud

La "información protegida sobre la salud" y la "información personal sensible" (PHI/SPI) es información que identifica a la persona o al paciente. Estos datos pueden ser su edad, dirección, dirección de correo electrónico e información médica. Pueden estar relacionada con su condición de salud física o mental, pasada, presente o futura. También puede estar relacionada con los servicios de cuidado de la salud y otros datos personales.

Por ley, Community debe:

- Asegurarse de que su PHI/SPI se mantengan privadas.
- Entregarle esta notificación sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Describe el uso y la divulgación de su PHI/SPI.

Siga los términos de la notificación que están en vigencia.

- Informarle acerca de cualquier cambio en esta notificación.
- Notificarle que la información sobre su salud (PHI/SPI) creada o recibida por Community se encuentra sujeta a divulgación electrónica.
- Proporcionarle una copia electrónica de su expediente dentro de los 15 días de su solicitud. También podemos entregárselo por otro medio si así lo solicita. Existen algunas excepciones a esta regla.
- No vender PHI/SPI, salvo algunas excepciones.
- Notificarle cualquier acceso no autorizado que creamos que podría tener una persona a su PHI/SPI no encriptada.
- Capacitar a los empleados respecto de nuestras prácticas de privacidad. Las capacitaciones se realizan antes de los 60 días después del primer día y después cada dos años como mínimo.

Nos reservamos el derecho a cambiar esta notificación. La fecha de vigencia se encuentra en la parte inferior de cada página. Puede obtener una copia en nuestro sitio Web: www.CommunityHealthChoice.org. También puede llamar a nuestro Servicios de Miembros al 1.888.760.2600 y solicitar que le envíe una copia por correo postal.

Cómo Community puede Utilizar o Divulgar su PHI Sin su Autorización

Estos son algunos ejemplos de usos y divulgaciones permitidos de su PHI/SPI Dichos ejemplos no son los únicos.

Tratamiento – Community utilizará y compartirá su PHI/SPI para proveer, coordinar o administrar su atención médica y otros servicios. Es posible que la compartamos con médicos y quienes ayudan con su cuidado. En emergencias, la utilizaremos y compartiremos para poder proveer la atención médica que usted necesita. Solo compartiremos lo que sea necesario.

Pago – Podemos utilizar y compartir su PHI/SPI para recibir pagos por la atención médica que usted ha recibido.

Operaciones de Atención Médica – Podemos utilizar o compartir su PHI/SPI en nuestras actividades diarias. Por ejemplo:

- Para llamarlo o recordarle su turno
- Para realizar u organizar otras actividades de atención médica
- Para enviarle un boletín informativo
- Para enviarle noticias sobre productos o servicios que puedan beneficiarlo
- Para brindarle información acerca de opciones de tratamiento y otros beneficios

Socios Comerciales – Podemos compartir su PHI/SPI con nuestros Socios Comerciales. Ellos también deberán protegerla. Deben seguir las normas de privacidad y seguridad HIPAA, las normas HITECH y las leyes de privacidad de Texas. En caso contrario, quedan sujetos a la aplicación de multas y sanciones. Deben informar cualquier incumplimiento de la PHI/SPI no encriptada.

Requerido por la Ley – Por ley, en ocasiones debemos utilizar o compartir su PHI/SPI. Algunos ejemplos incluyen:

Autoridades de Salud Pública

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Para informar nacimientos y defunciones
- Para reportar casos de negligencia o maltrato infantil
- Para informar sobre problemas con medicamentos y otros productos
- Para notificar a las autoridades si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica

Enfermedades Transmisibles – Podemos compartir su PHI/SPI para informarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad. Podemos informarle a una persona que podría estar en riesgo de contraer una enfermedad o afección, o de contagiarla.

Organismos de Supervisión de la Salud y Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos

Compartiremos su PHI/SPI cuando los organismos de supervisión de la salud lo dispongan.

Procedimientos Judiciales – Compartiremos su PHI/SPI por asuntos legales. Debemos recibir un ordenamiento jurídico u otro proceso legal.

Aplicación de la Ley y Actividad Delictiva – Compartiremos su PHI/SPI si consideramos que ayudará a resolver un delito. La compartiremos para prevenir o reducir una amenaza grave. También podemos compartir su información para ayudar a los agentes de aplicación de la ley a encontrar o detener a una persona.

Médicos Forenses, Directores Funerarios y Donaciones de Órganos – Compartimos PHI/SPI con médicos forenses, médicos examinadores y directores funerarios. También podemos compartirla para ayudar a administrar donaciones de órganos, ojos o tejido.

