



MARZO 2026

MANUAL DEL MIEMBRO DE STAR

www.CommunityHealthChoice.org

713.295.2294

1.888.760.2600

Community Health Choice Texas, Inc.



NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Información general

1.877.635.6736

De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado. Fuera del horario indicado o los sábados y domingos, deje su mensaje; le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

713.295.2222

Servicios para miembros

1.888.760.2600

De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado.

Acceda a su cuenta de miembro por Internet las 24 horas del día, los siete días de la semana. La información está disponible en inglés y en español.

713.295.2294

Si necesita un intérprete, llámenos. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya al hospital más cercano. También llame si necesita más información sobre farmacias y servicios odontológicos.

1.866.566.8989

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

1.877.787.8999

Intervención en la Primera Infancia

1.877.343.3108

Servicios para abuso de sustancias/salud conductual y línea directa para crisis de Community Health Choicee

Línea directa para crisis: Las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se dispone de información en inglés y en español. Si necesita un intérprete, llámenos. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya al hospital más cercano.

7-1-1

1.800.735.2989

Número TTY para personas con problemas de audición:

Servicios para Miembros
TTY para personas con problemas de audición del Equipo de Asistencia para la Atención Gestionada del Defensor del Pueblo (OMCAT)

Intervención en la Primera Infancia

1.888.332.2730

Línea de asesoramiento médico las 24 horas

Information is available in English and Spanish. 7-1-1 TTY for Hearing Impaired. Call us to get an interpreter. In case of an emergency, call 9-1-1 or go to the nearest hospital.

1.800.964.2777

Línea de ayuda del programa STAR de Medicaid

En caso de emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano.

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

www.CommunityHealthChoice.org

Transporte médico que no es de emergencia para STAR provisto por MTM Health

1.844.572.8194

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

Se dispone de información en inglés y en español.
Llame a MTM Health si necesita un intérprete.
Número TTY 711 para personas con problemas de audición.

En caso de emergencia, llame al 911 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

1.866.844.4251

Servicios dentales de valor añadido para miembros de Community de 21 años en adelante

FCL Dental

Servicios dentales de valor añadido para miembros de Community menores de 21 años

1.800.516.0165

DentaQuest

1.800.494.6262

MCNA Dental

1.800.822.5353

United Healthcare Dental Plan

Farmacia

Servicios para Miembros de Community Health Choice

1.888.760.2600

De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado.

En caso de emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano.

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

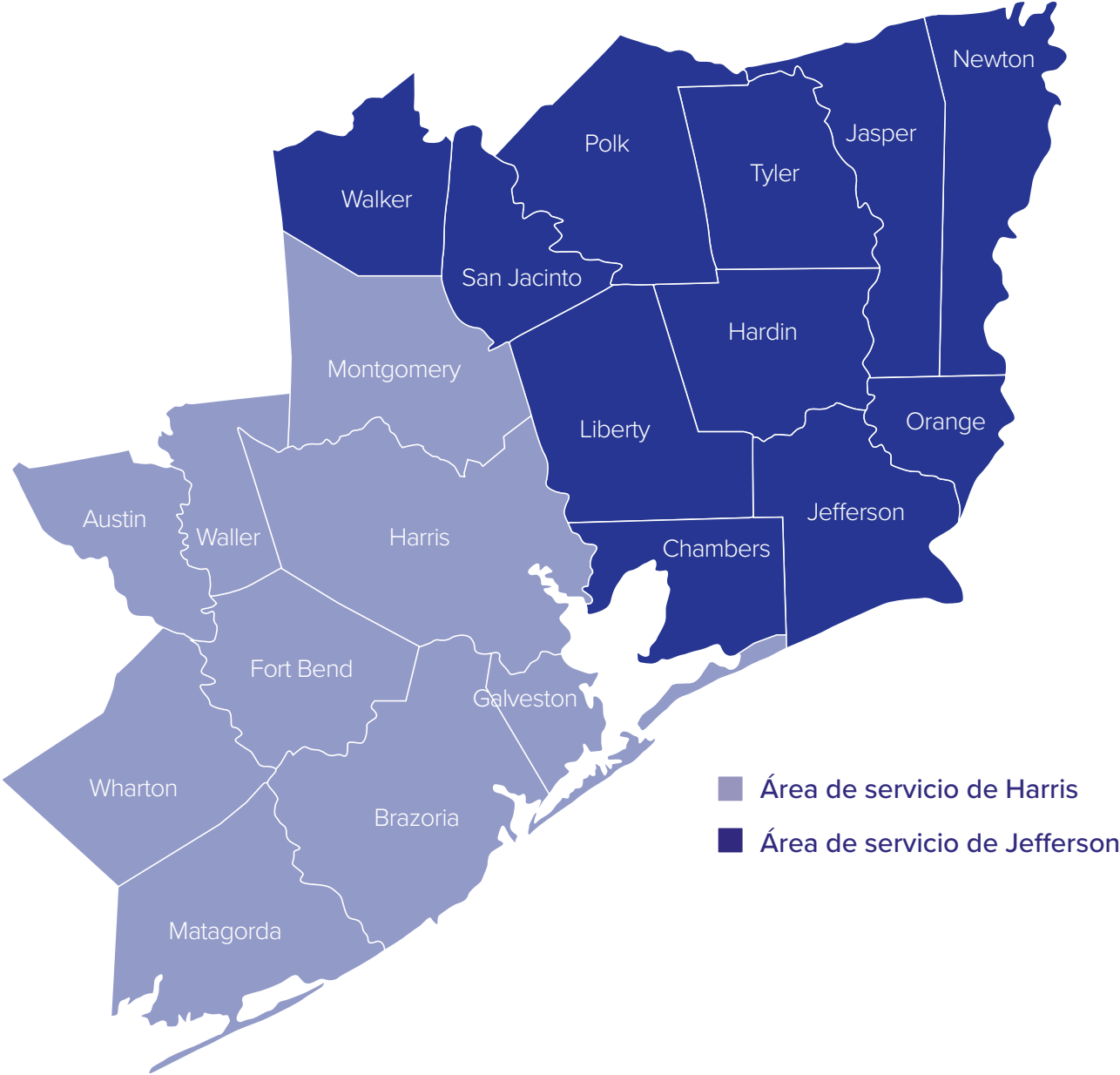
www.CommunityHealthChoice.org

Bienvenido a Community Health Choice

Si tiene necesidades especiales, dificultades para ver o habla en otro idioma, llame sin cargo a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. Le enviaremos esta información en un formato que usted pueda leer. Si necesita ayuda para entender este manual, podemos ofrecerle servicios de interpretación o traducción. Si necesita ayuda con lenguaje de señas, Community ofrece el servicio Sign Share. Si tiene dificultades para escuchar o hablar, llame a la línea TTY/TDD al 711 o sin costo al 1.800.735.2989. Si necesita otra ayuda u otros servicios, incluido material en formatos alternativos como letra grande o braille, comuníquese sin costo con la Oficina de Elegibilidad de la HHSC al 1.855.827.3748 o con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

