



CENTRO DE ENFERMERÍA STAR+PLUS SEPTIEMBRE DE 2025

MANUAL PARA MIEMBROS

www.CommunityHealthChoice.org

713.295.2300

1.888.435.2850

Community Health Choice Texas, Inc. es una organización afiliada de Harris Health System.



INTRODUCCIÓN

Bienvenido a Community Health Choice

¡Estamos encantados de ayudarlo! Community Health Choice es una organización local de atención médica administrada (MCO) sin fines de lucro que tiene busca mejorar la salud y el bienestar de los residentes de Texas en todo el condado de Harris.

Como miembro de Community Health Choice, queremos asegurarnos de que tenga acceso a la información y los servicios que necesita para comenzar.

Estos son algunos recordatorios:

- Si tiene necesidades especiales, problemas para ver o habla otro idioma, llame sin cargo a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1.888.435.2850.
- Le enviaremos esta información en un formato que usted pueda leer. Si necesita un intérprete para comprender este manual, podemos brindarle asistencia oral o escrita. Si necesita ayuda con el lenguaje de señas, Community ofrece Sign Share. Si tiene problemas para escuchar o hablar, llame a la línea TTY/TDD al 7-1-1 o sin cargo al 1.800.735.2989.
- Si necesita dispositivos y servicios de asistencia, por ejemplo, materiales en formatos alternativos como letra grande o braille, llame a la Oficina de Elegibilidad de la HHSC al número gratuito 1.855.827.3748 o a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito 1.888.435.2850.

En Community estamos comprometidos con asistir a nuestros miembros. Brindamos acceso las 24 horas a través de números de teléfono gratuitos que lo conectan directamente con la línea directa para miembros, la línea directa para la salud conductual, la línea directa para crisis de salud conductual, la línea directa para la Coordinación de Servicios y la línea directa para servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT).

Para comunicarse con el personal de Servicios para Miembros, llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado.

Acceda a su cuenta My Member Account por Internet las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

1.888.435.2850
713.295.2300

Servicios para Miembros

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto los días festivos aprobados por el estado. Acceda a su cuenta de miembro por Internet las 24 horas del día, los 7 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 sobre farmacias y atención dental.

1.888.435.5150
713.295.5004

Coordinación de Servicios

El equipo de Coordinación de Servicios está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado. Después del horario de atención puede dejar un mensaje y le devolveremos la llamada en un plazo de un día hábil, o puede llamar a la línea directa de Servicios para Miembros al 1.888.435.2850. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano. Si tiene problemas para escuchar o hablar, llame a la línea TTY/TDD al 7-1-1.

1.866.566.8989

Equipo de Asistencia para la Atención Gestionada del Defensor del Pueblo (OMCAT)

1.877.343.3108

Servicios de salud conductual/por consumo de sustancias y línea directa para crisis de Community Health Choice

Línea directa para crisis: Las 24 horas del día, los 7 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.

7-1-1
1.800.735.2989

Número TTY para personas con problemas de audición:

Servicios para Miembros

Equipo de Asistencia para la Atención Gestionada del Defensor del Pueblo (OMCAT) TTY 711

1.800.206.9052

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas

1.800.264.2777

Línea de ayuda del programa STAR+PLUS

1.844.572.8194

Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) de STAR+PLUS: Access2Care

Llame para programar su viaje y consultar el estado. Access2Care está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame a Access2Care sin cargo al 1.844.572.8194 o programe su viaje a través de la aplicación para miembros de Access2Care (A2C). Descargue la aplicación desde su tienda de aplicaciones.

Se dispone de información en inglés y en español. Llame a Access2Care si necesita un intérprete. Número TTY 7-1-1 para personas con problemas de audición.

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

1.877.847.8377

Pasos Sanos de Texas

1.844.686.4358

Servicios de la vista

Envolve Vision

visionbenefits.envolvehealth.com

1.877.727.9570

Servicios dentales

FCL Dental

1.800.822.5353
1.888.760.2600

Farmacia

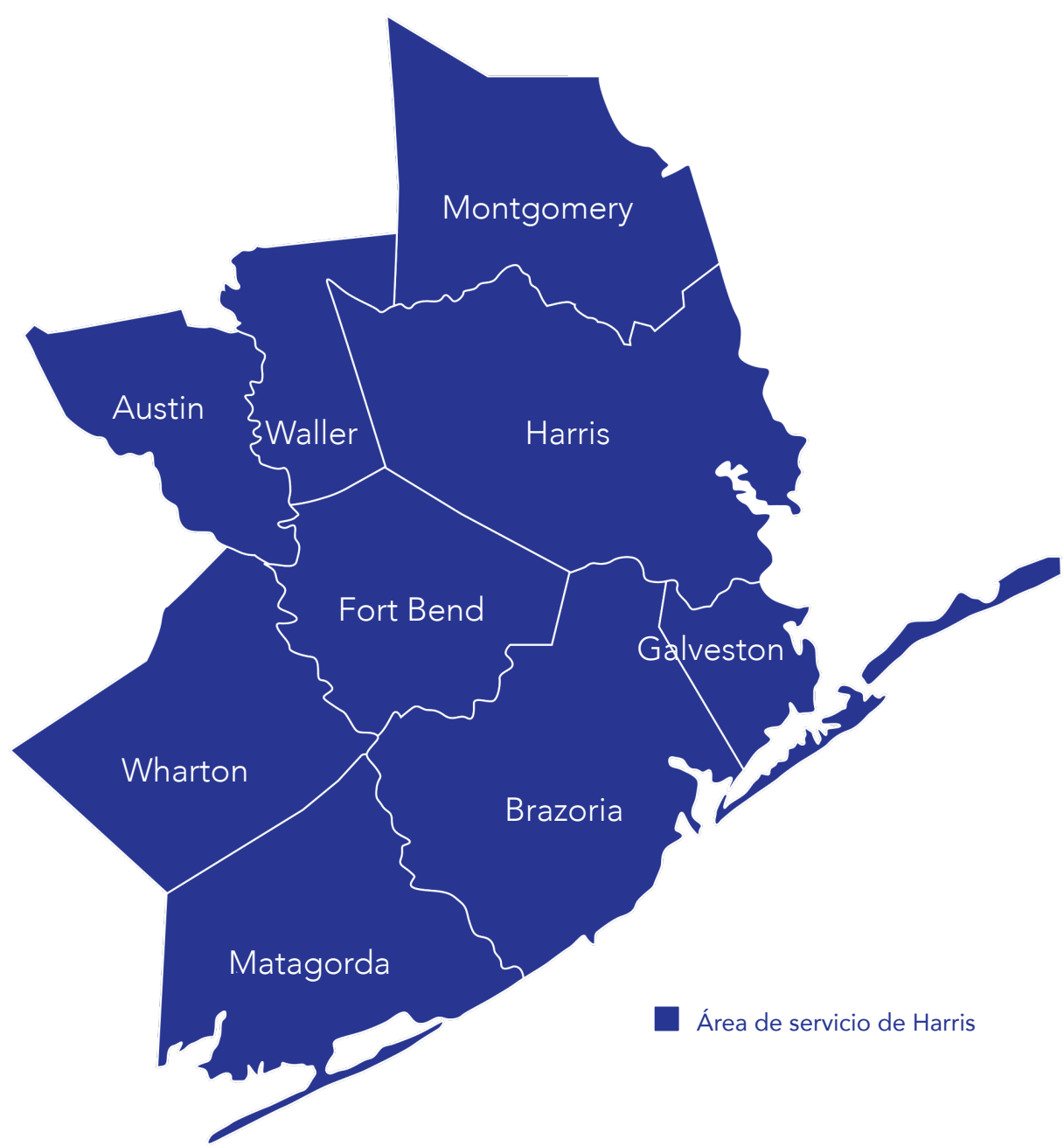
Servicios para Miembros de Community Health Choice

De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto días festivos aprobados por el estado.

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

Community Health Choice Texas, Inc. • 4888 Loop Central Drive, Suite 600 • Houston, TX 77081 • www.CommunityHealthChoice.org

Mapa del área de servicio



Índice

Tarjeta de identificación de miembro	9
Información sobre la tarjeta de identificación de miembro	9
Qué información debe incluir su tarjeta de identificación de miembro	9
Cómo utilizar su tarjeta de identificación de miembro	9
Cómo reemplazar su tarjeta de identificación de miembro.....	10
Tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits	10
Portal del cliente de Medicaid YourTexasBenefits.com.....	11
Formulario de Verificación de Identidad Temporal de Medicaid 1027-A	11
Aspecto de la tarjeta de Medicaid	12
Proveedores de atención primaria	12
¿Qué es un proveedor de atención primaria?	12
¿Me asignarán un proveedor de atención primaria si tengo Medicare?.....	13
¿Cómo consulto a mi proveedor de atención primaria si no visita mi residencia de ancianos?.....	13
¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?	13
¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de proveedor de atención primaria?	13
¿Qué es el Programa Medicaid Lock-in?	13
Información sobre el plan de incentivos para médicos	13
Cambio de planes de salud.....	14
¿Qué debo hacer para cambiar mi plan de salud?	14
¿Con quién debo comunicarme?	14
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?.....	14
¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de plan de salud?	14
¿Puede Community Health Choice solicitar que me den de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?.....	14
Beneficios	14
¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?	14
¿Cómo obtengo estos servicios?	17
¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?.....	17
¿Qué son los servicios de apoyo y de atención a largo plazo?	17
Community First Choice (CFC).....	18
¿Qué es Community First Choice (CFC)? ¿Quién es elegible para recibir servicios de CFC?	18
¿Cuáles son los servicios de CFC disponibles?	18
¿Cuáles son mis beneficios de apoyo y de atención a largo plazo (LTSS) en el centro de enfermería?.....	18
¿Hay otros beneficios de servicios de apoyo y atención a largo plazo en STAR+PLUS?	18
¿Cómo cambiarían mis beneficios si me reinsertara en la comunidad?.....	19
¿Cuáles son mis beneficios de atención médica aguda?	19
¿Cómo obtengo estos servicios?	19
¿A qué número debo llamar para averiguar por estos servicios?	19
¿Qué servicios puedo seguir teniendo con Medicaid habitual pero que no están cubiertos por Community Health Choice?.....	19
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?.....	19
¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de Community Health Choice?	19
¿Cómo puedo acceder a esos beneficios?.....	20
¿Qué clases de educación para la salud ofrece Community Health Choice?.....	20

Programa de Administración de Casos Complejos	20
Programa de administración de cuidado	20
Atención médica y otros servicios	21
¿Qué significa “medicamente necesario”?	21
¿Qué es la atención médica de rutina?	21
¿En cuánto tiempo puedo esperar que me atiendan?.....	21
¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia?	21
¿Qué es la atención médica de emergencia?	22
¿En cuánto tiempo puedo esperar que me atiendan?.....	22
¿Necesito autorización previa?.....	22
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?.....	22
¿Qué es la posestabilización?	23
¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera del centro o de viaje fuera de la ciudad?	23
¿Qué debo hacer si estoy fuera del estado?	23
¿Qué debo hacer si estoy fuera del país?	23
¿Qué sucede si consulto a un médico especial (especialista)?	23
¿Qué es una derivación?	23
¿Qué tan pronto puedo esperar que me atienda un especialista?	23
¿Qué servicios no necesitan una derivación?	23
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	24
¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual, mental o con el alcohol o las drogas?	24
¿Necesito una derivación?	24
¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la gestión de casos específicos de salud mental?	24
¿Cómo obtengo estos servicios?	24
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	25
¿Qué pasa si también tengo Medicare?	25
¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está en la red?	25
¿Qué debo llevar a la farmacia?	25
¿Qué debo hacer para que me envíen los medicamentos a domicilio?	25
¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos?.....	25
¿Qué debo hacer si no consigo que me aprueben el medicamento que me recetó mi médico?	25
¿Qué debo hacer si pierdo mis medicamentos?	25
¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?	25
¿Dónde busco un proveedor de servicios de planificación familiar?	25
¿Qué es la coordinación de servicios?	25
¿Qué hace por mí el coordinador de servicios?	26
¿Cómo puedo comunicarme con un coordinador de servicios?	26
¿Qué servicios de transporte brinda Community Health Choice?	26
¿Qué servicios de transporte se ofrecen?	26
¿Cómo obtengo este servicio?	26
¿Qué servicios se ofrecen?	26
¿A quién llamo para solicitar transporte para una cita médica?.....	26
¿Cómo obtengo servicios de atención de la vista?	26
¿Puedo tener un intérprete cuando hable con mi médico?	27