Investigación – Si Community acepta formar parte de un estudio de investigación aprobado, nos aseguraremos de que se mantenga la confidencialidad de su PHI/SPI.

Actividad Militar y Seguridad Nacional – Podemos compartir PHI/SPI del personal de las Fuerzas Armadas con el gobierno.

Compensación de Trabajadores – Compartiremos su PHI/SPI para cumplir las leyes de Compensación de Trabajadores y programas similares.

Reclusos – Podemos utilizar o compartir su PHI/SPI si usted es un recluso en una institución correccional y hemos creado o recibido su PHI/SPI mientras le proporcionamos atención médica.

Divulgación del Plan de Salud – Compartiremos su PHI/SPI para verificar que usted pueda recibir atención médica. Trabajaremos con otros planes de seguro de salud y otros programas gubernamentales.

Acceso de Progenitores – Cumplimos las leyes de Texas sobre el trato de menores de edad. Cumplimos la ley con respecto a la entrega de PHI/SPI a padres/madres, tutores u otras personas con responsabilidad legal sobre los menores.

Para Personas que Participan en su Cuidado o en el Pago de su Cuidado – Compartiremos su PHI/SPI con su familia u otras personas que usted desee que estén informadas sobre su atención médica. Puede indicarnos quiénes están o no autorizados a saber sobre su cuidado. Deberá completar un formulario que formará parte de su historia clínica.

Restricciones de Mercadeo – La Ley HITECH no le permite a Community recibir dinero para comunicaciones de mercadeo.

Otras Leyes que Protegen la Información de Salud – Otras leyes que protegen la PHI/SPI sobre salud mental, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, estudios genéticos y pruebas o tratamiento del VIH/SIDA. Deberá dar su consentimiento por escrito para compartir esta clase de PHI/SPI.

Sus Derechos de Privacidad Respecto de la Información Sobre su Salud

Derecho a Inspeccionar y Copiar su Información de Salud – En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver su PHI/SPI. Puede obtener una copia impresa del expediente que tenemos sobre usted. También se lo podemos enviar electrónicamente. Puede cobrarse un cargo por copiarlo y enviarlo por correo.

Derecho a Modificar su Información de Salud – Puede solicitar a Community que cambie ciertos datos si usted cree que son erróneos o que están incompletos. Esta solicitud debe hacerse por escrito. No es nuestra obligación hacer estas modificaciones. En caso de que rechacemos su solicitud, lo haremos dentro de los 60 días de haberla recibido.

Derecho a un Detalle de las Divulgaciones – Usted puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su PHI/SPI. Esta lista no incluirá la PHI/SPI que hayamos compartido antes del 14 de abril de 2003. Usted no puede solicitar información que tenga más de seis años de antigüedad. Para PHI/SPI electrónica, la lista solo puede retroceder tres años. Existen otros límites que son aplicables a esta lista. Es posible que deba pagar más de una lista por año.

Derecho a Solicitar Restricciones – Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos parte de su PHI/SPI para tratamientos, pagos u operaciones del cuidado de la salud. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Usted debe decirnos (1) la PHI/SPI que desea restringir; (2) si desea cambiar nuestra política de uso y/o divulgación; (3) a quién es aplicable (por ejemplo, a su cónyuge); y (4) la fecha de caducidad.

Si creemos que no es la mejor decisión para las personas involucradas o no podemos limitar los expedientes, no tenemos la obligación de estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, solo compartiremos esa PHI/SPI en una situación de emergencia. Usted puede anular esta solicitud por escrito en cualquier momento.

Si paga la totalidad de un artículo o servicio, puede pedirle a un proveedor que no comparta su PHI/SPI con Community para fines de pago u operaciones. Estas son las razones principales por las que la necesitaríamos. Esto no es aplicable si necesitamos su PHI/SPI con fines de tratamiento.

Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales – Usted puede decirnos dónde y cómo entregarle su PHI/SPI. Puede solicitarnos que solo llamemos a un número determinado. También puede darnos otra dirección si cree que enviar correo a su dirección habitual lo pondrá en peligro. Usted debe ser específico y aclarar esto por escrito.

Derecho a Elegir un Representante para que Actúe en su Nombre – Si usted ha designado a un representante con un poder notarial médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre la información de su salud. Nos aseguraremos de que esta persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Derecho a Recibir una Copia de este Aviso – Puede solicitar y recibir una copia de este aviso en cualquier momento, aunque ya haya recibido este aviso previamente o haya aceptado recibirlo electrónicamente.