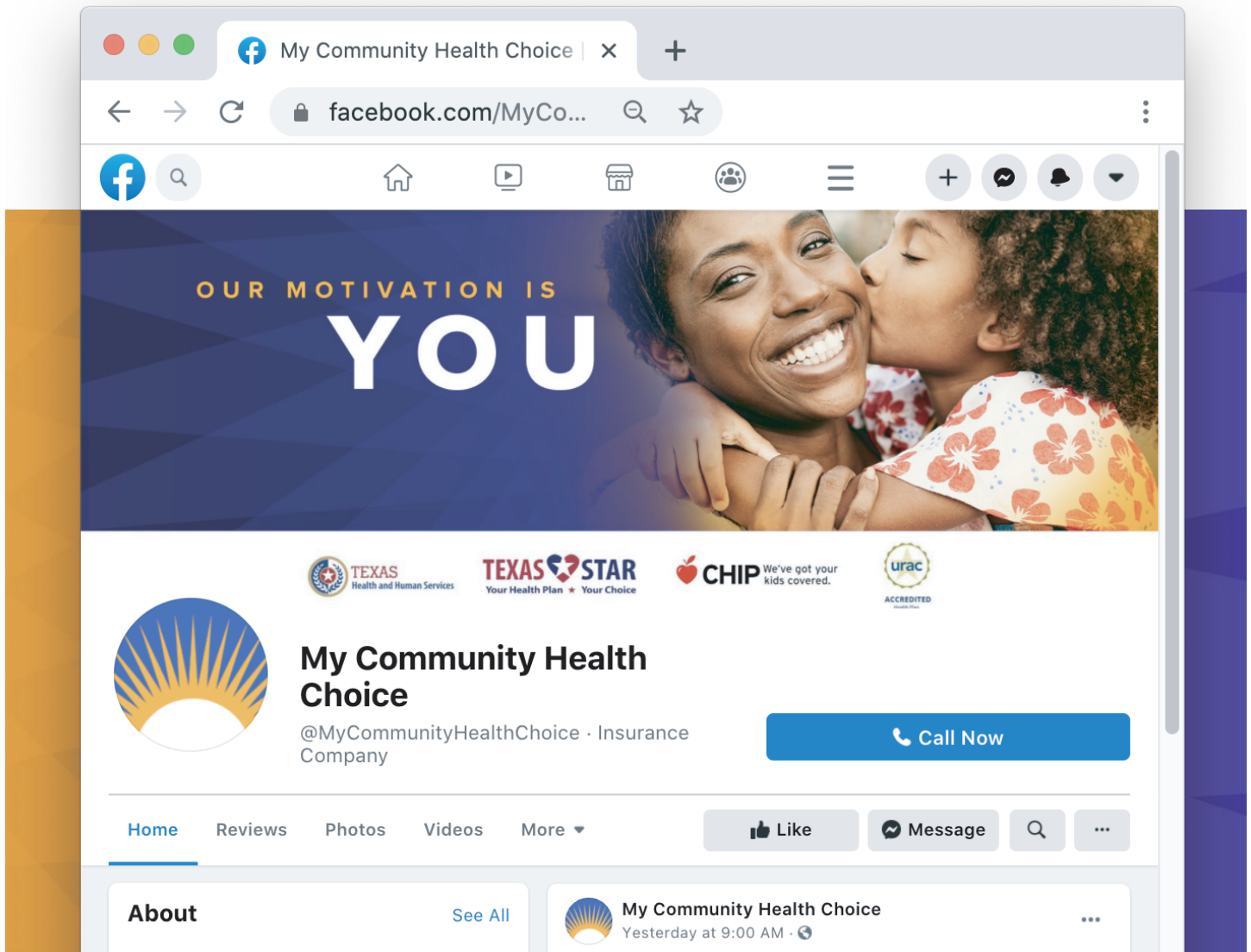
¿Necesita ayuda? Llame de lunes a viernes de 8:00 a. m. 6:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado. Acceda a su cuenta de miembro en línea las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Mapa del área de servicio



MY COMMUNITY HEALTH CHOICE

¡Una página de Facebook pensada para usted!



Community Health Choice tiene una página de Facebook exclusiva para los miembros de CHIP y Medicaid. En **My Community Health Choice** encontrará publicaciones sobre:

- Eventos para miembros
 - Cómo usar sus beneficios
 - Educación para la salud
 - Servicios sociales en sus comunidades
 - Actividades divertidas
 - Videos informativos y entretenidos de Community Now
- ¡Y mucho más!**

Siga a My Community Health Choice hoy mismo.

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

PROGRAMA DE BECAS

CareerReady

Community ofrece a estudiantes de último año de secundaria y a mujeres embarazadas la oportunidad de obtener una certificación laboral para impulsar su carrera. A las personas que acceden a las becas se las denomina becarios CareerReady.

Cada becario CareerReady cuenta con un Tutor de Vida que lo ayudará durante todo el proceso. Las becas CareerReady cubren los costos de la matrícula, las cuotas y los libros necesarios para obtener una certificación laboral en Houston Community College, San Jacinto College o un socio de capacitación laboral.

Requisitos para mujeres embarazadas:

- ✓ Usted o su bebé deben ser miembros actuales de Community Health Choice en los planes de salud STAR/Medicaid o CHIP.
- ✓ Debe tener entre 18 y 30 años.
- ✓ Contar con un diploma de secundaria o GED

Requisitos para estudiantes de último año de secundaria:

- ✓ Ser miembro actual de Community Health Choice en los planes de salud STAR/Medicaid o CHIP.
- ✓ Ser estudiante de último año de secundaria.

¿Tiene preguntas?

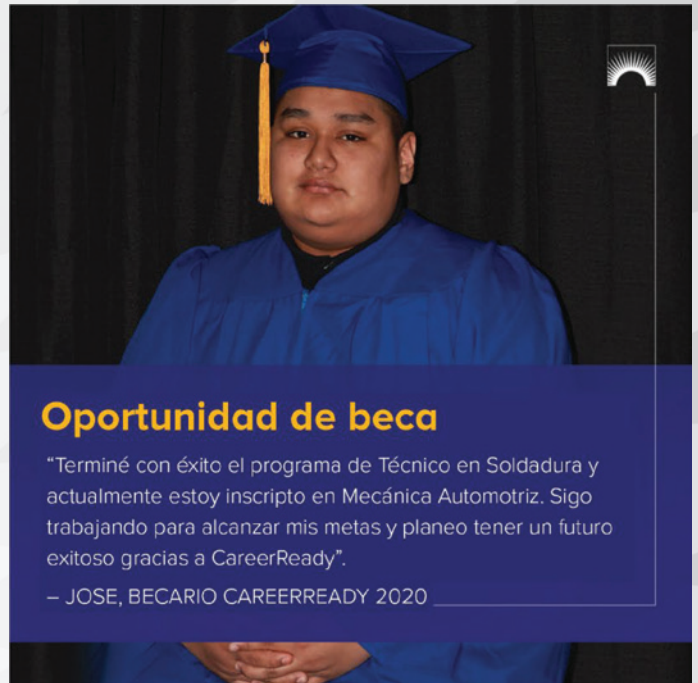
Envíe un correo electrónico a LifeServices@CommunityHealthChoice.org



Estudiantes de secundaria CareerReady



Miembros embarazadas CareerReady



Oportunidad de beca

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

— JOSE, BECARIO CAREERREADY 2020



Oportunidad de beca

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

- SAVANNAH, BECARIA CAREERREADY 2021



The Sun

Blog for CHIP & STAR (Medicaid) Members



The Sun Blog

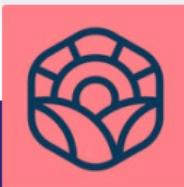
This blog is specifically for our **CHIP and STAR (Medicaid) Members**. We hope you enjoy these updates and resources.

Click on a Member Resource story to read more.

- Subscribe to our YouTube channel
- Follow Us on Facebook
- Visit our Life Services page
- Visit our Wellness page
- Visit our Texas STAR (Medicaid) benefits page
- Visit our Texas CHIP benefits page

RESOURCES

Community Wellness Community Now Care Management Member Services Life Services Behavioral Health



Community Based Organizations – The Source for Women



Vaccines Protect Against Disease



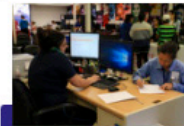
What is Autism?