¿A quién debo llamar para acceder a un intérprete?.....	27
¿Con cuánta anticipación debo llamar?.....	27
¿Cómo puedo obtener un intérprete presencial en el consultorio del proveedor?.....	27
¿Qué debo hacer si necesito atención obstétrica o ginecológica?	27
¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo?.....	27
¿Cómo elijo un obstetra o ginecólogo?	27
Si no elijo un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?.....	27
¿Necesitaré una derivación?.....	27
¿Cuánto tiempo después de contactar a mi obstetra o ginecólogo para una cita podrán atenderme?	27
¿Puedo mantener mi obstetra o ginecólogo si no pertenece a Community Health Choice?	27
¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar una decisión sobre mi atención médica?	28
¿Qué son las instrucciones anticipadas?.....	28
¿Cómo obtengo un documento de instrucciones anticipadas?.....	28
¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?	28
¿Qué debo hacer si recibo una factura del centro de enfermería?.....	28
¿Con quién debo comunicarme?	28
¿Qué información necesitarán?.....	28
¿Qué es el ingreso aplicado y cuáles son mis responsabilidades?	28
¿Cuáles son mis responsabilidades?.....	28
¿Puede enviarme mi proveedor de Medicare una factura por servicios o suministros si tengo tanto Medicare como Medicaid?	28
¿Qué debo hacer si me mudo?	28
¿Qué sucede si tengo otro seguro médico además de Medicaid?	29
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	29
Proceso para presentar quejas.....	31
¿Qué debo hacer si tengo una queja?	31
¿Con quién debo comunicarme?	31
¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una queja?	31
¿Cuánto tiempo tardará en procesarse mi queja?	32
¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja?.....	32
Proceso de apelación.....	32
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero Community Health Choice lo niega o lo limita?	32
¿Cómo sabré si se deniegan los servicios?	32
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?.....	33
¿Alguien de Community Health Choice puede ayudarme a presentar una apelación?	33
Apelación acelerada a Community Health Choice	33
¿Qué es una apelación de emergencia?.....	33
¿Cómo pido una apelación de emergencia?	33
¿Debo presentar mi solicitud por escrito?	34
¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?	34
¿Qué sucede si Community Health Choice deniega la solicitud de apelación de emergencia?.....	34
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?	34
Audiencia imparcial estatal.....	34

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?	34
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?.....	34
Revisión médica externa.....	35
¿Puedo solicitar una revisión médica externa?	35
¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?.....	35
Denunciar maltrato, negligencia y explotación	35
¿Cómo informo una sospecha de maltrato, negligencia o explotación?	35
¿Qué son el maltrato, la negligencia y la explotación?.....	35
Información sobre fraude	36
¿Desea denunciar malgasto, abuso o fraude?	36
Información que debe estar disponible todos los años.....	37
Asistencia con el idioma.....	38
Eventos para miembros	41

Tarjeta de identificación de miembro

Información sobre la tarjeta de identificación de miembro

Cada miembro elegible de su familia recibirá su propia tarjeta de identificación de miembro. Lleve consigo su tarjeta de identificación de miembro y su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits en todo momento. Muestre ambas a su médico o proveedor de atención médica antes de recibir atención. Recibirá su tarjeta de identificación de miembro en un plazo de 3 a 5 días hábiles a partir de su fecha de inscripción.

Qué información debe incluir su tarjeta de identificación de miembro

Revise su tarjeta de identificación de miembro para asegurarse de que sea correcta. Debe incluir los siguientes datos:

- 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 hablar sobre sus necesidades de atención médica.

Cómo utilizar su tarjeta de identificación de miembro

Aquí puede ver un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PARA MIEMBROS QUE SOLO TIENEN MEDICAID (STAR+PLUS)





  	
Name	DOB
Member ID	PCP Effective Date
PCP Name	
PCP Phone	Rx BIN:
PCP Address	Rx GRP:
	Rx PCN:
<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
1.888.435.2850 TTY 711 (toll-free | gratis) **Talk to a nurse 24/7 | Hable con una enfermera 24/7**
1.800.206.9052 TTY 711
Service Coordination 24/7 | Coordinación de Servicio 24/7
1.888.435.5150 TTY 711, 713.295.5004 TTY 711 **Behavioral Health 24/7 | Servicios para salud mental 24/7**
1.877.343.3108 TTY 711

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 | 713.295.2300 TTY 711
Send claims to: Community Health Choice, P.O. Box 301404, Houston, TX 77230
Electronic claims: Payer ID 48145
Pharmacy: Navillus Health Solutions
1.877.908.6023 TTY 711 BIN: 610602 PCN: MCD RXGroup: CHC

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PARA MIEMBROS QUE TIENEN MEDICAID (STAR+PLUS) Y MEDICARE

  	
Name	Rx BIN:
Member ID	Rx GRP:
DOB	Rx PCN:
<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
1.888.435.2850 TTY 711 (toll-free | gratis) **Talk to a nurse 24/7 | Hable con una enfermera 24/7**
1.800.206.9052 TTY 711
Service Coordination 24/7 | Coordinación de Servicio 24/7
1.888.435.5150 TTY 711, 713.295.5004 TTY 711 **Behavioral Health 24/7 | Servicios para salud mental 24/7**
1.877.343.3108 TTY 711

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 | 713.295.2300 TTY 711
Send claims to: Community Health Choice, P.O. Box 301404, Houston, TX 77230
Electronic claims: Payer ID 48145
Pharmacy: Navillus Health Solutions
1.877.908.6023 TTY 711 BIN: 610602 PCN: NVD RXGroup: CHCD002

Si tiene tanto Medicare como Medicaid, su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice no mostrará el nombre o el número de teléfono de un médico. Su tarjeta de identificación de miembro se verá como el ejemplo que se muestra arriba.

Recomendaciones importantes:

- Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro y su número de Medicaid cuando llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al 1.888.435.2850 TTY 711.
- Lleve consigo su tarjeta de identificación de miembro y su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits a todas las citas médicas.
- No permita que otras personas utilicen su tarjeta de identificación de miembro.

Cómo reemplazar su tarjeta de identificación de miembro

Imprima una tarjeta de identificación temporal a través de su cuenta My Member Account en www.CommunityHealthChoice.org > Member Login (Inicio de sesión de miembro). Servicios para Miembros le enviará una tarjeta permanente por correo. También puede llamar sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711.

Tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits

Cuando reciba la aprobación para Medicaid, se le entregará una tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits (YTB). Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de Medicaid habitual. Debe llevarla consigo y protegerla como su licencia de conducir o una tarjeta de crédito. Su médico puede usar la tarjeta para averiguar si tiene beneficios de Medicaid cuando usted lo visite.

Se le emitirá solo una tarjeta y recibirá una nueva únicamente si la pierde o se la roban. Si pierde o le roban su tarjeta de Medicaid, puede solicitar una nueva llamando sin cargo al 1.800.252.8263 o solicitar o imprimir una tarjeta temporal en línea en www.YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro de si tiene cobertura de Medicaid, puede averiguarlo llamando sin cargo al 1.800.252.8263. También puede llamar al 2-1-1. Primero elija un idioma y luego, la opción 2.

Su información médica es una lista de los servicios médicos y medicamentos que ha recibido a través de Medicaid. La compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué atención médica necesita. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame sin cargo al 1.800.252.8263 o visite www.YourTexasBenefits.com para solicitar que no se comparta su información médica.

La tarjeta de Medicaid de YTB tiene la siguiente información impresa en el anverso:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid.
- La fecha en que se le envió la tarjeta.
- El nombre del programa al que pertenece si recibe algo de lo siguiente:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa Healthy Texas Women (HTW)
 - Servicios para pacientes terminales
 - STAR Health
 - Medicare de emergencia o
 - Elegibilidad Presunta para Mujeres Embarazadas (PE)
- Información que su farmacia necesitará para facturar a Medicaid.
- El nombre de su médico y farmacia si forma parte del Programa Medicaid Lock-in.

En el reverso de la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits figura un sitio web que puede visitar (www.YourTexasBenefits.com) y un número de teléfono gratuito al que puede llamar (1.800.252.8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si olvida su tarjeta, su médico, dentista o farmacia pueden usar el teléfono o Internet para asegurarse de que usted reciba los beneficios de Medicaid.

Portal del cliente de Medicaid YourTexasBenefits.com

El portal del cliente de Medicaid le permite hacer todo lo siguiente para cualquiera que forme parte de su caso:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits.
- Ver sus planes médicos y dentales.
- Ver la información de sus beneficios.
- Ver las alertas de Pasos Sanos de Texas.
- Ver las alertas de transmisión.
- Ver diagnósticos y tratamientos.
- Ver vacunas.
- Ver medicamentos recetados.
- Usted puede decidir si desea que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible.

Para acceder al portal, visite www.YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en "Log In" (Iniciar sesión).
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en "Create an account" (Crear una cuenta).
- Haga clic en "Manage" (Gestionar).
- Vaya a la sección "Quick links" (Enlaces rápidos).
- Haga clic en "Medicaid & CHIP Services" (Servicios de Medicaid y CHIP).
- Haga clic en "View services and available health information" (Ver servicios e información de salud disponible).

NOTA: El portal del cliente de Medicaid YourTexasBenefits.com muestra información únicamente a clientes activos. Los representantes legales autorizados pueden ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

- Información sobre el formulario de verificación temporal 1027-A (cómo usarlo).
 - Medicare de emergencia o
 - Elegibilidad Presunta para Mujeres Embarazadas (PE)

Formulario de Verificación de Identidad Temporal de Medicaid 1027-A

Si pierde su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits, llame a la Oficina de Elegibilidad de la HHSC más cercana sin cargo al 1.800.964.2777. Le entregarán un Formulario de Verificación de Identidad Temporal de Medicaid 1027-A, que le servirá de comprobante de su elegibilidad para Medicaid. El formulario tendrá una fecha límite; es decir, el último día en que puede usarlo. También incluirá a cada miembro de su familia que forme parte de su caso de Medicaid. Debe llevar consigo el Formulario 1027-A cuando reciba cualquier servicio de atención médica. Úselo como su tarjeta de Your Texas Benefits y preséntela a su proveedor.

Aspecto de la tarjeta de Medicaid

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

Anverso de la tarjeta:

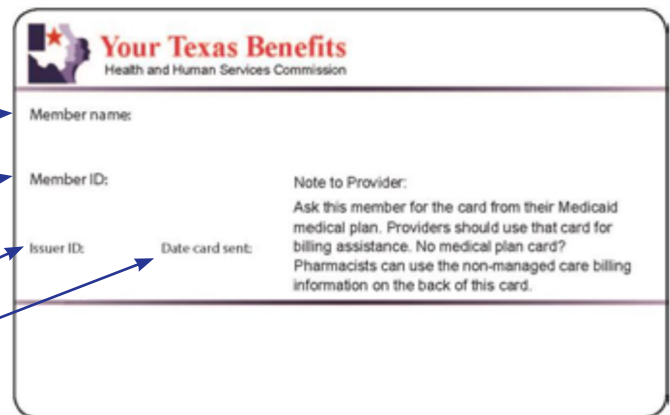
Su nombre.

Su número de identificación de Medicaid.

El número de identificación de la agencia de la HHSC.

Los médicos y otros proveedores necesitan este número.

La fecha en que se le envió la tarjeta.



Reverso de la tarjeta:

Este mensaje es para usted.