Derecho a Revocar una Autorización de Divulgación – Si nos ha permitido usar o compartir su PHI/SPI, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Esta solicitud debe hacerse por escrito. En algunos casos, es posible que ya la hayamos usado o compartido.

Derecho a ser Notificado sobre un Acceso No Autorizado – Se le informará si descubrimos que se produjo un acceso no autorizado en su PHI/SPI no asegurada. Este acceso no autorizado puede provenir de Community o de uno de sus Socios

Comerciales.

Leyes Federales de Privacidad

Este aviso de Prácticas de Privacidad se le entrega como parte de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). Existen otras leyes de privacidad que también son aplicables, como la Ley de Libertad de Información; la Ley de Reorganización de la Administración de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas; la Ley de Tecnología de Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH); y la Ley de Privacidad de Texas, Código de Salud y Seguridad, Sección 181 et al.

Quejas

Usted puede presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad. Puede comunicarse con el oficial de privacidad de Community sin cargo al 1.888.760.2600. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Por favor consulte la información de contacto de la Oficina de Derechos Civiles que se encuentra al final de este aviso. Le recomendamos que nos informe acerca de cualquier inquietud en cuanto a su privacidad. No se tomará ninguna represalia en su contra ni será penalizado por presentar una queja.

Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud

Fuera de lo indicado anteriormente, no utilizaremos ni compartiremos su PHI/SPI sin su consentimiento escrito. Puede cambiar su opinión sobre el uso que le damos a su PHI/SPI en cualquier momento. Esta solicitud debe hacerse por escrito.

La Ley HITECH obliga a Community a limitar los usos, divulgaciones y solicitudes de su PHI/SPI. No podemos solicitar ni compartir más de lo necesario.

Fecha de Vigencia

Este aviso entró en vigor el 14 de abril de 2003 y fue actualizado en diciembre de 2017. La última revisión se realizó en septiembre del 2022.

Información de Contacto

Si tiene alguna pregunta o queja:

Community Health Choice Texas, Inc.
Director General de Cumplimiento y Calidad
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054
Sin cargo al 1.877.888.0002

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.)
200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1.877.696.6775
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

Para obtener más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Ley de Texas sobre el Tratamiento Médico de Menores y Problemas de Consentimiento Relacionados

Community sigue leyes federales y estatales, y pautas sobre asuntos de consentimiento para tratamiento médico. Generalmente, los menores no pueden consentir el tratamiento médico. Por regla general, Community debe obtener el consentimiento del padre de un hijo menor antes de autorizar el tratamiento médico.

Existen ciertas excepciones a la regla general. Por ejemplo, un hijo menor que ha sido "emancipado" o declarado legalmente "adulto" por los tribunales puede tomar sus propias decisiones médicas. Otras excepciones incluyen, entre otras, las siguientes: (1) las situaciones de emergencia; (2) el servicio activo en las fuerzas armadas; (3) el consentimiento para el tratamiento de enfermedades infecciosas que deben ser notificadas al Departamento de Servicios de Salud Estatal de Texas; (4) menores embarazadas solteras que dan consentimiento al tratamiento para el embarazo; (5) el tratamiento contra el abuso del alcohol y las drogas; (6) el asesoramiento para los casos de abuso, prevención del suicidio o drogadicción; y (7) otras excepciones según lo permita la ley.

Si tiene alguna pregunta sobre estas excepciones, llame a Community al 1.888.760.2600.

Terminología de atención médica administrada

Apelación: Una petición de la organización de atención médica administrada para volver a revisar una denegación o querella.

Queja: Una querella que usted comunica a su seguro o plan médico.

Copago: Una cantidad fija (por ejemplo, 15 dólares) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. Esta cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (DME): El equipo ordenado por un proveedor de atención médica para su uso diario o por un periodo extendido. La cobertura de DME puede incluir los siguientes artículos, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o artículos para la diabetes.

Problema médico de emergencia: Una enfermedad, lesión, síntoma o afección lo suficientemente grave como para que cualquier persona razonable busque atención inmediata para evitar daños.

Transporte médico de emergencia: Servicios de una ambulancia por tierra o aire para atender una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias: Los servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencia.

Servicios de emergencia: La evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos: Los servicios de salud que su seguro o plan médico no paga o cubre.

Querella: Una queja hecha a su seguro o plan médico.