Community Based Organizations – Northwest Assistance



Community Based Organizations – Memorial Assistance



Everyone Needs Mental Health Resources



Community Based Organizations – Care Net Pregnancy Center



Tips to Keep your Children Healthy



Hello, Beaumont Community!



web_thesun_0521

Follow Us to a Healthy Future



Contents

Bienvenido a Community Health Choice	4
Mapa del área de servicio	5
Información de la que debe disponer cada año como miembro de Community Health Choice	14
Aspectos importantes para recordar	14
Estamos para ayudarlo a aprovechar al máximo su cobertura médica.....	14
Evaluación de nuevas tecnologías	16
Decisiones de Administración de Utilización.....	16
Mejora de la calidad	16
Objeciones morales o religiosas	16
Cómo funciona Community Health Choice	17
Beneficios de incorporarse a Community Health Choice	17
Tarjeta de identificación de miembro	18
Información sobre la tarjeta de identificación de miembro	18
Qué información debe incluir su tarjeta de identificación de miembro	18
Cómo utilizar su tarjeta de identificación de miembro	18
Cómo reemplazar su tarjeta de identificación de miembro.....	18
Tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits	18
Portal del cliente de Medicaid YourTexasBenefits.com	19
Formulario de Verificación de Identidad Temporal de Medicaid 1027-A	20
Aspecto de la tarjeta de Medicaid	20
Proveedores de atención primaria	21
¿Qué debo llevar a la cita con mi médico?	21
¿Qué es un proveedor de atención primaria?.....	21
¿Alguna vez puede considerarse a un especialista como un proveedor de atención primaria?	21
¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?	22
¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria? (clínica de salud rural/centro de salud calificado a nivel federal)	22
¿Quién más puede ser mi proveedor de atención primaria?	22
¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?	22
When will my Primary Care Provider change become effective?.....	23
¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de proveedor de atención primaria?.....	23
¿Existen motivos por los que se pueda denegar una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria?	23
¿Puede mi proveedor de atención primaria cambiarme a otro proveedor de atención primaria por incumplimiento?	23
¿Qué sucede si decido atenderme con otro médico que no es mi proveedor de atención primaria?....	23
¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de atención primaria está cerrado?....	23
¿Qué es el Programa Medicaid Lock-in?	23
Información sobre el Plan de incentivos para médicos	24
Cambio de planes de salud	24
¿Qué debo hacer para cambiar mi plan de salud?	24
¿Con quién debo comunicarme?	24
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?	24

¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de plan de salud?	24
¿Puede Community Health Choice solicitar que me den de baja de su plan de salud?	25
Beneficios	25
¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?	25
¿Cómo obtengo estos servicios?	26
¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?	26
¿Qué servicios no están cubiertos?	26
¿Tengo acceso a servicios fuera de la red?	27
¿Con qué otros servicios puede ayudarme Community Health Choice?	27
¿Qué es AA/PCA?	27
¿Qué debo hacer para actualizar mi dirección o mi teléfono?	27
¿Qué es el Programa para Mujeres, Bebés y Niños?	27
¿Qué es la intervención en la primera infancia?	28
¿Dónde puedo encontrar un proveedor de Intervención en la Primera Infancia?	28
¿Necesito una derivación para esto?	28
¿Qué es la coordinación de servicios?	28
¿Cómo puedo acceder a la coordinación de servicios?	28
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	28
¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de Community Health Choice?	29
¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de Community Health Choice?	30
¿Cómo puedo acceder a esos beneficios?	30
¿Qué clases de educación para la salud ofrece Community Health Choice?	30
Programa de Administración de Casos Complejos	30
Programa de Administración de Cuidado	31
¿A qué otros servicios puede ayudarme a acceder Community Health Choice?	31
Atención médica y otros servicios	32
¿Qué significa “medicamente necesario”?	32
¿Qué es la atención médica de rutina?	33
¿Cuánto tengo que esperar para que me atiendan?	33
¿Qué es la atención médica de urgencia?	33
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica de urgencia?	33
¿Cuánto tengo que esperar para que me atiendan?	33
¿Qué es la atención médica de emergencia?	33
¿Cuánto tengo que esperar para que me atiendan?	34
¿Mi cobertura incluye hospitales?	34
¿Community Health Choice cubre los servicios dentales de emergencia?	34
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención dental de emergencia?	34
¿Qué es la atención posterior a la estabilización?	35
¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de atención primaria está cerrado?	35
¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera de la ciudad o de viaje?	35
¿Qué debo hacer si estoy fuera del estado?	35
¿Qué debo hacer si estoy fuera del país?	35
¿Qué sucede si necesito consultar a un médico especial (especialista)?	35
¿Qué es una derivación?	35
¿Cuánto tengo que esperar para que me atienda un especialista?	35

¿Qué servicios no necesitan una derivación?	35
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	36
¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental), alcohol o drogas?	36
¿Necesito una derivación para esto?.....	36
¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la gestión de casos específicos de salud mental?	36
¿Cómo obtengo estos servicios?	36
¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo?	37
¿Cómo busco una farmacia de la red?	37
¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está en la red?	37
¿Qué debo llevar a la farmacia?	37
¿Qué debo hacer para que me envíen mis medicamentos a domicilio?	37
¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos?	37
¿Qué debo hacer si no consigo que me aprueben el medicamento que me recetó mi médico?	37
¿Qué debo hacer si pierdo mis medicamentos?	37
¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos un medicamento de venta libre?	37
¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?	38
¿Necesito una derivación para esto?	38
¿Dónde busco un proveedor de servicios de planificación familiar?	38
¿Qué es la Administración de Casos de Niños y Mujeres Embarazadas?.....	38
¿Qué es Pasos Sanos de Texas?	39
¿Qué servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?	39
¿Cómo y cuándo puedo acceder a chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?	40
¿Mi médico debe pertenecer a la red de Community Health Choice?	41
¿Necesito una derivación?	41
¿Qué debo hacer para cancelar una cita?	41
¿Qué debo hacer si estoy de viaje y a mi hijo le toca un chequeo de Pasos Sanos de Texas?	41
¿Qué es un trabajador agrícola migratorio?	42
¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola migratorio?	42
Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT)	42
¿Cómo obtengo servicios de atención de la vista?	43
¿Qué servicios dentales para niños cubre Community Health Choice?	43
¿Puede alguien hacer de intérprete cuando hable con mi médico?	44
¿A quién debo llamar para acceder a un intérprete?	44
¿Con cuánta anticipación debo llamar?	44
¿Cómo puedo obtener un intérprete presencial en el consultorio del proveedor?	44
¿Qué debo hacer si necesito atención obstétrica o ginecológica?	44
¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo?	44
¿Cómo elijo un obstetra o ginecólogo?.....	44
Si no elijo un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?	44
¿Necesitaré una derivación?	44
¿Cuánto tiempo después de contactar a mi obstetra o ginecólogo para una cita podrán atenderme? ..	45
¿Puedo mantener mi obstetra o ginecólogo si no pertenece a Community Health Choice?	45
¿Qué debo hacer si estoy embarazada?	45
¿A quién debo llamar?.....	45