Aquí se le recuerda a su médico que debe asegurarse de que usted todavía esté en el programa Medicaid antes de brindarle servicios.

Esta información ayuda a los médicos y proveedores a recibir el pago por los servicios de Medicaid que le brindan.



Proveedores de atención primaria

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

El proveedor de atención primaria es una parte importante del equipo de atención médica; se asegurará de que usted reciba la atención que necesita, como realizarle controles regulares y tratarlo cuando está enfermo. Su proveedor de atención primaria realizará un seguimiento cuando otros médicos le brinden atención médica. Su proveedor de atención primaria debería ser el "centro médico" donde se encuentran todos sus registros médicos. Su proveedor de atención primaria debe saber todo acerca de sus necesidades de atención médica pasadas y presentes. Asegúrese de que su proveedor de atención primaria tenga su historia clínica completa. Si usted es un paciente nuevo, ayude a su proveedor de atención primaria a obtener su historia clínica de su médico anterior. Es posible que deba firmar un formulario para autorizar que su historia clínica se envíe a su nuevo proveedor de atención primaria.

Puede elegir a cualquier proveedor de atención primaria de la red de Community Health Choice; le recomendamos elegir en función de la zona de consultorios o el horario de atención de su conveniencia. Si está a gusto con el proveedor de atención primaria con el que se atiende actualmente, puede continuar viéndolo si este se encuentra en la lista de nuestro directorio.

Una vez que elija a su proveedor de atención primaria, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.435.2850 TTY 711 y le asignaremos el proveedor de atención primaria que eligió.

Para consultar el directorio actual, vaya a www.CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un médico) > Medicaid/STAR+PLUS > Find a Provider (Buscar un proveedor) > Enter your information (Ingresa sus datos) > Search (Buscar). Puede encontrar un médico por especialidad, nombre o condado.

Es importante que conozca a su proveedor de atención primaria y que su proveedor de atención primaria lo conozca a usted. No es recomendable esperar a enfermarse para elegir a su proveedor de atención primaria.

Como miembro nuevo, debe hacerse el primer chequeo dentro de los 90 días calendario posteriores a su inscripción en Community Health Choice.

Podemos ayudarlo a programar su primer chequeo y a conseguir transporte al consultorio de su proveedor. Llame a Access2Care sin cargo al 1.844.572.8194 o programe su viaje a través de la aplicación para miembros de Access2Care (A2C). Descargue la aplicación desde su tienda de aplicaciones.

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

No se asignará un proveedor de atención primaria a los miembros de STAR+PLUS cubiertos por Medicare.

¿Cómo consulto a mi proveedor de atención primaria si no visita mi residencia de ancianos?

Si tiene que salir de la residencia para ir al médico, la residencia le proporcionará transporte.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

Puede cambiar su proveedor de atención primaria de las siguientes maneras:

- Llamándonos al número gratuito 1.888.435.2850 TTY 711.
- En línea, visitando www.CommunityHealthChoice.org y creando una cuenta My Member Account.
- Por correo, escribiendo a la siguiente dirección:

Community Health Choice Texas, Inc.
A la atención de: Member Services
4888 Loop Central Drive, Suite 600,
Houston, TX. 77081

¿Cuándo entrará en vigor 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 en el teléfono. La fecha de vigencia del cambio es el primer día del mes siguiente. También le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro de inmediato.

¿Qué es el Programa Medicaid Lock-in?

Podrían ubicarlo en el Programa Lock-in si no cumple con las normas de Medicaid. Este programa verifica cómo utiliza los servicios farmacéuticos de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid se mantienen sin cambios. Cambiar de Community Health Choice no cambiará el estado de Lock-in.

Para evitar que lo incluyan en el Programa Medicaid Lock-in, haga lo siguiente:

- Elija una farmacia en un solo lugar para usarla siempre.
- Asegúrese de que su médico principal, su dentista principal o los especialistas a los que lo deriven sean los únicos médicos que le emitan recetas.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos.

Si desea más información, llame a Community Health Choice.

Información sobre el plan de incentivos para médicos

Community Health Choice recompensa a los médicos por usar tratamientos económicos para las personas cubiertas por Medicaid. 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. Puede llamar al 1.888.435.2850 TTY 711 para obtener más información.

Cambio de planes de salud

¿Qué debo hacer para cambiar mi plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la línea de ayuda del programa STAR+PLUS al 1.800.964.2777. Puede cambiar sus planes de salud cuando quiera, pero no más de una vez por mes.

Si está en el hospital, en un centro residencial de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias (SUD) o en un centro residencial de desintoxicación por el SUD, no podrá cambiar de plan de salud hasta que le hayan dado de alta.

Si llama para cambiar su plan de salud hasta el día 15 de cada mes, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si llama después del 15 de cada mes, el cambio entrará en vigor el primer día del segundo mes posterior. Por ejemplo:

- Si llama hasta el 15 de abril incluido, su cambio entrará en vigor el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, su cambio entrará en vigor el 1 de junio.

¿Con quién debo comunicarme?

Llame a la línea de ayuda del Programa STAR o STAR+PLUS de Texas al 1.800.964.2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Puede cambiar de plan de salud tan frecuentemente como lo desee.

¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de plan de salud?

Si llama para cambiar su plan de salud hasta el día 15 de cada mes, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si llama después del 15 de cada mes, el cambio entrará en vigor el primer día del segundo mes posterior.

Por ejemplo:

- Si llama hasta el 15 de abril incluido, su cambio entrará en vigor el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, su cambio entrará en vigor el 1 de junio.

¿Puede Community Health Choice solicitar que me den de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Sí. Community Health Choice puede solicitar la cancelación de su membresía en los siguientes casos:

- Usted se muda fuera del área de servicio.
- Ingresa a un centro de cuidados paliativos o un centro de cuidados a largo plazo.
- No es elegible para Medicaid.
- Se inscribe en otro plan.

También podríamos solicitar a la HHSC que cancele su membresía, después de informarle, en los siguientes casos:

- Falta a tres citas consecutivas en un plazo de seis meses sin llamar para cancelar.
- No sigue las políticas ni los procedimientos de Community Health Choice.
- Permite el uso indebido de su tarjeta de identificación de miembro.
- Es problemático, ofensivo o no coopera con el personal, los médicos u otros proveedores de Community Health Choice.

Beneficios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Community Health Choice es uno de los planes STAR+PLUS de Texas y brinda servicios que están cubiertos por el Programa Medicaid. Estos son algunos de los beneficios cubiertos:

1. Servicios de ambulancia de emergencia y no de emergencia.
2. Servicios de audiología, incluidos audífonos para adultos y niños.
3. Servicios de salud conductual, entre ellos los siguientes: a. Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, tanto adultos como niños. Los servicios de hospitalización psiquiátrica proporcionados en un hospital psiquiátrico independiente para miembros menores de 21 o mayores de 65 años no están sujetos a un límite de días. b. Rehabilitación de salud mental (MHR) y gestión de casos específicos (TCM) de salud mental para personas que no tienen doble inscripción en los servicios de salud mental ambulatorios de Medicare y Medicaid para pacientes adultos y pediátricos. c. Servicios psiquiátricos. d. Servicios de psicoterapia para adultos (mayores de 21). e. Servicios de tratamiento para el SUD, entre ellos, los siguientes: i. Servicios para pacientes ambulatorios, tales como: (1) evaluación; (2) servicios de manejo de la abstinencia; (3) psicoterapia (individual y grupal); y (4) tratamiento asistido por medicamentos (MAT); ii. Servicios residenciales, que pueden proporcionarse en un centro para tratamientos de dependencia química (CDTF) en vez de en un entorno de hospitalización para pacientes agudos, entre ellos los siguientes: (1) manejo residencial de la abstinencia; y (2) tratamiento residencial (con habitación y comidas).
4. Atención prenatal proporcionada por un médico, un partero certificado (CNM), un enfermero especializado (NP), un especialista en enfermería clínica (CNS) y un auxiliar médico en una maternidad con licencia.
5. Servicios de parto brindados por un médico y un CNM en una maternidad con licencia.
6. Servicios de parto brindados por una maternidad con licencia.
7. Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer.
8. Servicios quiroprácticos.
9. Servicios de CFC, entre ellos los siguientes:
 - a. Servicios de asistencia personal (PAS).
 - b. Habilitación.
 - c. Servicios de respuesta a emergencias.
 - d. Asesoría para recibir apoyo.
10. Servicios de actividades diurnas y de salud (DAHS).
11. Diálisis.
12. Equipo médico duradero y suministros.
13. Servicios de emergencia.
14. Servicios de planificación familiar.
15. Servicios de atención médica a domicilio brindados de conformidad con la sección 440.70 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y según las instrucciones de la HHSC.
16. Servicios en el hospital, como pacientes internados o ambulatorios.
17. Laboratorio.
18. Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, entre ellos:
 - a. Servicios para pacientes ambulatorios brindados en un hospital o un centro de atención médica ambulatoria según corresponda clínicamente; y servicios médicos y profesionales brindados en un consultorio o un entorno de paciente hospitalizado o ambulatorio para lo siguiente:
 - i. Todas las etapas de reconstrucción en la(s) mama(s) en la(s) que se ha hecho algún procedimiento de mastectomía médicamente necesario.
 - ii. Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
 - iii. Tratamiento de complicaciones físicas derivadas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas.
 - iv. Mastectomía preventiva para evitar la aparición de cáncer de mama.
 - v. Prótesis mamarias externas para la(s) mama(s) en la(s) que se ha hecho algún procedimiento de mastectomía médicamente necesario.
19. Chequeos médicos y servicios del programa de atención integral (CCP) para miembros menores de 21 años a través del programa Pasos Sanos de Texas (THSteps).

20. Servicios de NEMT, entre ellos los siguientes: a. Servicios de transporte a demanda, incluidos transportes no médicos (NMT) acordados previamente, transporte compartido y servicios de transporte público. b. Transporte público. c. Reembolso de millas para un participante individual de transporte (ITP). d. Comidas. e. Alojamiento. f. Fondos adelantados. g. Servicios de transporte en aerolíneas comerciales, incluidos viajes fuera del estado.
21. Servicios de centros de enfermería (NF).
22. Evaluación bucal y tratamiento con flúor en el centro médico junto con el chequeo médico de THSteps para miembros menores de 21 años.
23. Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, entre ellos, los dispensados en la farmacia y por el proveedor, así como los medicamentos y productos biológicos proporcionados a pacientes internados.
24. Servicios de cuidado personal (PCS) para miembros menores de 21 años.
25. Podología.
26. Atención prenatal.
27. Servicios de un centro de cuidado pediátrico extendido por indicación médica (PPECC) para miembros menores de 21 años.
28. Servicios preventivos, entre ellos un chequeo anual de rutina para pacientes mayores de 21 años.
29. Servicios de atención primaria.
30. Servicios de un centro de cuidado pediátrico extendido por indicación médica (PDN) para miembros menores de 21 años.
31. Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías.
32. Servicios de médicos especializados.
33. Terapias especializadas: física, ocupacional y del habla.
34. Trasplante de órganos y tejidos.
35. Servicios de la vista, entre ellos optometría y anteojos. (Los lentes de contacto solo están cubiertos si son médicamente necesarios para corrección de la vista que no puede lograrse con anteojos).
36. Telemedicina.
37. Telemonitorización, al grado que abarca la sección 531.0216 del Código del Gobierno de Texas.
38. Telesalud.

Los miembros adultos reciben tres beneficios mejorados en comparación con la cobertura de cargo por servicio (FFS):

1. Exención del límite de tres recetas por mes para miembros sin cobertura de Medicare.
2. Exención del límite anual individual de \$200,000 en servicios para pacientes internados.
3. El límite de 30 días para episodios de enfermedad en los servicios para pacientes internados descritos en el plan estatal no aplica a los miembros de STAR+PLUS con una enfermedad mental grave y persistente (SPMI).
4. Servicios de STAR+PLUS de asistencia personal (PAS) domiciliarios y comunitarios (HCB).
5. Servicios de enfermería (en el hogar).
6. Servicios de respuesta a emergencias (botón de llamada de emergencia).
7. Comidas a domicilio.
8. Servicios dentales.
9. Servicios de relevo, sea en el hogar o fuera de este.
10. Pequeñas modificaciones en el hogar.
11. Ayudas adaptativas y suministros médicos.
12. Terapias especializadas.
13. Cuidado sustituto para adultos.
14. Vivienda asistida.