Servicios y aparatos de habilitación: Servicios de salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias en la vida diaria.

Seguro médico: Un contrato que requiere que su aseguradora médica pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

Atención médica a domicilio: Los servicios de atención médica que una persona recibe en su propio hogar.

Servicios para pacientes terminales: Los servicios que proporcionan comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

Hospitalización: La atención que se da en un hospital que requiere que el paciente sea ingresado y por lo general requiere pasar allí la noche.

Atención a pacientes ambulatorios: La atención que se da en un hospital que normalmente no requiere pasar allí la noche.

Medicamento necesario: Los servicios o artículos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumple estándares médicos aceptados.

Red: Los centros, proveedores y abastecedores a los que su seguro o plan médico ha subcontratado para que ofrezcan servicios de atención médica.

Proveedor no participante: Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro o plan médico para brindarle a usted servicios cubiertos. Puede que sea más difícil obtener autorización de su seguro o plan médicos para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En contados casos, como cuando no hay otros proveedores, su seguro médico puede subcontratar y pagar por sus servicios a un proveedor no participante.

Proveedor participante: Un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan médico para ofrecerle a usted servicios cubiertos.

Servicios de un médico: Servicios de atención médica que un médico titulado (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) ofrece o coordina.

Plan: Un beneficio, como Medicaid, que ofrece y paga servicios de atención médica.

Autorización previa: La determinación de su seguro o plan médico de que un servicio médico, plan de tratamiento, receta médica o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha pedido es médicamente necesario. Esta determinación o autorización, a veces llamada en inglés "prior authorization", "prior approval" o "pre-certification", debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es garantía de que su seguro o plan médico cubrirán los costos.

Prima: La cantidad que debe pagarse por su seguro o plan médico.

Cobertura de medicamentos recetados: Un seguro o plan médico que ayuda a cubrir los costos de fármacos y medicamentos recetados.

Medicamentos recetados: Fármacos o medicamentos que, por ley, requieren de receta médica.

Médico de atención primaria: Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) que ofrece o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica a un paciente.

Proveedor de atención primaria: Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), enfermero especializado en atención primaria, enfermero clínico especializado o médico asistente, como lo permite la ley estatal, que ofrece, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor: Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), profesional de la salud o centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.

Servicios y aparatos de rehabilitación: Servicios de atención a la salud como terapia física u ocupacional, que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones de la vida diaria que se han perdido o dañado porque la persona está enferma, lesionada o discapacitada.

Servicios de enfermería especializada: Servicios a cargo de enfermeros titulados a domicilio o en un centro de reposo.

Especialista: Un médico especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Atención urgente: La atención dada a una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para acudir a la sala de emergencias.

LANGUAGE ASSISTANCE

Community Health Choice, Inc. is required by federal law to provide the following information.



NON-DISCRIMINATION STATEMENT CHIP/STAR

Community Health Choice, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Community Health Choice, Inc. does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. Community Health Choice, Inc. provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters, written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Community Health Choice, Inc. provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Community Health Choice, Inc. Member Services Department at 1.888.760.2600. If you believe that Community Health Choice, Inc. has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance.

You can file a grievance in person or by mail, fax or email:

Service Improvement Department

2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054

Phone: 1.888.760.2600

E-mail: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

Fax: 713.295.7036

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

LANGUAGE ASSISTANCE

Community Health Choice, Inc. is required by federal law to provide the following information.