¿Qué otros servicios, actividades y educación ofrece Community Health Choice a las mujeres embarazadas?	45
¿Dónde puedo encontrar una lista de maternidades?	45
¿Puedo elegir un proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca?	45
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de atención primaria de mi bebé?	45
¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?	45
¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?	46
¿Cómo y cuándo le informo a mi plan de salud?	46
¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y yo ya no tenga cobertura de Medicaid)?	46
Programa Healthy Texas Women	46
Programa de Atención Médica Primaria del DSHS	47
Programa Ampliado de Atención Médica Primaria del DSHS	47
Programa de Planificación Familiar del DSHS	48
¿Cómo y cuándo le informo a mi trabajador social?	48
¿Con quién debo comunicarme si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito ayuda?	48
¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar una decisión sobre mi atención médica?	48
¿Qué son las instrucciones anticipadas?	48
¿Cómo obtengo un documento de instrucciones anticipadas?	48
¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?	48
¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?	49
¿Qué debo hacer si recibo una factura de mi médico?	49
¿Con quién debo comunicarme?	49
¿Qué información necesitarán?	49
¿Qué debo hacer si me mudo?	50
¿Qué sucede si tengo otro seguro médico además de Medicaid?	50
¿Cuándo deben pagar los demás?	50
Derechos y responsabilidades de los miembros	51
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	51
Responsabilidades adicionales de los miembros al usar los servicios de MTM Health	53
¿Qué sucede si necesito equipo médico duradero (DME) u otros productos que normalmente se venden en una farmacia?	54
Proceso para presentar quejas	54
¿Qué debo hacer si tengo una queja?¿Con quién debo comunicarme?	54
¿Alguien de Community Health Choice puede ayudarme a presentar una queja?	55
¿Cuánto tiempo tardará en procesarse mi queja?	55
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?	55
Apelaciones	57
¿Qué puedo hacer si mi médico me solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero Community Health Choice lo niega o lo limita?	55
¿Cómo sabré si se deniegan los servicios?	55
¿Qué debo hacer para apelar y cuánto tiempo tengo para hacerlo?	55
Plazos del proceso de apelaciones	55
¿Puedo presentar mi apelación de forma oral?	56
¿Puedo solicitar una extensión? ¿Puede Community Health Choice solicitar una extensión?	56

¿Cuándo tiene un miembro derecho a solicitar una apelación?	56
¿Alguien de Community Health Choice puede ayudarme a presentar una apelación?	56
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?	56
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?	57
Apelaciones de emergencia ante MCO	58
¿Qué es una apelación de emergencia?	58
¿Cómo pido una apelación de emergencia?	58
¿Debo presentar mi solicitud por escrito?	58
¿Cuáles son los plazos para la revisión de una apelación de emergencia?	58
¿Qué sucede si Community Health Choice deniega la solicitud de apelación de emergencia? . . .	59
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?	59
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?	60
Audiencia imparcial estatal	60
C¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal?	60
Información sobre la revisión médica externa	61
¿Desea denunciar fraude, malgasto o abuso?	62
Opciones para denunciar fraude, malgasto o abuso	62
Para denunciar fraude, malgasto o abuso, recopile la mayor cantidad de información posible	63
Acuerdo Alberto N.	63
Aviso de privacidad	63
Nuestra responsabilidad hacia usted respecto de la información protegida sobre la salud	63
Cómo Community puede utilizar o divulgar su información protegida sobre la salud sin su autorización	64
Sus derechos de privacidad con respecto a la información sobre su salud	65
Leyes federales de privacidad	66
Quejas	66
Autorización para usar o divulgar información de salud	67
Fecha de vigencia	67
Información de contacto	67
Legislación de Texas sobre el tratamiento médico de menores y asuntos relacionados con el consentimiento	67
Terminología de atención médica administrada	67
Asistencia con el idioma	70
Eventos para miembros	73

Información que debe estar disponible para usted como miembro de Community Health Choice cada año

Como miembro de Community Health Choice, puede solicitar y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red: como mínimo, médicos de atención primaria, especialistas y hospitales de nuestra área de servicio. Esta información debe incluir nombres, direcciones, números de teléfono y los idiomas (además del inglés) que habla cada proveedor de la red, así como la identificación de los proveedores que no están aceptando nuevos pacientes y, cuando corresponda, sus calificaciones profesionales, sus especialidades, la universidad de medicina a la que asistieron, la finalización de la residencia y el estado de la certificación de la junta.
- Cualquier limitación sobre su libertad de elección de proveedores de la red. Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre los procedimientos de quejas, apelaciones y de la Organización de Revisión Independiente (IRO).
- Información sobre los beneficios disponibles con el Programa CHIP, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Esto es para garantizar que comprenda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios de proveedores fuera de la red o limitaciones de esos beneficios.
- Cómo obtener cobertura fuera del horario de atención y cobertura de emergencia o las limitaciones de estos tipos de beneficio, incluidos:
 - Qué constituye una afección médica de emergencia, los servicios de emergencia y los servicios de estabilización posterior.
 - El hecho de que no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para recibir atención de emergencia.
 - Cómo acceder a servicios de emergencia, incluidas instrucciones sobre cómo usar el sistema telefónico 9-1-1 o su equivalente local.
 - Direcciones de los lugares donde los proveedores y los hospitales brindan servicios de emergencia cubiertos por CHIP.
 - Una declaración que indique que usted tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otro lugar para atención de emergencia.
 - Reglas sobre estabilización posterior.
- Política sobre derivaciones para atención especializada y para otros beneficios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria.
- Pautas sobre prácticas de Community Health Choice.

Aspectos importantes para recordar

Estamos para ayudarlo a aprovechar al máximo su cobertura médica

Estos son algunos aspectos importantes que debe recordar:

- Lea este manual. Si tiene preguntas sobre este manual, llame sin costo a los Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

- Lea sus derechos y responsabilidades como miembro del plan en este manual.
- Busque un proveedor de atención primaria en nuestro directorio de proveedores en línea. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame sin costo a los Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. Cuando elija un proveedor, debe llamarnos para que podamos asignarle ese proveedor. También puede crear una cuenta en línea en www.CommunityHealthChoice.org > Member Login (Inicio de sesión de miembro) y elegir su proveedor de atención primaria.
- Recibirá su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice en un plazo de 3 a 5 días hábiles después de informarnos a quién eligió como proveedor de atención primaria. Revise la información en la tarjeta. Si hay algún error, contáctenos de inmediato.
- Llame al proveedor de atención primaria que aparece en su tarjeta de identificación de miembro para programar su primer chequeo de Pasos Sanos de Texas:
 - Como nuevo miembro, debe tener su primer chequeo de Pasos Sanos de Texas **dentro de los 90 días calendario** posteriores a su inscripción en Community Health Choice.
 - Los recién nacidos deben ser atendidos por un proveedor de atención primaria entre 3 y 5 días después del nacimiento.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice cada vez que vaya al consultorio médico, la clínica, el hospital o la farmacia para obtener su medicamento con receta.
- Si tiene necesidades especiales de atención médica, ¡podemos ayudarle! Podemos inscribirlo en uno de nuestros programas de administración de cuidado o referirlo al Programa de Administración de Casos para Niños y Mujeres Embarazadas.
- Si forma parte de una familia de trabajadores agrícolas migratorios, podemos ayudarlo a obtener todos los servicios de atención médica que necesita antes de viajar.
- Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice. Guarde este manual en un lugar seguro para futuras consultas.

Recuerde, estamos para ayudarlo. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito 1.888.760.2600.

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

Derechos

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

Responsabilidades

7. Responsabilidad de suministrar información (en la medida de lo posible) que la organización, sus profesionales y proveedores necesiten para proporcionar atención médica.
8. Responsabilidad de seguir los planes y las instrucciones de atención médica que usted haya acordado con sus profesionales.
9. Responsabilidad de comprender sus problemas de salud y de participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas en la medida de lo posible.

Usted tiene derecho a compartir con nosotros su opinión sobre los derechos y las responsabilidades que se le otorgan. Puede hacerlo llamando al 1.888.760.2600.

Evaluación de nuevas tecnologías

Brindamos una atención médica que ha demostrado ser útil y segura. Hacemos revisiones de nuevos tratamientos para el cuidado de la salud. Hacemos revisiones de nuevos procedimientos. En estas revisiones, utilizamos datos de salud actualizados. Esto se denomina “Evaluación de nuevas tecnologías”. Nosotros decidimos si pagar o no por ellas. Esta revisión implica que pagamos cuando la seguridad y el valor son claros. Puede solicitarnos que hagamos revisiones de nuevas tecnologías. El Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas revisa los medicamentos. Ellos deciden qué medicamentos se incluyen en la lista.