15. Servicios de asistencia en la transición (TAS).
16. Terapia de rehabilitación cognitiva.
17. Servicios de administración financiera (FMS).
18. Asesoría para recibir apoyo.
19. Asistencia para el empleo.
 - a. Es posible que los miembros que reciben servicios similares a través de un programa financiado por la Ley de Rehabilitación de 1973 o por la Ley de Educación para Personas con Discapacidad no reciban asistencia para el empleo a través de los servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) de STAR+PLUS.
20. Empleo con apoyo.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Diríjase a www.CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un médico) para encontrar un proveedor de su localidad que preste estos servicios.

¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?

Ofrecemos servicios médicamente necesarios cubiertos por el Programa Medicaid. Si el Programa Medicaid no cubre el servicio, nosotros tampoco lo cubrimos.

¿Qué son los servicios de apoyo y de atención a largo plazo?

Los servicios de apoyo y de atención a largo plazo (LTSS) son beneficios que lo ayudan a mantenerse seguro e independiente en su casa o en la comunidad. Puede recibir estos servicios si necesita ayuda con sus necesidades diarias de atención médica y de la vida cotidiana. Estos servicios abarcan, por ejemplo, ayuda para vestirse, bañarse o ir al baño, preparación de comidas, tareas domésticas livianas, o ayuda con las compras en el supermercado.

Community First Choice (CFC)

¿Qué es Community First Choice (CFC)? ¿Quién es elegible para recibir servicios de CFC?

Los beneficios de Community First Choice brindan servicios de apoyo domiciliarios y comunitarios a algunos miembros de Medicaid con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD) o discapacidades físicas. Los miembros que necesitan atención institucional (por ejemplo, en un hospital, un centro de enfermería, un centro de atención intermedia, etc.) y que necesitan ayuda o quieren ser más independientes podrían ser elegibles para los servicios de CFC. Los miembros que viven en un hogar comunitario podrían recibir estos servicios. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre la elegibilidad.

¿Cuáles son los servicios de CFC disponibles?

CFC brinda servicios como los siguientes:

- Servicios de asistencia personal (PAS): ayuda con actividades de la vida diaria y con tareas relacionadas con la salud.
- Servicios de habilitación: servicios que ayudan a los miembros a aprender habilidades nuevas y cuidarse a sí mismos.
- Servicios de respuesta a emergencias: ayuda si los miembros viven solos o están solos la mayor parte del día.
- Gestión del apoyo: capacitación sobre cómo seleccionar, gestionar y despedir a los asistentes.

Si cree que necesita servicios de CFC, el coordinador de servicios podrá ayudarlo a programar una evaluación. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de CFC o la elegibilidad, llame al coordinador de servicios o a Servicios para Miembros.

¿Cuáles son mis beneficios de apoyo y de atención a largo plazo (LTSS) en el centro de enfermería?

Los servicios de apoyo y de atención a largo plazo (LTSS) son beneficios que lo ayudan a mantenerse seguro e independiente en su casa o en la comunidad. Puede recibir estos servicios si necesita ayuda con sus necesidades diarias de atención médica y de la vida cotidiana. Estos servicios abarcan, por ejemplo, ayuda para vestirse, bañarse o ir al baño, preparación de comidas, tareas domésticas livianas, o ayuda con las compras en el supermercado.

¿Hay otros beneficios de servicios de apoyo y atención a largo plazo en STAR+PLUS?

Algunos miembros de STAR+PLUS pueden recibir otros servicios de atención a largo plazo según sus necesidades médicas. Estos se denominan servicios de exención de STAR+PLUS (quizás haya oído hablar de estos servicios como servicios comunitarios alternativos o CBA):

- Ayudas adaptativas, tales como: sillas de ruedas, andadores, bastones y equipo médico duradero
- Cuidado sustituto para adultos
- Servicios de vivienda asistida
- Servicios dirigidos por el consumidor
- Servicios de respuesta a emergencias
- Entrega de comidas a domicilio
- Pequeñas modificaciones en el hogar
- Servicios en centros de enfermería especializada
- Asistente de cuidado personal
- Servicios de relevo
- Servicios de terapia (física, ocupacional, del habla)
- Supervisión protectora
- Servicios de asistencia en la transición
- Servicios dentales
- Terapia de rehabilitación cognitiva

¿Cómo cambiarían mis beneficios si me reinsertara en la comunidad?

Sus beneficios de STAR+PLUS no cambiarán si vuelve a vivir en la comunidad. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1.888.435.2850.

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica aguda?

Los beneficios de atención médica aguda incluyen servicios como consultas al médico, radiografías, análisis de laboratorio y otros beneficios médicos. Para obtener más información sobre los beneficios de atención médica aguda, llame al coordinador de servicios o a Servicios para Miembros al 1.888.435.2850 TTY 711. Recuerde que si tiene Medicare y Medicaid, los beneficios de atención médica aguda están cubiertos por Medicare.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Diríjase a www.CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un médico) para encontrar un proveedor de su localidad que preste estos servicios.

¿A qué número debo llamar para averiguar por estos servicios?

Llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros al 1.888.435.2850 TTY 711.

¿Qué servicios puedo seguir teniendo con Medicaid habitual pero que no están cubiertos por Community Health Choice?

- Evaluación previa a la admisión y revisión de residentes (PASRR): PASRR es un requisito federal para ayudar a determinar si se ha colocado indebidamente a una persona en una residencia de ancianos para atención a largo plazo.
- Servicios para pacientes terminales

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Solo para quienes no tienen doble inscripción

Los medicamentos recetados están cubiertos si se cumplen estas condiciones:

- El medicamento está en el Formulario de medicamentos de proveedores de Texas.
- Las recetas se surten en una farmacia de la red.
- Los pide el proveedor de atención primaria (PCP) u otro médico que lo atienda a usted o a su hijo.

Puede buscar la Guía para acceder a atención médica de calidad, que se encuentra en la sección del Programa de mejora de la calidad de nuestro sitio web, CommunityHealthChoice.org, o llamar a Servicios para Miembros si desea obtener más información sobre los beneficios de medicamentos y el proceso con la farmacia.

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

Los servicios con valor agregado tienen vigencia del 1 de septiembre de 2025 al 31 de agosto de 2026. Pueden aplicarse limitaciones. Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.435.2850 TTY 711.

Servicios dentales

Dos exámenes dentales de rutina por año hasta \$600 con limpieza, radiografías (una vez por año), extracciones no quirúrgicas y exámenes de emergencia (limitados) para miembros mayores de 21 años.

Servicios adicionales para la vista

Los miembros pueden optar por no recibir el beneficio de artículos estándar para la visión y usar \$150 para la compra de anteojos o lentes de contactos no estándar, incluidos los cargos por adaptación de lentes de contacto, cada 24 meses.

Servicios de salud y bienestar

- Manta gratuita para los miembros del centro de enfermería de STAR+PLUS.
- Reloj digital gratis con letra grande para los miembros inscritos recientemente.
- Un par de calcetines antideslizantes gratis.
- Una lupa iluminada gratuita con el logotipo de Community.
- Un portarretratos gratuito con el logotipo de Community.

Juegos y ejercicios saludables

- Los miembros reciben un kit de ejercicios gratuito, que incluye los siguientes elementos:

- Una banda de resistencia media
- Una banda de resistencia alta
- Un podómetro para contar los pasos

Programas de regalos

Tarjeta de regalo de \$85 para los miembros diabéticos que se hacen una prueba de sangre de HbA1c cada 6 meses. Tarjeta de regalo de \$30 para los miembros diabéticos que se hacen un examen ocular para diabéticos todos los años. Tarjeta de regalo de \$30 para miembros con esquizofrenia o trastorno bipolar que usen medicamentos antipsicóticos y se hayan hecho un examen de detección de diabetes. Tarjeta de regalo de \$30 todos los años para las mujeres miembro actuales que se realicen una mamografía recomendada.

Recursos de salud mental en línea

Recursos de telesalud en línea y una herramienta de acompañamiento para la salud mental en línea.

¿Cómo puedo acceder a esos beneficios?

Llame a la línea de Servicios para Miembros al 713.295.2300 o a la línea gratuita al 1.888.435.2850 TTY 711.

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

El objetivo de nuestro Programa de Educación para la Salud es ayudar a nuestros miembros a mantenerse sanos. Nuestro Programa de Educación para la Salud ofrece ferias de salud y exámenes de bienestar.

Programa de Administración de Casos Complejos

El Programa de Administración de Casos Complejos de Community ayuda a coordinar la atención médica para los miembros que padecen afecciones médicas complejas. Nuestros administradores de casos complejos ayudan a nuestros miembros con la atención médica y otros servicios comunitarios 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 y evaluarán sus necesidades de atención médica, así como los determinantes sociales de su salud.

Estas son las áreas de asistencia:

- Educación sobre su afección médica.
- Ayuda para obtener suministros o equipos médicos.
- Desarrollo de un plan en colaboración con usted y su proveedor de atención primaria para satisfacer sus necesidades médicas.
- Ayuda para buscar recursos comunitarios, como transporte, vivienda, alimentación, 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 cuidado

Nuestro Programa de Administración de Cuidado lo ayuda a gestionar sus necesidades de atención médica. Nos centramos en asma, diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal en estadio terminal (ESRD), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), arteriopatía coronaria (CAD), obesidad, embarazo de alto riesgo y miembros con afecciones médicas complejas.

Nos comunicaremos con usted en los siguientes casos:

- Cumple con los criterios para cualquiera de los programas que ofrecemos en Community Health Choice.
- Corre el riesgo de tener un bebé prematuro. La ayudaremos con lo siguiente:
- Recibir atención médica después del nacimiento del bebé.
- Administrar sus necesidades de atención médica.
- Coordinar su atención.

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 www.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.

Atención médica y otros servicios

¿Qué significa “médicamente necesario”?

Tanto atención médica aguda como salud conductual

“Médicamente necesario” significa lo siguiente:

- (1) Para miembros mayores de 21, servicios de atención médica no relacionados con la salud conductual que cumplan estos requisitos:
 - (a) Son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o para proporcionar detección temprana, intervenciones o tratamientos para afecciones que causan sufrimiento o dolor, provocan deformidad física o limitaciones funcionales, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, provocan enfermedad o dolencia a un miembro o ponen en peligro la vida.
 - (b) Se prestan en instalaciones apropiadas y con los niveles de atención adecuados para el tratamiento de las afecciones de salud de un miembro.
 - (c) Son compatibles con las pautas y los estándares de práctica médica avalados por organizaciones de atención médica profesionalmente reconocidas o agencias gubernamentales.
 - (d) Son compatibles con los diagnósticos de las afecciones.
 - (e) No son más invasivos o restrictivos de lo necesario para lograr un equilibrio adecuado entre seguridad, eficacia y eficiencia.
 - (f) No son experimentales ni de investigación.
 - (g) No tienen como objetivo principal la conveniencia del miembro o del proveedor.
- (2) Para miembros mayores de 21, servicios de salud conductual que cumplan estos requisitos:
 - (a) Son razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de un trastorno de salud mental o de dependencia química, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento resultante de dicho trastorno.
 - (b) Cumplen con las pautas y los estándares clínicos de práctica profesionalmente aceptados en la atención de la salud conductual.
 - (c) Se prestan en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el que los servicios pueden prestarse de forma segura.
 - (d) Constituyen el nivel o el suministro de servicios más apropiado que pueda prestarse de forma segura.
 - (e) No pueden omitirse sin afectar negativamente la salud mental o física del miembro ni la calidad de la atención prestada.
 - (f) No son experimentales ni de investigación.
 - (g) No se ofrecen principalmente para la conveniencia del miembro ni del proveedor.