- Chinese** 本通知有重要信息。本通知包含關於您透過Community Health Choice提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話1.888.760.2600。
- French** Cet avis contient d'importantes informations. Cet avis contient d'importantes informations concernant votre demande ou votre couverture avec Community Health Choice. Consultez les dates figurant dans le présent avis car il est possible que vous ayez à prendre certaines mesures avant ces dates pour conserver votre assurance santé ou profiter de meilleurs coûts. Vous êtes en droit de recevoir ces informations et de bénéficier gratuitement d'une aide dans votre langue. Appelez le 1.888.760.2600.
- Gujarati** આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજી અને કવરેજ વર્ણિ મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને રાખવા અથવા ખર્ચ બાબતે મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ મુદત સુધી પગલાં લેવાની તમારે જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈ પણ ખર્ચ વગર તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1.888.760.2600 પર કોલ કરો.
- Japanese** こと通知には必要な情報が含まれています。この通知にはCommunity Health Choiceの申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。1.888.760.2600までお電話ください。
- Laotian** ທັງສີແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ທັງສີແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໜັບສະໜູນການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊ່ວຍກັນຊຶມວັນທີ່ສໍາຄັນໃນທັງສີແຈ້ງການນີ້ ທ່ານຄວນຈະຕ້ອງປະຕິບັດພາຍໃນກຳນົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານພາຍຫຼັງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສໍາຄັນນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ: 1.888.760.2600.
- Russian** Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии, предоставляемым Community Health Choice. Обратите внимание на основные даты, указанные в настоящем уведомлении. Возможно, будет необходимо предпринять действия до наступления конечного срока для сохранения страхового полиса или для получения помощи в оплате расходов. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощи на вашем языке. Звоните по телефону: 1.888.760.2600.
- Tagalog** Ang Notisyang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maayroon itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapaseguro sa pamamagitan Community Health Choice. Hanapin ang mga importanteng petsa sa notisyang ito. Maaaring may kailangan kayong gawin bago ang mga itinakdang deadline para manatiling nakaseguro o para matulungan kayo sa mga kailangang babayaran. Kayo ay may karapatang makatanggap nitong impormasyon at makatanggap ng pagsasalin sa inyong wika na wala kayong babayaran. Tawagan ang 1.888.760.2600.
- Vietnamese** Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm qua chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời gian nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn hay giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi 1.888.760.2600.

Arabic

يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة. وتعلق هذه المعلومات الهامة في الإشعار بخصوص طلبك أو التغطية تحت التأمين الصحي Community Health Choice. ابحت عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ إجراءات قبل مواعيد محددة للحفاظ على تأمينك الصحي أو مساعدتك في دفع التكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك دون أي تكلفة. اتصل على 1.888.760.2600.

English

This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Community Health Choice. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1.888.760.2600.

German

Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag auf Krankenversicherung bzw. Ihren Versicherungsschutz mit Community Health Choice. Achten Sie auf wichtige Termine in dieser Mitteilung. Eventuell müssen Sie zu bestimmten Stichtagen Maßnahmen ergreifen, um die Beibehaltung Ihres Versicherungsschutzes bzw. finanzieller Unterstützung in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.888.760.2600.

Hindi

इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में आपके आवेदन या Community Health Choice द्वारा कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों के लिए खोजें। आपको अपने स्वास्थ्य के कवरेज रखने के लिए या लागत की मदद के लिए नश्चित समय सीमा से कार्रवाई करने की ज़रूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में यह जानकारी और सहायता निःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.888.760.2600 पर कॉल कीजिए।

Korean

이 통지서는 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서는 Community Health Choice를 통한 귀하의 신청이나 보험보장에 대해 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서에서 주요 날짜를 확인하십시오. 귀하의 건강보험 보장을 유지하거나 비용에서 도움을 받기 위해서는 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하에게는, 이러한 정보를 받고 무료로 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1.888.760.2600로 연락하십시오.

Persian

این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی می باشد. این اطلاعیه حاوی نکات مهمی درباره تقاضانامه و پوشش بیمه ای شما توسط Community Health Choice می باشد. به تاریخ های ذکر شده در این اطلاعیه توجه نمایید. به منظور برقرار نگه داشتن پوشش بیمه ای با دریافت کمک هزینه، ممکن است نیاز باشد که تا مهلت های مقرر، اقداماتی را انجام دهید. حق شماست که این اطلاعات و کمک را بطور رایگان به زبان خودتان دریافت نمایید. با شماره تلفن 1.888.760.2600 تماس بگیرید.

Spanish or Spanish Creole

Este aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Community Health Choice. Preste atención a las fechas clave que se incluyen en este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al teléfono 1.888.760.2600.

Urdu

اس نوٹس میں اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں Community Health Choice کے ذریعے آپ کی درخواست یا بیمے کی تحفظ سے متعلق اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں اہم تاریخوں کو دیکھیے - اپنی صحت کے بیمے کے تحفظ کو برقرار رکھنے یا اخراجات میں مدد کے لیے آپ کو کچھ خاص تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ آپ کو ان معلومات اور مدد کو اپنی زبان میں مفت حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ 1.888.760.2600 پر رابطہ کریں۔

Eventos para Miembros

Community siempre está planificando excelentes eventos, grandes y pequeños, para nuestros Miembros en las áreas de Houston y Beaumont. **¿Tiene algún evento para sugerir?** Envíela por correo electrónico a CommunityAffairs@CommunityHealthChoice.org.