Decisiones de administración de uso

Community sigue pautas para determinar qué servicios de atención de la salud se cubren. Esto se denomina “administración de la utilización”. Sabemos lo importante que es tomar las decisiones correctas para su atención. Community sigue tres principios para tomar estas decisiones:

1. Nuestras decisiones se basan solo en lo siguiente:
 - Que los servicios y la atención sean apropiados.
 - Que el beneficio esté cubierto.
2. No recompensamos a los médicos ni a otras personas por denegar cobertura.
3. No damos incentivos a los médicos ni a otras personas para motivarlos a tomar decisiones que implicarían que usted recibiera menos cuidado del que necesita.
4. Si Community rechaza su solicitud de servicios, puede acceder a una revisión externa independiente. Una revisión independiente significa que alguien que no es empleado de Community revisará su solicitud de servicios. Eso se denomina “audiencia imparcial”.

Mejora de la Calidad

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

Objeciones religiosas o morales

Community Health Choice no niega el acceso a ningún servicio con motivo de objeciones morales o religiosas.

Cómo funciona Community Health Choice

Beneficios de incorporarse a Community Health Choice

Contamos con una gran red de médicos, hospitales y otros proveedores de salud. ¡Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición para ayudarlo! Puede llamar a los Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado. Hablamos inglés y español, y podemos conseguirle un intérprete que hable su idioma.

El personal de Servicios para Miembros de Community puede ayudarle con lo siguiente:

- Responder preguntas sobre los beneficios.
- Elegir un proveedor de atención primaria (médico).
- Cambiar su proveedor de atención primaria.
- Obtener una nueva tarjeta de identificación de miembro si la perdió o se la robaron.
- Resolver quejas o problemas.
- Responder preguntas sobre farmacias.

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

- Verificar su elegibilidad.
- Cambiar su dirección, número de teléfono o proveedor de atención primaria.
- Averiguar si debe realizarse algún examen.
- Confirmar su asistencia a eventos.
- Formularnos una pregunta.

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:




- Your name
- Your Medicaid Number
- Your Primary Care Provider's name, address, and telephone number, so you can schedule an appointment or discuss your healthcare needs

Cómo utilizar su tarjeta de identificación de miembro

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

Recomendaciones importantes:

- Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro y su número de Medicaid cuando llame sin cargo a los Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.
- 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.

 Your Health Plan ★ Your Choice	
Name: _____	PCP Effective Date: _____
Member ID: _____	
PCP Name: _____	
PCP Phone: _____	
 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 .	
Helpful numbers Números útiles	
Member Services 24/7 Servicios para Miembros 24/7 1.888.760.2600 (toll-free gratis)	Talk to a nurse 24/7 Hable con una enfermera 24/7 1.888.332.2730
Behavioral Health 24/7 Servicios para salud mental 24/7 1.877.343.3108	
In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. After treatment, call your Primary Care Provider within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al Proveedor de Cuidado Primario dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.	
Provider Services	
Eligibility, authorizations, benefits and claims: Provider.CommunityHealthChoice.org 713.295.2295	
Send claims to: Community Health Choice, P.O. BOX 301404 Houston TX 77230	
Electronic claims: Payer ID 48145	
Pharmacy: Navitus Health Solutions 1.877.908.6023 BIN: 610602 PCN: MCD RXGroup: CHC	

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 1.888.760.2600.

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 de Medicaid al que pertenece si recibe alguno de los siguientes
 - Medicare (QMB, MQMB).
 - Programa de Salud para la Mujer de Texas (TWHP).
 - Servicios para pacientes terminales.
 - STAR Health.
 - Medicare de emergencia.
 - 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 YTB, 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](http://www.YourTexasBenefits.com)

Puede utilizar el portal del cliente de Medicaid para realizar las siguientes acciones, ya sea para usted o para cualquier persona a cuya información médica o dental se le permita acceder:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta de Medicaid de YTB.
- Ver sus planes médicos y dentales.
- Ver la información de sus beneficios.
- Ver las alertas de Pasos Sanos de Texas para STAR y STAR Kids.
- Ver las alertas de transmisión.
- Ver diagnósticos y tratamientos.
- Ver vacunas.
- Ver medicamentos recetados.
- See prescription medicines

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. Un representante legal autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

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:

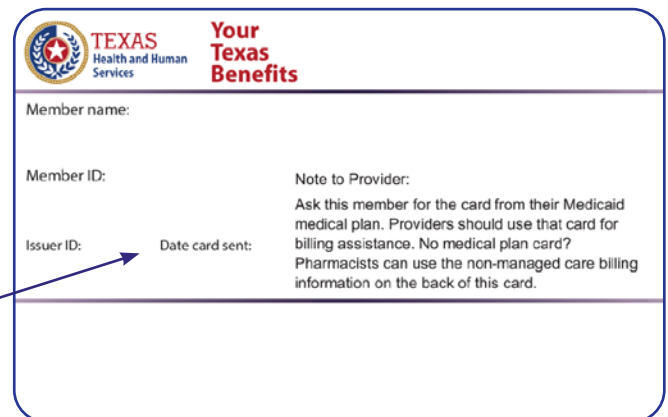
Su nombre. 

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. 



TEXAS Health and Human Services **Your Texas Benefits**

Member name:

Member ID:


Issuer ID:


Date card sent:

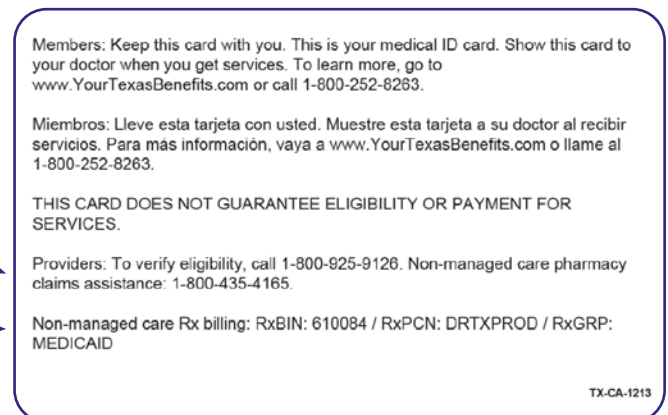
Note to Provider:
Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card? Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.

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. 



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

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

THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.

Providers: To verify eligibility, call 1-800-925-9126. Non-managed care pharmacy claims assistance: 1-800-435-4165.

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

TX-CA-1213

Proveedores de atención primaria

¿Qué debo llevar a la cita con mi médico?

Cuando vaya a la consulta con su médico, lleve su tarjeta de identificación de miembro, su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits, una lista de los problemas que esté experimentando, una lista de los medicamentos o las hierbas medicinales que esté tomando y un registro de todas sus vacunas.

Recuerde: EXCEPTO EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTES DE SOLICITAR ATENCIÓN MÉDICA.

¿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 todas sus historias clínicas. 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 los Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. Le asignaremos el proveedor de atención primaria que haya seleccionado.

Para consultar el directorio actual, diríjase a www.CommunityHealthChoice.org > Find a Provider (Buscar un proveedor) > STAR > Enter your information (Ingresar su información) > 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. Programe el primer chequeo médico de Pasos Sanos de Texas para su hijo de inmediato.

- Como nuevo miembro, su hijo debe tener su primer chequeo de Pasos Sanos de Texas dentro de los 90 días calendario posteriores a su inscripción en Community Health Choice.
- Los recién nacidos deben ser atendidos por un proveedor de atención primaria entre 3 y 5 días después del nacimiento.

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

¿Alguna vez puede considerarse a un especialista como un proveedor de atención primaria?