Community Health Choice determinará la necesidad médica para los servicios agregados en centros de enfermería y los servicios de atención médica aguda solamente. Los servicios agregados en centros de enfermería incluyen, entre otros, servicios dentales de emergencia, servicios de rehabilitación indicados por el médico, sillas de rueda eléctricas personalizadas y dispositivos de comunicación por audio.

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina se refiere a los casos en que usted visita a su proveedor de atención primaria para asegurarse de gozar de buena salud. La atención médica de rutina incluye controles regulares, tratamiento de enfermedades, vacunas y cuidado de seguimiento.

¿En cuánto tiempo puedo esperar que me atiendan?

Debería poder ver a su proveedor de atención primaria dentro de las dos semanas posteriores a su llamada.

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

Community Health Choice no es responsable de pagar servicios dentales de rutina que se brinden a miembros de Medicaid.

Sin embargo, Community Health Choice se encarga de pagar el tratamiento y los dispositivos para anomalías craneofaciales.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Atención médica de emergencia

La atención médica de emergencia se proporciona para afecciones médicas de emergencia y para afecciones de salud mental de emergencia.

"Afección médica de emergencia" significa lo siguiente:

Afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de reciente aparición y de suficiente gravedad (incluso dolor intenso) como para que una persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina pueda razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata pueda dar lugar a las siguientes consecuencias:

1. Grave peligro para la salud del paciente.
2. Grave deterioro de las funciones corporales.
3. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
4. Grave desfiguración.
5. Grave peligro para la salud de una embarazada o de su hijo por nacer.

"Afección de salud conductual de emergencia" significa lo siguiente:

Cualquier afección, independientemente de su naturaleza o causa, que, en opinión de una persona prudente con conocimientos promedio de medicina y salud:

1. Requiera intervención o atención médica inmediata sin la cual el miembro representaría un peligro inmediato para sí mismo o para los demás.
2. Incapacite al miembro para controlar, conocer o comprender las consecuencias de sus acciones.

"Servicios de emergencia" y "atención de emergencia" significan lo siguiente:

Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, prestados por un proveedor calificado para brindar dichos servicios y necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia o una afección de salud conductual de emergencia, lo que incluye los servicios de atención médica de posestabilización.

¿En cuánto tiempo puedo esperar que me atiendan?

El tiempo de espera en la sala de emergencias dependerá de sus necesidades médicas y lo determina el centro de emergencias que lo está tratando. Debería ser atendido de inmediato para servicios de emergencia, médicos o de salud conductual.

¿Necesito autorización previa?

No necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para servicios de atención de emergencia.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

Community Health Choice cubre servicios dentales de emergencia limitados para lo siguiente:

- Luxación de mandíbula.
- Daños traumáticos en dientes y estructuras de soporte.
- Extirpación de quistes.
- Tratamiento de abscesos orales originados en dientes o encías.
- Medicamentos para alguna de estas afecciones.

Community Health Choice cubrirá los servicios dentales proporcionados a miembros de Medicaid en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. Pagamos el hospital, el médico y servicios médicos relacionados (p. ej., anestesia y medicamentos).

Los procedimientos dentales de emergencia cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Alivio del dolor extremo en la cavidad bucal asociado a una hinchazón o infección grave.
- Reparación de daños por la pérdida de un diente debido a un traumatismo (solo atención aguda, sin restauración).
- Reducción abierta o cerrada de una fractura del maxilar o de la mandíbula.
- Reparación de una laceración en la cavidad bucal o alrededor de esta.
- Remoción de neoplasias, lo cual incluye las lesiones benignas, malignas y premalignas, tumores y quistes.

- Incisión y drenaje de un absceso.
- Tratamiento de conducto radicular. El pago está sujeto a revisión de la necesidad dental y se exigen radiografías de antes y después del procedimiento.
- Extracciones: un diente permanente; un diente de leche; diente supernumerario; retención de tejido blando; retención ósea parcial; retención ósea total; extracción quirúrgica de diente erupcionado o de la punta de la raíz remanente.

¿Qué es la posestabilización?

Los servicios de atención médica de posestabilización son servicios cubiertos por Medicaid que mantienen su afección estable después de la atención médica de emergencia.

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

Si necesita atención médica estando de viaje, llame sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711 y lo 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 1.888.435.2850 TTY 711.

¿Qué debo hacer si estoy fuera del estado?

Si tiene una emergencia cuando está fuera del estado acuda a la sala de emergencias más cercana. Si se enferma y necesita atención médica cuando está fuera del estado, llame a su proveedor de atención primaria. El proveedor de atención primaria le dirá lo que tiene que hacer si no se siente bien.

¿Qué debo hacer si estoy fuera del país?

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

¿Qué sucede si consulto a un médico especial (especialista)?

Su proveedor de atención primaria puede tratar la mayoría de los problemas. Es posible que el PCP quiera que consulte con un especialista en caso de ciertas necesidades de atención médica. Si bien el PCP puede atender la mayoría de sus necesidades de atención médica, en ocasiones quieren que consulte con un especialista. El especialista tiene capacitación y más experiencia en tratar enfermedades, afecciones y lesiones específicas. Community Health Choice cuenta con muchos especialistas que trabajarán con usted y con su PCP para atender sus necesidades.

¿Qué es una derivación?

Una derivación se hace cuando su médico le habla de sus necesidades y lo ayuda a hacer planes para que consulte con un especialista que pueda brindarle la mejor atención. Su médico es el único que puede derivarlo a un especialista. Si tiene una consulta con un especialista o recibe servicios de un especialista sin una derivación de su PCP, o si el especialista no pertenece a la red de proveedores de Community Health Choice, es posible que tenga que hacerse cargo de la factura. En algunos casos, un obstetra o ginecólogo también pueden derivarlo a servicios relacionados.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atienda un especialista?

En ocasiones, el especialista puede verlo de inmediato. Según la necesidad médica, podrían pasar algunas semanas desde que hizo la cita para consultar con el especialista.

¿Qué servicios no necesitan una derivación?

No se necesita derivación para lo siguiente:

- Servicios de emergencia
- Servicios de salud conductual
- Servicios oftalmológicos de rutina
- Servicios de atención dental de rutina
- Atención obstétrica o ginecológica

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Si desea una segunda opinión, llame a Servicios para Miembros. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red si no hay un proveedor de la red disponible. Le recomendamos solicitar una segunda opinión en los siguientes casos:

1. Recibió un diagnóstico o instrucciones de su proveedor que usted considera incorrectos o incompletos.
2. Su proveedor le indicó que necesita cirugía.
3. Ha hecho lo que le indicó el médico, pero no mejora. Cuando vaya a su consulta, infórmele al médico que busca una segunda opinión.

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual, mental o con el alcohol o las drogas?

El plan de Community Health cubre servicios de atención para el consumo de sustancias y la salud conductual que sean médicamente necesarios. Si tiene algún problema con las drogas o está angustiado por algo, puede recibir ayuda. También puede solicitar ayuda llamando a Servicios para Miembros al 1.888.435.2850. No necesita una derivación para estos servicios. Habrá personas que pueden hablarle en inglés o en español. Si necesita ayuda con otros idiomas, pídale. Servicios para Miembros lo comunicará con Language Line y responderá a sus preguntas. Llame al TTY 7-1-1, para personas sordas y con dificultades auditivas.

En caso de emergencia, siga las instrucciones que le dé su centro de enfermería. El personal del centro se comunicará con las autoridades correspondientes para coordinar el transporte u otros servicios de emergencia.

¿Necesito una derivación?

No necesita ver antes a su proveedor de atención primaria ni pedirle una derivación. 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, llame a Community Health Choice. Llame sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Community Health Choice cumple lo establecido por la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicciones (MHPAEA). Hacemos revisiones para asegurarnos de que los requisitos para recibir beneficios de salud mental sean iguales y no más restrictivos que para recibir beneficios médicos.

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la gestión de casos específicos de salud mental?

Los servicios de rehabilitación para la salud mental forman parte de un programa comunitario. Estos servicios se brindan a personas con trastornos de salud mental. Aprenderá habilidades nuevas. Estas habilidades nuevas aprovechan sus fortalezas y sus capacidades y lo ayudarán durante una crisis. Su proveedor de salud mental evaluará si necesita estos servicios. Estos servicios podrían brindarse con otros servicios de salud mental. La gestión de casos específico de salud mental es un programa comunitario. Estos servicios se brindan a personas con trastornos de salud mental.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Puede obtener estos servicios especiales en su autoridad local de salud mental o en la Asociación de Salud Mental y Retraso Mental (MHMRA). Existen requisitos especiales para estos servicios.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid cubre la mayoría de los medicamentos que su médico le indica. Su médico emitirá una receta y se la enviará por llamada, fax o por medios electrónicos al centro de enfermería para que ellos la pidan, surtan, dispensen y se lo administren.

¿Qué pasa si también tengo Medicare?

Medicare o su plan de salud de Medicare pagan los servicios antes que Community Health Choice. Community Health Choice podría cubrir algunos servicios que no están cubiertos por Medicare para los miembros de STAR+PLUS. Los medicamentos recetados están cubiertos a través del programa de Medicamentos de Proveedores de Medicaid o de la Parte D de Medicare.

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

Tenemos muchas farmacias en nuestra red. Para consultar la lista completa, diríjase a nuestro sitio web: www.CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un médico) > Products (Productos) > Find a Pharmacy (Buscar una farmacia). También puede solicitar ayuda a Servicios para Miembros llamando al 713.295.2300 o sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711. Si va a una farmacia que no pertenece a nuestra red, no cubriremos su receta, y usted deberá pagar el precio completo.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Si va a la farmacia, debe llevar lo siguiente:

- La(s) receta(s) o los frascos de medicamento.
- Su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice o la de identificación del plan de Medicare.
- Su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits.

¿Qué debo hacer para que me envíen los medicamentos a domicilio?

Algunas farmacias de nuestra red realizan envíos a domicilio. Para saber qué farmacias hacen envío a domicilio, visite nuestro sitio web www.CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un médico) > Find a Pharmacy (Buscar una farmacia). También puede solicitar ayuda llamando sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.435.2850 TTY 711.

¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Community Health Choice colaborará con usted, con el centro de enfermería y con la farmacia para asegurarse de que reciba el medicamento que necesita. Si tiene problemas para conseguir sus medicamentos, llámenos al 1.888.435.2850 (711) o llame al TTY: 7-1-1 para personas sordas y con dificultades auditivas.

¿Qué debo hacer si no consigo que me aprueben el medicamento que me recetó mi médico?

Si no se puede contactar a su médico para que apruebe una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia de tres días de sus medicamentos.

Llame a Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711 para obtener ayuda con el suministro y resurtido de sus medicamentos.

¿Qué debo hacer si pierdo mis medicamentos?

Si pierde o le roban el medicamento, pídale al centro que llame a Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711 para que le den instrucciones sobre lo que debe hacer.

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

¿Necesito una derivación para esto?

No necesita una derivación. Encontrará las ubicaciones de proveedores de planificación familiar cerca de usted en Healthy Texas Women: <https://www.healthytexaswomen.org/> o puede llamar sin cargo a Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711 para que lo ayuden a buscar un proveedor de planificación familiar.

¿Dónde busco un proveedor de servicios de planificación familiar?

Para buscar las ubicaciones de proveedores de planificación familiar cerca de su domicilio, visite <http://www.dshs.texas.gov/famplan>, o llame a Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711 para que lo ayuden a buscarlas.

¿Qué es la coordinación de servicios?

Es un proceso para la atención y los servicios especializados que incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Identificar de las necesidades físicas, mentales o a largo plazo del miembro.
- Abordar cualquier necesidad única del miembro que pudiera mejorar los resultados y la salud o el bienestar.

- Asistir al miembro para garantizar el acceso oportuno y coordinado a una gama de servicios o a los servicios elegibles cubiertos por Medicaid.
- Asociarse con el centro de enfermería para garantizar los mejores resultados posibles para la salud y la seguridad del miembro.
- Coordinar la prestación de los servicios para los miembros que están en una etapa de transición para volver a vivir en la comunidad.