Sí. Los miembros con discapacidades, necesidades de atención médica especiales o afecciones complejas o crónicas pueden solicitar a Community Health Choice la utilización de un especialista como su proveedor de atención primaria. Llame sin cargo a nuestra línea de Servicios para Miembros al 1888.760.2600.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

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

- Por teléfono, llamando sin cargo al 1.888.760.2600.
- Por correo, escribiendo a la siguiente dirección:

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

- En línea, visitando www.CommunityHealthChoice.org y creando una cuenta My Member Account.

¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria? (Clínica De Salud Rural/Centro De Salud Calificado A Nivel Federal)

Sí. Una Clínica De Salud Rural (RHC) o un Centro De Salud Calificado A Nivel Federal (FQHC) pueden ser sus proveedores de atención primaria.

Una RHC brinda servicios de atención médica en áreas rurales y con escaso acceso a servicios de salud. Un FQHC brinda servicios de atención médica tanto en áreas rurales como urbanas con escaso acceso a servicios de salud.

¿Quién más puede ser mi proveedor de atención primaria?

Opciones posibles:

- Pediatra (para niños y adolescentes).
- Médico familiar.
- Médico generalista.
- Médico de medicina interna.
- Enfermeros especializados avanzados (ANP).

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?

No hay límite en la cantidad de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Puede cambiar su proveedor de atención primaria de las siguientes maneras:

- Por teléfono, llamando sin cargo al 1.888.760.2600
- Por correo, escribiendo a la siguiente dirección:

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

- En línea, visitando www.CommunityHealthChoice.org y creando una cuenta.

¿Cuándo entrará en vigor un cambio de proveedor de atención primaria?

Cuando nos llame para cambiar su proveedor de atención primaria, realizaremos el cambio en nuestro sistema informático en el momento. El cambio entrará en vigor en la misma fecha de su llamada o solicitud. También le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro de inmediato.

¿Hay motivos por los que se pueda denegar una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria?

En ocasiones, es posible que el proveedor de atención primaria que usted elija no esté disponible. Nuestro Departamento de Servicios para Miembros lo ayudará a elegir otro proveedor de atención primaria. Estos son los motivos por los que tal vez no pueda atenderse con un proveedor de atención primaria:

- El proveedor de atención primaria que eligió no está aceptando nuevos pacientes.
- El proveedor de atención primaria que eligió no pertenece a nuestra red.

¿Puede un proveedor de atención primaria transferirme a otro proveedor de atención primaria por incumplimiento?

Sí, por estos motivos:

- Usted no cumple con las responsabilidades como miembro que se indican en este Manual para miembros.
- Falta a tres citas consecutivas en un plazo de seis meses sin llamar con anticipación para cancelar.
- Usted no sigue las recomendaciones de atención médica de su proveedor.
- Usted es grosero, agresivo o no coopera con el proveedor o el personal del centro de salud.

El equipo de Servicios para Miembros lo llamará y lo ayudará a encontrar un nuevo proveedor de atención primaria.

¿Qué sucede si decido ir a otro médico que no sea mi proveedor de atención primaria?

Excepto en casos de emergencia, siempre llame a su proveedor de atención primaria antes de acudir a otro médico o al hospital. Puede comunicarse con su proveedor de atención primaria o médico de respaldo las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si acude a otro médico que no es su proveedor de atención primaria, es posible que deba pagar la factura.

¿Cómo obtengo atención médica si está cerrado el consultorio de mi proveedor de atención primaria?

Debe llamar a su proveedor de atención primaria. Puede comunicarse con su proveedor o médico de respaldo las 24 horas del día, los siete días de la semana. O puede llamar sin cargo a nuestra línea de Asesoramiento médico las 24 horas al 1.888.332.2730. Nuestro personal de enfermería lo ayudará a recibir la atención médica adecuada para su problema. En caso de emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué es el Programa Medicaid Lock-in?

Usted podría ser incluido 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 a otra MCO no cambiará el estado de Lock-in.

Para evitar ser incluido en el Programa Medicaid Lock-in:

- Elija una farmacia en un solo lugar para usar 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.

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

Información sobre el plan de incentivos para médicos

Community Health Choice no puede realizar pagos en virtud de un plan de incentivos para médicos si dichos pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios médicamente necesarios cubiertos para los miembros. Tiene derecho a saber si su proveedor de atención primaria (médico principal) forma parte de este plan de incentivos para médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al 1.888.760.2600 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 de los programas STAR, STAR Kids o STAR+PLUS de Texas al 1.800.964.2777. Puede cambiar de plan de salud tan frecuentemente como lo desee.

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 a partir del 16 de cada mes, el cambio entrará en vigor el primer día del segundo mes posterior.

Por ejemplo:

- Si llama del 1 al 15 de abril, su cambio entrará en vigor el 1 de mayo.
- Si llama a partir del 16 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 a partir del 16 de cada mes, el cambio entrará en vigor el primer día del segundo mes posterior.

Por ejemplo:

- Si llama del 1 al 15 de abril, su cambio entrará en vigor el 1 de mayo.
- Si llama a partir del 16 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?

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, agresivo o no coopera con el personal, los médicos u otros proveedores de Community Health Choice.

Benefits

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

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

- Rontróles regulares, exámenes de la vista y la audición, derivaciones dentales y vacunas.
- Visitas al consultorio de su médico: incluyen toda la atención y el tratamiento de enfermedades y lesiones, lo que incluye vacunas, radiografías y otros análisis. También cubrimos cirugía ambulatoria y controles regulares.
- Visitas a clínicas o centros de salud calificados a nivel federal (FQHC).
- Visitas a especialistas o cirujanos: llame a los Servicios para Miembros para verificar si el especialista pertenece a la red de Community Health Choice. La atención especializada incluye la consulta y cualquier tratamiento, cirugía o anestesia necesarios.
- Radiografías, análisis de laboratorio y otros servicios brindados en el hospital: incluyen habitación semiprivada con comida, análisis de sangre total, anestesia y los servicios y suministros necesarios. Cubrimos la atención de maternidad y del recién nacido en el hospital.
- Servicios médicos en el hospital.
- Servicios de ambulancia solo para emergencias. Servicios quiroprácticos.
- Atención de emergencia.
- Atención de urgencia: cubrimos la atención brindada por un hospital o centro de atención de urgencia necesaria para tratar un problema urgente.
- Atención médica conductual (mental): incluye servicios de psiquiatría para pacientes hospitalizados y ambulatorios, servicios de rehabilitación de salud mental, servicios de tratamiento ambulatorios y residenciales para trastornos por consumo de sustancias cuando los brinda un proveedor de la red de Community Health Choice.
- Pruebas de audición (para todos los miembros) y audífonos (para los miembros menores de 21 años).
- Servicios de atención médica domiciliaria: incluyen la atención supervisada por un enfermero registrado que forma parte de un plan de tratamiento aprobado por Community Health Choice.
- Servicios de cuidados paliativos para miembros con enfermedades terminales certificadas por un médico. Atención de maternidad antes y después del nacimiento del bebé.
- Servicios de podología (cuidado de los pies).
- Servicios de salud preventiva (atención para prevenir enfermedades): incluyen exámenes físicos anuales, pruebas anuales de Papanicolaou, mamografías y otras pruebas.

- Radioterapia.
- Servicios de trasplante: incluyen trasplante de hígado, corazón, pulmón, médula ósea, córnea (ojo), células madre periféricas y riñón.
- Atención oftalmológica: si es menor de 21 años, puede hacerse un examen de la vista una vez al año. Medicaid le permite obtener artículos ópticos nuevos (gafas o lentes de contacto) una vez cada 24 meses o antes si es médicamente necesario. Si pierde o rompe sus anteojos, Community Health Choice los reemplazará. Si tiene 21 años o más, puede hacerse un examen de la vista y obtener artículos ópticos (gafas o lentes de contacto) una vez cada 24 meses. Debe obtener sus servicios de atención oftalmológica de los proveedores de atención oftalmológica de Community Health Choice. Medicaid no cubre reparaciones ni reemplazos para miembros mayores de 21 años.
- Servicios de planificación familiar
- Recetas: puede obtener su medicamento recetado en cualquier farmacia que acepte Medicaid.
- Atención dental: si es menor de 21 años, puede obtener atención dental de cualquier proveedor dental de Medicaid de Pasos Sanos de Texas.