¿Qué hace por mí el coordinador de servicios?

La coordinación de servicios es un servicio que le brinda Community Health Choice para ayudarlo con la salud y el bienestar. El coordinador de servicios revisará sus necesidades de atención médica y lo ayudará a hacer planes para satisfacerlas. El coordinador de servicios puede ayudarlo con lo siguiente:

- Programar la atención con su proveedor de atención primaria
- Ayudar con servicios y apoyos médicos, de salud conductual y a largo plazo
- Resolver problemas relacionados con la atención médica o los proveedores
- Encontrar maneras para que pueda vivir en su casa o en otros entornos comunitarios
- Explicarle las opciones de servicios y colocación
- Alentarlo a participar en su atención

¿Cómo puedo comunicarme con un coordinador de servicios?

Para comunicarse con su coordinador de servicios, llame a Servicios para Miembros al 1.888.435.2850. Llame al TTY: 7-1-1 para personas sordas y con dificultades auditivas.

¿Qué servicios de transporte brinda Community Health Choice?

SERVICIOS DE TRANSPORTE DE Community Health Choice PARA RESIDENTES EN CENTROS DE ENFERMERÍA

¿Qué servicios de transporte se ofrecen?

El centro de enfermería es responsable de proporcionar servicios de transporte de rutina en casos que no sean emergencias. Si es médicamente necesario, Community Health Choice brinda transporte en ambulancia que no es de emergencia para los miembros que necesiten este servicio.

¿Cómo obtengo este servicio?

Para obtener el transporte en ambulancia que no es de emergencia, el proveedor debe comunicarse con Community Health Choice para pedir una autorización para estos servicios.

¿Qué servicios se ofrecen?

Para obtener el transporte en ambulancia que no es de emergencia, el proveedor debe comunicarse con Community Health Choice para pedir una autorización para estos servicios.

¿A quién llamo para solicitar transporte para una cita médica?

Llame a Access2Care sin cargo al 1.844.572.8194 o programe su viaje a través de la aplicación para miembros de Access2Care (A2C). Descargue la aplicación desde su tienda de aplicaciones.

Debe solicitar los servicios de Access2Care lo antes posible y con una antelación mínima de dos días hábiles antes de necesitarlos. En determinadas circunstancias, puede solicitar el servicio de Access2Care con menos tiempo de antelación. Algunos ejemplos de esas circunstancias: ser recogido después del alta hospitalaria, ir a la farmacia a recoger medicamentos o suministros médicos aprobados y viajes por urgencias. Una urgencia es una afección médica que no es una emergencia, pero es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento en 24 horas.

Si se cancela la cita médica, debe notificar a Access2Care antes del viaje aprobado y programado.

¿Cómo obtengo servicios de atención de la vista?

Llame al proveedor de servicios de la visión que aparece en la página 3, "Números de teléfono importantes".

¿Puedo tener un intérprete cuando hable con mi médico?

Sí.

¿A quién debo llamar para acceder a un intérprete?

Llame a Community Health Choice sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711 para programar los servicios de un intérprete.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

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

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

Llame a Community Health Choice sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711 para programar los servicios de un intérprete.

¿Qué debo hacer si necesito atención obstétrica o ginecológica?

Community Health Choice le permite elegir cualquier ginecólogo u obstetra, independientemente de si el profesional en cuestión pertenece a la misma red que su proveedor de atención primaria.

¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo?

Tiene derecho a elegir un ginecólogo u obstetra sin una derivación de su proveedor de atención primaria. Un ginecólogo u obstetra puede brindarle lo siguiente:

- Un chequeo de rutina para la mujer al año.
- Atención relacionada con el embarazo.
- Atención para cualquier afección médica femenina.
- Derivación a un médico especialista dentro de la red.

¿Cómo elijo un obstetra o ginecólogo?

Puede obtener servicios de obstetricia o ginecología de su médico. También puede elegir un obstetra o ginecólogo especialista que atienda sus necesidades de salud femenina. El obstetra o ginecólogo puede ayudar con la atención durante el embarazo, los chequeos anuales o si tiene problemas femeninos. Si necesita ayuda para encontrar un obstetra o ginecólogo de la red de Community Health Choice o si le gustaría solicitar el Directorio de Proveedores de Community Health Choice, puede llamar al 1.888.435.2850. Llame al TTY: 7-1-1 para personas sordas y con dificultades auditivas.

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

Sí, tiene acceso directo. Sin embargo, le recomendamos que elija un ginecólogo u obstetra para contar con un médico que la atienda durante todo el embarazo y conozca sus necesidades de salud.

¿Necesitaré una derivación?

No.

¿Cuánto tiempo después de contactar a mi obstetra o ginecólogo para una cita podrán atenderme? (Los requisitos de acceso para la atención perinatal son dentro de las dos semanas desde que se hace la solicitud).

Su ginecólogo u obstetra debe atenderla dentro de los 14 días posteriores a su solicitud. La atención prenatal debe brindarse dentro de los 14 días posteriores a la solicitud, excepto en el caso de embarazos de alto riesgo o nuevas miembros que cursan el tercer trimestre de embarazo, para quienes se debe ofrecer una cita dentro de los cinco días o inmediatamente si existe una emergencia.

¿Puedo mantener mi obstetra o ginecólogo si no pertenece a Community Health Choice?

Sí, si pasó a ser elegible para Medicaid en los últimos tres meses de su embarazo, puede continuar con su obstetra o ginecólogo actual. Si su ginecólogo u obstetra no forma parte de nuestra red, infórmenos para que podamos intentar colaborar con el proveedor y garantizar que pueda seguir atendiéndola. Solo puede atenderse con médicos y parteras que sean proveedores de Medicaid de Texas.

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

Si no ha designado a una persona que pueda tomar decisiones en su nombre, su médico le pedirá a su familiar o amigo más cercano que esté disponible que lo ayude a decidir qué es lo mejor para usted. Como posiblemente no todos concuerden en cuál es el tratamiento más adecuado para usted, es útil que indique con antelación qué desea que suceda si no puede expresarse por sí mismo.

¿Qué son las instrucciones anticipadas?

Las instrucciones anticipadas son documentos legales que le permiten indicar si acepta o rechaza determinados tratamientos médicos si se enferma demasiado como para expresarse por sí mismo. Estos documentos pueden ayudar a su familia a decidir qué hacer por usted para quitarles la presión de tomar la decisión. También ayudan al médico a brindarle atención de acuerdo a sus deseos.

¿Cómo obtengo un documento de instrucciones anticipadas?

Solicite a su médico los formularios para instrucciones anticipadas. Si necesita más información, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.435.2850 TTY 711.

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la recupera dentro de los seis (6) meses, recibirá sus servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura de Medicaid. También tendrá el mismo proveedor de atención primaria que tenía antes.

¿Qué debo hacer si recibo una factura del centro de enfermería?

No debería recibir una factura por los beneficios cubiertos por Medicaid.

¿Con quién debo comunicarme?

Si recibe una factura, llame al centro de enfermería e infórmeles que es miembro de Medicaid de Community Health Choice y que no es responsable de la factura.

¿Qué información necesitarán?

Necesitarán la información que figura en su tarjeta de identificación de miembro y la que figura en la factura. Si el problema persiste, llame al Departamento de Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711.

¿Qué es el ingreso aplicado y cuáles son mis responsabilidades?

Son los ingresos personales del miembro que debe proporcionar al centro de enfermería como parte de su responsabilidad de costo compartido como beneficiario de Medicaid.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Cada vez que Medicaid reciba una factura del centro de enfermería, el miembro debe entregarle su ingreso aplicado al centro. El monto se determina en función del monto total de ingresos mensuales dividido la cantidad de días que el miembro reside en el centro cada mes. El miembro puede quedarse con \$60 para sus necesidades personales.

¿Puede enviarme mi proveedor de Medicare una factura por servicios o suministros si tengo tanto Medicare como Medicaid?

No pueden enviarle una factura de costos compartidos de Medicare, que incluye los deducibles, el coseguro y los copagos que están cubiertos por Medicaid. A partir del 1 de septiembre de 2025, Community Health Choice pagará por una parte de sus beneficios de atención por un cuadro agudo. Estos son beneficios que usted ya posee, coordinados a través de Community Health Choice y pagados por Medicaid tradicional (pago por servicio). A partir del 1 de septiembre de 2025, Community Health Choice será quien pague por estos servicios, en lugar de Medicare tradicional (pago por servicio). Continuará recibiendo sus beneficios de atención a largo plazo a través de Community Health Choice. No hay cambios en sus costos ni en la cobertura de Medicare o Medicaid.

¿Qué debo hacer si me mudo?

En cuanto tenga su nueva dirección, proporciónela a la oficina local de beneficios de la HHSC y al Departamento de Servicios para Miembros de Community Health Choice llamando sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711. Antes de recibir

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 la HHSC cambie su dirección.

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

Medicaid y seguros privados

Debe informar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro médico privado que tenga. Debe llamar a la línea directa de recursos externos de Medicaid y actualizar su expediente de Medicaid en los siguientes casos:

- Su seguro médico privado se cancela.
- Obtiene una nueva cobertura de seguro.
- Tiene preguntas generales sobre seguros de terceros.
- Puede llamar a la línea directa sin cargo al 1.800.846.7307.

Si tiene otro seguro, es posible que aún pueda calificar para Medicaid. Al informar al personal de Medicaid sobre su otro seguro médico, ayuda a garantizar que Medicaid solo pague lo que su otro seguro no cubre.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a brindarle servicios porque tenga un seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también deben presentar la documentación ante su compañía de seguro médico privado.

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

DERECHOS DE LOS MIEMBROS:

1. Usted tiene derecho al respeto, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación. Eso incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Ser tratado de manera justa y respetuosa.
 - b. Saber que su historia clínica y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán privadas y confidenciales.
2. Tiene derecho a una oportunidad razonable para elegir un plan de atención médica y un proveedor de atención primaria, que es el médico o proveedor de atención médica que consultará con mayor frecuencia y quien coordinará su atención. Tiene derecho a cambiar de plan o proveedor de manera razonablemente sencilla. Eso incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Que le expliquen cómo elegir y cambiar su plan de salud y su proveedor de atención primaria.
 - b. Elegir cualquier plan de salud que esté disponible en su zona y elegir su proveedor de atención primaria de ese plan.
 - c. Cambiar su proveedor de atención primaria.
 - d. Cambiar de plan de salud sin pagar una multa.
 - e. Que le expliquen cómo cambiar su plan de salud o su proveedor de atención primaria.
3. Tiene derecho a hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier aspecto que no entienda. Eso incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Que su proveedor le explique sus necesidades de atención médica y le informe sobre las diferentes maneras en que pueden tratarse sus problemas de salud.
 - b. Que le expliquen por qué se le denegaron o no se le brindaron los servicios o la atención.
 - c. Que le proporcionen información sobre su plan de salud, sus servicios y sus proveedores.
 - d. Que le informen sobre sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento y a participar activamente en las decisiones al respecto. Eso incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es la más adecuada para usted.
 - b. Aceptar o rechazar la atención recomendada por su proveedor.
5. Tiene derecho a utilizar todos los procesos de quejas y apelaciones disponibles a través de la organización de atención médica administrada y de Medicaid, y a recibir una respuesta oportuna a sus quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales estatales. Eso incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o ante el programa estatal de Medicaid sobre su atención médica, su proveedor o su plan de salud.