¿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 servicios no están cubiertos?

- Abortos no cubiertos por las regulaciones federales y estatales.
- Acupuntura.
- Autopsias.
- Cirugía estética o plástica que no sea médicamente necesaria. Cuidado de custodia.
- Cirugía experimental.
- Cirugía ocular para corregir la miopía, la hipermetropía o la visión borrosa.
- Tratamiento de la infertilidad, lo que incluye inseminación artificial y fertilización in vitro.
- Artículos de comodidad personal, como televisores, teléfonos o artículos o servicios de aseo personal, a menos que sean médicamente necesarios.
- Dispositivos protésicos y ortopédicos. Reversión de la esterilización voluntaria. Atención médica de rutina fuera del área.
- Servicios no aprobados por su proveedor de atención primaria o por Community Health Choice, excepto emergencias.
- Servicios proporcionados por su empleador o un familiar cercano. Cirugía de cambio de sexo.

¿Tengo acceso a servicios fuera de la red?

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

¿Con qué otros servicios puede ayudarme Community Health Choice?

Podemos ayudarle con la Asistencia para la Adopción o Asistencia para el Cuidado de Permanencia (AA/PCA), el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y la Intervención en la Primera Infancia (ECI).

Community ofrece asistencia con la solicitud y la recertificación en la comunidad. Llame a los Servicios para Miembros para buscar el centro de asistencia más cercano.

¿Qué es AA/PCA?

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

¿Qué debo hacer para actualizar mi dirección o mi teléfono?

- El padre adoptivo o el cuidador de Ayuda para el Cuidado de Permanencia debe comunicarse con el especialista regional de elegibilidad para recibir asistencia para la adopción del DFPS asignado a su caso.
- Si el padre o cuidador no sabe quién es el especialista de elegibilidad asignado a su caso, puede comunicarse con la línea directa del DFPS al 1.800.233.3405 para obtener información.
- El padre o cuidador debe comunicarse con el especialista de elegibilidad para asistencia para la adopción y solicitarle ayuda con el cambio de domicilio.

¿Qué es el Programa para Mujeres, Bebés y Niños?

El Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) es un programa de nutrición para mujeres, bebés y niños. El WIC ayuda a las mujeres embarazadas y a las madres puérperas a aprender más sobre alimentación, lactancia materna, fórmulas infantiles, nutrición y alimentación saludable. El WIC puede ayudar otorgando cupones para alimentos saludables. Llame a los Servicios para Miembros para buscar una oficina del WIC cerca de su domicilio.

¿Qué es la Intervención en la Primera Infancia?

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

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de Intervención en la Primera Infancia?

Puede encontrar un proveedor de ECI cerca de su domicilio llamando al Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARS) al número gratuito 1.877.787.8999 (TDD 711) o visitando el sitio web del DARS, <http://www.dars.state.tx.us/ecis/>. Si acude a un proveedor de ECI, recuerde informar al proveedor de atención primaria de su hijo sobre la atención de ECI que él recibe para que pueda garantizar la continuidad de la atención.

¿Necesito una derivación para esto?

No. Las derivaciones pueden basarse en el criterio profesional o en la preocupación de la familia. No se requiere un diagnóstico médico ni la confirmación de un retraso en el desarrollo para solicitar los servicios de la ECI. Las familias pueden derivarse a sí mismas visitando el sitio web del DARS en <http://www.dars.state.tx.us/ecis/> o llamando sin cargo al 1.877.787.8999.

¿Qué es la coordinación de servicios?

La coordinación de servicios es la coordinación de servicios médicos para ayudarlo con sus necesidades médicas.

Un administrador de casos lo asistirá en lo siguiente:

- Elección de un proveedor de atención primaria.
- Cómo y cuándo usar la línea de ayuda de enfermería, disponible las 24 horas.
- Información sobre enfermedades y medicamentos.
- Otros aspectos.

¿Cómo puedo acceder a la coordinación de servicios?

Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito 1.888.760.2600. Un administrador de atención médica le devolverá la llamada.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

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

Cómo buscar:

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

Esta búsqueda le indicará lo siguiente:

- Si el medicamento figura en el formulario.
- Si el medicamento requiere autorización previa.

Los medicamentos se clasifican como “preferidos” y “no preferidos”. Si necesita un medicamento “no preferido”, su médico deberá presentar una solicitud especial para obtenerlo llamando a los Servicios para Miembros al número gratuito 1.888.760.2600.

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

Los servicios de valor añadido tienen vigencia del 1 de septiembre de 2024 al 31 de agosto de 2025. Pueden aplicarse limitaciones. Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a los Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

Línea directa de asesoramiento las 24 horas

Línea directa de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas para todos los miembros para ayudarlos a decidir dónde obtener la atención médica que necesitan. El personal de enfermería también brinda educación para la salud, seguimiento iniciado por enfermeros y derivaciones dentro de la red.

Servicio de transporte:

Ayuda para programar viajes a visitas médicas. Ayuda adicional para conseguir transporte a citas del WIC y a citas para recoger alimentos en bancos/despensas de alimentos. Se permiten pasajeros adicionales en cualquier viaje si pueden ser transportados de forma segura en el vehículo designado.

Servicios adicionales para la vista

Los miembros elegibles pueden decidir cancelar el beneficio de artículos estándar para la visión y aplicar \$120 a la compra de gafas no estándar O lentes de contacto, incluidos los lentes descartables y los aranceles de pruebas de lentes de contacto cada veinticuatro (24) meses, donde el período de beneficio se calcula desde la fecha del servicio. Esta es la asignación total para artículos ópticos que se puede aplicar a la elección del miembro de marcos de gafas/lentes/opciones de lentes o lentes de contacto en lugar de gafas. Las gafas deben tener una receta de al menos +0.50 dioptrías en al menos un ojo a fin de ser elegibles para la cobertura. Los miembros que decidan comprar artículos ópticos con un valor minorista superior a la asignación de \$120 serán financieramente responsables de pagar la diferencia entre el costo usual y habitual (precio minorista) del artículo seleccionado y dicha asignación.

Exámenes físicos para deportes y la escuela

Uno por año para miembros de 4 a 19 años.

Ayuda para miembros con asma

Materiales educativos sobre el asma y una funda hipoalergénica de almohada y de colchón por año para miembros inscritos en nuestro Programa de Administración de Cuidado del Asma. El miembro recibe una funda de cada una por año, según el momento en que haya recibido la funda anterior.

Ayuda adicional para embarazadas

- Tarjeta de regalo de \$25 por completar un control médico prenatal.
- Tarjeta de regalo de \$25 por completar un control médico de posparto dentro de los 21 a 84 días siguientes al parto.
- Aplicación para el seguimiento, la educación y la planificación del embarazo.

Servicios de salud y bienestar

Asignación de hasta \$100 para una membresía anual de Baker Ripley en el área de servicio de Harris. La membresía incluye desarrollo de habilidades, alimentación/nutrición, promoción de la salud, bienestar, actividades de ejercicio/participación social y herramientas de autocontrol del bienestar.

Programas de juegos y ejercicios saludables

Tarjeta de regalo de \$40 por año para miembros en edad escolar que cursen hasta el 12.º grado y que participen en un programa deportivo extracurricular patrocinado por la escuela, para pagar cuotas, suministros o uniformes del programa.