- b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Utilizar el proceso de apelación del plan y que le indiquen cómo usarlo.
 - d. Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal únicamente al programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funcionan esos procesos.
 - e. Solicitar una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa al programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a acceder de forma oportuna a una atención médica sin barreras de comunicación ni acceso físico. Eso incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para recibir cualquier atención de emergencia o urgencia que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Eso incluye acceso sin barreras para personas con discapacidades u otras afecciones que limiten la movilidad, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).
 - d. Contar con intérpretes, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y al hablar con su plan de salud. Los intérpretes son personas que pueden hablar en su idioma nativo, ayudar a una persona con discapacidad o ayudarlo a comprender la información.
 - e. Recibir información que pueda comprender sobre las normas de su plan de salud, incluso los servicios de atención médica que puede obtener y cómo obtenerlos.
 7. Tiene derecho a no ser restringido ni aislado por conveniencia de otra persona, ni con la intención de obligarlo a hacer algo que usted no desea ni a modo de castigo.
 8. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otros terceros que lo atienden pueden asesorarlo sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedirles que le brinden esta información, ni siquiera si la atención o el tratamiento no está cubierto.
 9. Tiene derecho a saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros no pueden exigirle copagos ni ningún otro monto por los servicios cubiertos.
 10. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros de su plan de salud.

RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS:

1. Usted debe conocer y comprender cada uno de los derechos que tiene en virtud del Programa Medicaid. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Conocer y comprender sus derechos en virtud del programa Medicaid.
 - b. Hacer preguntas si no comprende sus derechos.
 - c. Conocer las opciones de planes de salud disponibles en su zona.
2. Debe cumplir con las políticas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Conocer y seguir las normas de su plan de salud y de Medicaid.
 - b. Elegir su plan de salud y su proveedor de atención primaria con rapidez.
 - c. Realizar cualquier cambio en su plan de salud y en su proveedor de atención primaria según lo establecido por Medicaid y el plan de salud.
 - d. Asistir a sus citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación si no puede asistir.
 - f. Comunicarse siempre primero con su proveedor de atención primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Obtener la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de acudir a un especialista.

- h. Comprender cuándo acudir a la sala de emergencias y cuándo no.
- 3. Debe compartir información sobre su salud con su proveedor de atención primaria y conocer las opciones de servicios y tratamientos. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y hacer preguntas sobre las diferentes maneras en que pueden tratarse sus problemas de salud.
 - c. Ayudar a sus proveedores a obtener su historia clínica.
- 4. Debe participar en las decisiones relacionadas con las opciones de servicios y tratamientos, tomar decisiones personales y tomar medidas para mantenerse saludable. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es la más adecuada para usted.
 - b. Comprender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud.
 - c. Hacer todo lo posible por mantenerse sano.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor sobre todos sus medicamentos.

Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) al número gratuito 1.800.368.1019. También puede consultar información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea en www.hhs.gov/ocr.

Proceso para presentar quejas

¿Qué debo hacer si tengo una queja?

¿Qué debo hacer si tengo una queja sobre mi atención médica, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan de salud?

Queremos ayudar. Si tiene alguna queja, llámenos sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711 para informarnos sobre su problema. Un asesor de Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarlo a presentar una queja. Llame al 1.888.435.2850 TTY 711. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato, o a lo sumo, en unos pocos días.

Una vez que haya completado el proceso de quejas de Community Health Choice, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (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
(Equipo de Asistencia para la Atención Gestionada del Defensor del Pueblo)
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247**

Si puede acceder a Internet, puede presentar su queja en hhs.texas.gov/managed-care-help.

¿Con quién debo comunicarme?

Queremos ayudar. Si tiene alguna queja, llámenos sin cargo al 1.888.435.2850 para hacernos saber su problema. Un asesor de Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarlo a presentar una queja. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato, o a lo sumo, en unos pocos días.

Una vez que haya completado el proceso de quejas de Community Health Choice, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando sin cargo al 1.866.566.8989. Si desea presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una queja?

Sí. Un asesor de Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarlo a presentar una queja. Solo debe llamarnos sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato, o a lo sumo, en unos pocos días.

También puede escribir una carta o solicitar un “Formulario de Quejas”, que deberá completar y enviarnos para una pronta resolución.

Envíe su queja a la siguiente dirección:

Community Health Choice Texas, Inc.
Service Improvement
(Mejora del Servicio)
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, TX 77081
Fax: 713.295.7036

¿Cuánto tiempo tardará en procesarse mi queja?

Puede presentar una queja en cualquier momento. Le enviaremos una carta y un Formulario de Quejas dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que recibamos su queja. Así sabrá que la recibimos. Le enviaremos una carta de resolución dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha en que recibamos su queja. Respondemos las quejas sobre atención de emergencia en un día hábil. Respondemos las quejas sobre denegaciones de continuación de internaciones en un día hábil.

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

No existe un límite de tiempo para presentar una queja. Community Health Choice le enviará una carta informándole qué hicimos respecto de su queja.

- Información sobre cómo presentar una queja ante la HHSC, una vez que terminé el proceso de queja en Community Health Choice.

Proceso de apelación

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero Community Health Choice lo niega o lo limita?

Si no se aprueba un servicio cubierto que usted solicita o si se niega el pago en su totalidad o en parte, Community Health Choice le enviará una carta. Si no está conforme con nuestra decisión, puede llamar a Community Health Choice en un plazo de 60 días desde la fecha en la que recibió nuestra carta. Debe apelar en un plazo de 10 días hábiles desde la fecha de la carta, o de la fecha de entrada en vigencia de la medida mencionada en la carta, a fin de garantizar que no se interrumpen los servicios. Puede apelar enviando una carta a Community Health Choice, enviando por correo el formulario de apelaciones incluido en la carta que recibió, o llamando a Community Health Choice. Puede pedir una extensión de hasta 14 días adicionales para su apelación. Community Health Choice puede tomarse tiempo adicional con su apelación si es conveniente para usted. En ese caso, Community Health Choice le informará por escrito el motivo del retraso. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir ayuda con su apelación. Si llama a Servicios para Miembros, lo ayudaremos a presentar una apelación. Luego, le enviaremos una carta y le pediremos a usted o alguien que actúe en su nombre que firme un formulario.

¿Cómo sabré si se deniegan los servicios?

Si se niega, demora, limita o interrumpe un servicio cubierto que solicita su proveedor de atención, Community Health Choice le enviará una carta.

- Plazos para el proceso de apelaciones: Community Health Choice debe completar la totalidad del proceso de apelación estándar en un plazo de 30 días desde que recibe la primera solicitud oral o escrita de una apelación. Este plazo se puede extender hasta 14 días a pedido de un miembro; o si Community Health Choice demuestra que se necesita más información e indica cómo la demora beneficia al miembro. Si Community Health Choice necesita extender la solicitud, el miembro debe recibir una notificación por escrito del motivo de la demora.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Como miembro, tiene derecho a solicitar una apelación si no está de acuerdo con la respuesta de Community Health Choice

o si cree que cometimos un error al denegar los servicios médicos que solicitó. Puede solicitar una apelación o llamar a Servicios para Miembros de Community Health Choice para que lo ayuden a redactar su apelación y presentarla ante el Departamento de Apelaciones Médicas.
Llame a Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711 o envíe su apelación a la siguiente dirección:

Community Health Choice, Inc.
A la atención de: Medical Affairs-Medical Appeals Department
(Asuntos Médicos, Departamento de Apelaciones Médicas)
4888 Loop Central Drive, Suite. 600, Houston, TX 77081
Teléfono: 713.295.2300 o sin cargo al 1.888.435.2850
Fax: 713.295.7033

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

Community Health Choice Texas, Inc. A la atención de: Medical Affairs-BH Appeals
(Asuntos Médicos, Apelaciones de salud conductual)
P.O. Box 1411
Houston, TX 77230
713.295.2300 o sin cargo al 1.888.435.2850 o TTY 7-1-1
Fax: 713.576.0394. A la atención de: BH Appeals Coordinator
(Coordinador de apelaciones de salud conductual)

Puede solicitar una apelación si se niega el pago de los servicios, ya sea en forma total o parcial. Si solicita una apelación dentro de los 10 días posteriores a la recepción del aviso de la denegación del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado o reducido, al menos hasta que se tome la decisión final de la apelación. Si usted no solicita una apelación dentro de 10 días de la recepción del aviso de la denegación, el servicio del plan de salud será interrumpido.

- Debe incluirse un aviso al miembro que indique que, a fin de garantizar la continuidad de los servicios actuales autorizados, el miembro debe presentar una apelación a más tardar en la última de las siguientes fechas: 10 días después del envío por correo del aviso de la medida de Community Health Choice o la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida propuesta.
- Las apelaciones se aceptan de forma oral o escrita.

¿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 por la denegación de servicios médicos.

Solo debe llamarnos sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato, o a lo sumo, en unos pocos días.

- El miembro tiene la opción de solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal a más tardar 120 días después de la fecha en que Community Health Choice envíe por correo la notificación de la decisión de apelación.
- El miembro tiene la opción de solicitar únicamente una audiencia imparcial estatal a más tardar 120 días después de la fecha en que Community Health Choice envíe por correo la notificación de la decisión de apelación.

Apelación acelerada a Community Health Choice

¿Qué es una apelación de emergencia?

Una apelación de emergencia se utiliza cuando el plan de salud tiene que tomar una decisión rápida en función de su estado de salud, y el tiempo que lleva el proceso de una apelación estándar podría poner en peligro su salud o su vida.

¿Cómo pido una apelación de emergencia?

Puede solicitar una apelación de emergencia a Community Health Choice de forma oral o escrita. Hágalo si considera que esperar la resolución de una apelación estándar podría poner en grave peligro la salud o la vida del miembro, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máxima funcionalidad.

¿Debo presentar mi solicitud por escrito?

No.

¿Cuáles son los plazos para una 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 la revisión de la solicitud de apelación de emergencia dentro de las 72 horas posteriores a la fecha y hora de recepción de toda la información necesaria para revisar la apelación. Community Health Choice le comunicará nuestra decisión por teléfono dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en que hayamos recibido toda la información necesaria para revisar la apelación. Le haremos saber nuestra decisión por correo dentro de los tres días hábiles posteriores a la determinación.

Recibirá una respuesta en el transcurso de un día hábil si se determina que su solicitud de apelación cumple con los criterios de emergencia y se dan las siguientes condiciones:

- Denegación de admisiones de emergencia y el miembro se encuentra hospitalizado.
- Afecciones potencialmente mortales.

Denegación de estancias prolongadas por la afección por la cual el miembro se encuentra hospitalizado.

¿Qué sucede si Community Health Choice deniega la solicitud de apelación de emergencia?

Si denegamos la solicitud de apelación de emergencia, se lo notificaremos en un plazo de dos días calendario.

Posteriormente, su solicitud se trasladará al proceso estándar de revisión de apelaciones médicas, y le enviaremos nuestra decisión por correo en un plazo de 30 días calendario.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

Llame a Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.435.2850 TTY 711 para hablar con un asesor de Servicios para Miembros que lo ayudará con su apelación o una apelación de emergencia.

Audiencia imparcial estatal

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con una decisión de apelación interna del plan de salud, tiene derecho a pedir una audiencia imparcial estatal. Puede designar a un representante comunicándose para informar el nombre de dicha persona. Su representante puede ser un proveedor. Si quiere objetar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta en la que el plan de salud indica su decisión de apelación interna para la decisión objetada. Si usted no pide la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días, perderá su derecho a solicitarla. Para solicitar una audiencia imparcial estatal, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud a la siguiente dirección: 4888 Loop Central Drive, Suite. 600, Houston, TX 77081 o llamar al 1.888.435.2850 TTY 711.

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 imparcial estatal. Para ello, debe solicitar una audiencia imparcial estatal antes de la última de las siguientes fechas: (1) 10 días calendario después de que el plan de salud le envió por correo el aviso de la medida, 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 estatal antes de esa fecha, el servicio del plan de salud será interrumpido. Si usted solicita una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información que le indicará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se realizan por teléfono. En ese momento, usted o su representante podrán explicar por qué usted 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 90 días a partir de la fecha en que usted haya solicitado la audiencia.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?

Si considera que esperar una audiencia imparcial estatal pondrá en grave peligro su salud o su vida, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máxima funcionalidad, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice.

Para calificar para una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interno de Community Health Choice.

Revisión médica externa

¿Puedo solicitar una revisión médica externa?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con una decisión de apelación interna del plan de salud Community Health Choice, tiene derecho a pedir una revisión médica externa en una audiencia imparcial estatal. Una revisión médica externa es un paso adicional opcional que usted puede tomar para que su caso sea revisado sin cargo antes de la audiencia imparcial estatal. Usted, su padre, madre, su representante autorizado o su representante legalmente autorizado (LAR) deben solicitar la revisión médica externa dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que el plan de salud envíe la carta con la decisión. Si usted no pide la revisión médica externa dentro de los 120 días, perderá su derecho a solicitarla. Para pedir una revisión médica externa, usted, su padre, su madre, su representante o su representante legalmente autorizado deben tomar alguna de las siguientes medidas:

- Completar el "Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial Estatal y Revisión Médica Externa" que se adjuntó al aviso de Community Health Choice para el miembro sobre la decisión de apelación interna y enviarlo por correo o fax a Community Health Choice utilizando la dirección o el número de fax que aparecen en la parte superior del formulario.
- Llamar a Community Health Choice al 1.888.435.2850 TTY 711.
- Enviar un correo electrónico a Community Health Choice a Appeals@communityhealthchoice.org.

Usted tiene el derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que su plan de salud haya rechazado o reducido, por lo menos hasta que se haga la revisión médica externa y se tome la decisión final en la audiencia imparcial estatal si usted lo solicitó, antes de la última de las siguientes fechas: (1) 10 días calendario después de que Community Health Choice le envié 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 la continuación de los beneficios antes de esa fecha, el servicio del plan de salud será interrumpido.

Usted puede retirar su solicitud para una revisión médica externa antes de que se asigne a una organización de revisión independiente (IRO) o mientras dicha organización la esté revisando. Una revisión médica externa no puede retirarse si una IRO ya la ha completado y ha tomado una decisión.

Una vez recibida la decisión de la revisión médica externa, usted tiene derecho a retirar su solicitud de audiencia imparcial estatal. Puede retirar su solicitud de audiencia imparcial estatal de forma oral o por escrito; para hacerlo, debe contactar al oficial de audiencias indicado en el Formulario 4803, Notificación de Audiencia.

Si el miembro continúa con la audiencia imparcial estatal y la decisión de esta difiere de la decisión de la organización de revisión independiente, la decisión de la audiencia imparcial estatal será la definitiva. La decisión de la audiencia imparcial estatal solo puede ser de mantener o aumentar los beneficios del miembro derivados de la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si considera que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su salud o su vida, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máxima funcionalidad, usted, su padre o madre, o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice. Para calificar para una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interno de Community Health Choice.

Denunciar maltrato, negligencia y explotación

¿Cómo informo una sospecha de maltrato, negligencia o explotación?

Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad, lo que incluye no sufrir maltrato, negligencia ni explotación.

¿Qué son el maltrato, la negligencia y la explotación?

El **maltrato** es el daño mental, emocional, físico o sexual, o el no impedir que esto suceda.

La **negligencia** se produce cuando hay privación de alimentos, deshidratación, administración excesiva o insuficiente de medicamentos, condiciones de vida insalubres, etc. La negligencia también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La **explotación** es el uso indebido de los recursos de una persona para beneficio personal o monetario. Puede incluir el uso de cheques del Seguro Social o del Ingreso Complementario del Seguro Social (SSI), uso abusivo de una cuenta de cheques conjunta y la toma de propiedad y de otros recursos.

Denunciar maltrato, negligencia y explotación

La ley exige que informe cualquier sospecha de maltrato, negligencia o explotación, entre ellos el uso no aprobado de elementos de sujeción o aislamiento por parte de un proveedor.

Ante una situación de emergencia o que ponga en peligro la vida, llame al 9-1-1.

Denuncias telefónicas (si no es una emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Informe al Departamento de Servicios para Personas de Edad Avanzada y con Discapacidad (DADS) llamando al 1.800.647.7418 si la persona que sufre el maltrato, la negligencia o explotación vive en uno de los siguientes entornos (o recibe servicios de ellos):

- centro de enfermería;
- centro de vivienda asistida;
- centro de cuidado diurno de adultos;
- proveedor con licencia de cuidado sustituto para adultos; o
- Agencia de Servicios de Apoyo Domiciliarios y Comunitarios (HCSSA) o agencia de atención domiciliaria.

La sospecha de maltrato, negligencia o explotación por parte de una HCSSA también debe informarse al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS).

Denuncie cualquier otra sospecha de maltrato, negligencia o explotación al DFPS llamando al 1.800.252.5400.

Denuncias electrónicas (si no es una emergencia):

Visite <https://txabusehotline.org>. Es un sitio web seguro. Tendrá que crear una cuenta protegida por contraseña y hacerse un perfil.

Información útil para presentar una denuncia

Si denuncia un incidente de maltrato, negligencia o explotación, es útil proporcionar los nombres, las edades, las direcciones y los números de teléfono de todas las personas involucradas.

Información sobre fraude

¿Desea denunciar malgasto, abuso o fraude?

Infórmenos si cree que un médico, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está haciendo algo indebido. Hacer algo indebido podría representar malgasto, abuso o fraude, lo cual es ilegal. Estos son algunos ejemplos de acciones indebidas que usted podría informarnos:

- Recibir pagos por servicios que no se prestaron o que no eran necesarios.
- Mentir sobre una afección médica para obtener tratamiento médico.
- Permitir que otra persona use su identificación de Medicaid.
- Usar la identificación de Medicaid de otra persona.
- Mentir sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, elija una de estas opciones:

- Llame a la línea directa de la Oficina del Inspector General (OIG) al 1.800.436.6184.
- Visite <https://oig.hhs.texas.gov/> y haga clic en "Report Fraud" (Denunciar fraude) para completar el formulario en línea.
- También puede presentar una denuncia directamente ante su plan de salud:
 - Community Health Choice
 - 4888 Loop Central Drive, Suite. 600, Houston, TX 77081
 - 1.888.435.2850 TTY 711

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, recopile la mayor cantidad de información posible.

- Al denunciar a un proveedor (médico, dentista, consejero, etc.), debe incluir la siguiente información:
 - Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
 - Nombre y dirección del centro (hospital, residencia de ancianos, agencia de atención domiciliaria, etc.)
 - Número de Medicaid del proveedor y del centro, si lo tiene
 - Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
 - Nombre y número de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
 - Fechas de los eventos
 - Resumen de lo sucedido

Al denunciar sobre alguien que recibe beneficios, debe incluir la siguiente información:

- Nombre de la persona
- Fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o número de caso, si lo tiene
- Ciudad donde reside la persona
- Detalles específicos del malgasto, abuso o fraude

Información que debe estar disponible todos los años

- Como miembro de Community Health Choice, usted puede solicitar y recibir la siguiente información anualmente:
- Información sobre los proveedores de la red: como mínimo, médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicio. Esta información debe incluir nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas que habla cada proveedor de la red (aparte del inglés), además de la identificación de los proveedores que no aceptan nuevos pacientes y, cuando corresponda, las cualificaciones profesionales de cada uno, la especialidad, la facultad de medicina a la que asistió, la residencia que completó y el estado de certificación de la junta médica.
- Cualquier límite a su libertad de elección entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de presentación de quejas, apelaciones, revisión médica externa y audiencias imparciales estatales.
- Información sobre los beneficios disponibles en el marco del programa Medicaid, como la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. El objetivo de esta información es asegurar que usted comprenda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, lo que incluye los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, lo que incluye servicios de planificación familiar, proveedores fuera de la red y los límites de dichos beneficios.
- Cómo obtener cobertura de emergencia, y los límites de dichos beneficios, lo que incluye lo siguiente:
 - Qué constituye una afección médica de emergencia, servicios de emergencia y servicios de posestabilización.
 - El hecho de que no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para servicios de atención de emergencia.
 - En caso de emergencia, siga las instrucciones que le dé su centro de enfermería. El personal del centro se comunicará con las autoridades correspondientes para coordinar el transporte u otros servicios de emergencia.
 - Las direcciones de lugares donde los proveedores y hospitales presten servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración que indique que usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otro entorno para atención de emergencia.
 - Normas de posestabilización.
 - Política sobre derivaciones para atención especializada y otros beneficios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria.
 - Pautas de práctica de Community Health Choice.

ASISTENCIA CON EL IDIOMA

La ley federal exige a Community Health Choice, Inc. proporcionar la siguiente información.



DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN (HHS)

Community Health Choice, Inc. (Community) cumple las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Community no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Community proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para comunicarse de forma eficaz con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros). Community proporciona servicios gratuitos en distintos idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita ese tipo de servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Community Inc. al 1.888.435.2850. Si usted considera que Community no le ha provisto esos servicios o que usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja.

Usted puede presentar una queja en persona, por correo, por fax o por correo electrónico:

Service Improvement Department

4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, TX 77081

Teléfono: 1.888.435.2850 TTY 711

Fax: 713.295.7036

Correo electrónico:

ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

También puede presentar una queja relacionada con derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La queja puede presentarse por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo electrónico o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

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

ASISTENCIA CON EL IDIOMA

La ley federal exige a Community Health Choice, Inc. proporcionar la siguiente información.



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1.888.435.2850。

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 1.888.435.2850.

Gujarati આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજી અને કવરેજ વિશે 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 વિના તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1.888.435.2850 પર કોલ કરો.

Japanese この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。1.888.435.2850までお電話ください。

Laotian ບັນຊີແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ບັນຊີແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໜັກຫຼີການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ອອກຫາຂໍ້ມູນອັນທີ່ສໍາຄັນໃນບັນຊີແຈ້ງການນີ້ທ່ານຄວນຈະຕ້ອງປະຕິບັດພາຍໃນກໍານົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສະພາບຂອງທ່ານພາຍຫຼັງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສໍາຄັນນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ: 1.888.435.2850.

Russian Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии, предоставляемом 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: 1.888.435.2850.

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 1.888.435.2850.

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 1.888.435.2850.

ASISTENCIA CON EL IDIOMA

La ley federal exige a Community Health Choice, Inc. proporcionar la siguiente información.



Arabic

يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة. وتتعلق هذه المعلومات الهامة في الإشعار بخصط صوبك أو التغطية تحت التأمين الصحي Community Health Choice. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. ت دقحتجا لاتخذأ إجراءات تبيل مواديع محددة للحفاظ لعي تأمينك الصحي أو مستدعك في دفع التاكلفي. ليدك الحق في الحصلع لوى هذه المعلومات والمسلب ددعاغتك دون فلكت يأة. اتصلع لى 1.888.435.2850 .

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 1.888.435.2850.

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 1.888.435.2850.

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 खोजिये। आपको अपने स्वास्थ्य के कवरेज रखने के लिए या लागत की मदद के लिए निश्चित समय सीमा से करिवाई करने की जरूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में यह जानकारी और सहायता निःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.888.435.2850 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. 1.888.435.2850 로 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 یا 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 1.888.435.2850 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 1.888.435.2850.

Urdu

نیم سوئٹن سا. نیمہ نامعلوم ایم نیم سوئٹن سا Community Health Choice عے آپ کی درخواستیکے ذر نی صحت کے پے - ایہکیوں کو دخیرات ایم نیم سوئٹن سا - نیمہ نامعلوم علق اہتم حفظ سے تے کیمیب ای عرانی کورراک کت ونخیرات صاے آپ کو کچھ خیل د کے دم نیم تالاجراخ ای ار رکھنے رقرحفظ کو بت عے کے میب رب. بے لصاح فح اے کنرک لصاح فتم نیم نانی زبید کو ادم روا نامعلوم نآپ کو ا. نیی بٹکھوس ترورکی ض 1.888.435.2850. نیرک ہرابط

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? Envíelo por correo electrónico a CommunityAffairs@CommunityHealthChoice.org.



Notas

[illegible]

Notas

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Notas

[illegible]

Notas

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]

Notas

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