Programas de juegos y ejercicios saludables

Tarjeta de regalo de \$50 por año para miembros que cursen hasta el 12.º grado y que participen en una liga deportiva juvenil (independientemente de las actividades extracurriculares patrocinadas por la escuela).

Programas de juegos y ejercicios saludables

Los miembros de entre 6 y 17 años que viven en el área de servicio de Harris pueden unirse a una ubicación participante del Boys & Girls Clubs en el área metropolitana de Houston sin cargo.

Servicios dentales adicionales para adultos (mayores de 21 años) y embarazadas

Dos exámenes dentales de rutina por año con limpieza, radiografías (una vez por año), extracciones no quirúrgicas y exámenes de emergencia (limitados) para miembros mayores de 21 años y miembros que cursen un embarazo.

Programa de Incentivos para el Seguimiento de Pacientes Hospitalizados:

Los miembros pueden recibir una tarjeta de regalo de \$40 para seguimiento de salud mental después de siete días de consulta hospitalaria.

Recursos de salud mental en línea:

Herramienta de acompañamiento en línea para la salud mental

Online Mental Health Resources:

Mental Health online companionship tool.

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

- **Eventos para miembros**

Organizamos eventos exclusivos para miembros y sus invitados durante todo el año.

- **Ayuda con la recertificación de Medicaid.**

Podemos ayudarlo con la recertificación de Medicaid cuando llegue el momento. Puede llamar y solicitar ayuda por teléfono o en uno de nuestros sitios de solicitud. Visite www.communityhealthchoice.org. Busque “Application Assistance” (Asistencia con la solicitud) para obtener más información.

¿Cómo puedo acceder a esos beneficios?

Llame a la línea de Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600

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

El objetivo de nuestro Programa de Educación para la Salud es ayudar a 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 enfocamos en casos de asma, diabetes, insuficiencia cardíaca, embarazo de alto riesgo y 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.

Le brindaremos ayuda con lo siguiente:

- Recibir atención médica después del nacimiento de su 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.

¿A qué otros servicios puede ayudarme a acceder Community Health Choice?

- Administración de casos/coordinación de servicios de Intervención en la Primera Infancia (ECI). Rehabilitación de salud mental y retraso mental (MHMR).
- Salud escolar y servicios relacionados de Texas.
- Servicios relacionados con la tuberculosis proporcionados por un proveedor aprobado por el Centro de Ciencias de la Salud (HSC).
- Transporte médico.
- Servicios de cuidados paliativos de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC).
- Administración de Casos de Niños y Mujeres Embarazadas (CPW), que ofrece servicios a niños desde el nacimiento hasta los 20 años con riesgo de salud y a mujeres de todas las edades que cursan embarazos de alto riesgo, con el fin de fomentar el uso de atención médica y relacionada con la salud económicamente eficiente. Para obtener más información, comuníquese con Community Health Choice al número gratuito 1.888.760.2600, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., o llame a Pasos Sanos de Texas al número gratuito 1.877.847.8377 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Atención médica y otros servicios

¿Qué significa “médicamente necesario”?

“Médicamente necesario” significa lo siguiente:

- (1) For Members birth through age 20, the following Texas Health Steps services:
 - (a) Exámenes de detección, servicios de visión y audición.
 - (b) Otros servicios de atención médica, incluidos los servicios de salud conductual, que sean necesarios para corregir o mejorar un defecto, una enfermedad o una afección física o mental. La determinación de si un servicio es necesario para corregir un defecto, una enfermedad o una afección física o mental:
 - (i) Debe cumplir con los requisitos de los acuerdos de conciliación parcial de Alberto N., et al. contra Traylor, et al.
 - (ii) Puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.
- (2) Para miembros mayores de 20 años, servicios de atención médica no relacionados con la salud conductual que reúnen los siguientes 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 que 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.
- (3) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud conductual que reúnen los siguientes 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.

¿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 que usted y sus hijos gozan de buena salud. La atención médica de rutina incluye controles regulares, tratamiento de enfermedades, vacunas y cuidado de seguimiento.

¿Cuánto tengo que esperar para que me atiendan?

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

¿Qué es la atención médica de urgencia?

Otro tipo de atención es la atención de urgencia. Hay algunas lesiones y enfermedades que probablemente no sean emergencias, pero que pueden convertirse en emergencias si no se tratan dentro de las 24 horas.

Algunos ejemplos:

- Quemaduras o cortaduras leves.
- Dolor de oído.
- Dolor de garganta.
- Esguinces/distensiones musculares.

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

Para recibir atención de urgencia, debe llamar al consultorio de su médico, incluso por las noches y los fines de semana. Su médico le indicará qué hacer. En algunos casos, podría indicarle que acuda a una clínica de atención de urgencia. Si su médico le indica que acuda a una clínica de atención de urgencia, no necesita llamar antes. Debe acudir a una clínica que acepte Medicaid de Community Health Choice. Para obtener ayuda, llámenos sin cargo al 1.888.760.2600. También puede llamar a nuestra línea de asesoramiento médico las 24 horas al 1.888.332.2730 para obtener ayuda con la atención que necesita.

¿Cuánto tengo que esperar para que me atiendan?

Debería poder ver a su médico dentro de las 24 horas para una cita de atención de urgencia. Si su médico le indica que acuda a una clínica de atención de urgencia, no necesita llamar antes. La clínica de atención de urgencia debe aceptar Medicaid de Community Health Choice.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Atención médica de emergencia

La atención médica de emergencia se proporciona para afecciones médicas de emergencia y 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 la mujer embarazada o de su hijo por nacer.

“Afección de salud mental 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 posterior a la estabilización.

¿Cuánto tengo que esperar para que me atiendan?

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

¿Mi cobertura incluye hospitales?

Community Health Choice ofrece hospitales dentro de la red que están cerca y son convenientes. Puede consultar nuestra red de hospitales en www.communityhealthchoice.org. Pregunte a su médico dónde tiene privilegios para ejercer. Pregunte a su médico cuál es el mejor hospital para su afección. Es importante utilizar un hospital dentro de la red cuando busque atención. En caso de emergencia, acuda a la sala de emergencias más cercana.

¿Community Health Choice cubre los servicios dentales de emergencia?

Community Health Choice cubre servicios dentales de emergencia limitados en un hospital o centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye el pago por lo siguiente:

- Tratamiento de luxación mandibular.
- Tratamiento de daños traumáticos en dientes y estructuras de soporte. Extirpación de quistes.
- Tratamiento de abscesos orales originados en dientes o encías.
- Servicios hospitalarios, médicos y relacionados, como medicamentos para cualquiera de las afecciones antes mencionadas.

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención dental de emergencia?

Durante el horario de atención habitual, llame al dentista principal de su hijo para obtener información sobre cómo recibir servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después del horario de atención del consultorio del dentista principal, llámenos sin cargo al 1.888.760.2600 o llame al 911.

¿Qué es la atención posterior a la estabilización?

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

¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de atención primaria está cerrado?

Debe llamar a su proveedor de atención primaria. Puede comunicarse con su médico o médico suplente las 24 horas del día, los siete días de la semana. O puede llamar sin cargo a nuestra línea de asesoramiento médico las 24 horas al 1.888.332.2730. Nuestros enfermeros lo ayudarán a obtener la atención médica adecuada para su problema. En caso de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

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

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

¿Qué debo hacer si estoy fuera del estado?

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

¿Qué debo hacer si estoy fuera del país?

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

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

Su proveedor de atención primaria puede tratar la mayoría de los problemas. En ocasiones, podría necesitar la atención de un especialista. Su proveedor de atención primaria lo ayudará a buscar uno. También podría necesitar atención hospitalaria que no sea de emergencia. Su proveedor de atención primaria lo derivará a un hospital si es necesario. Los miembros con discapacidades, necesidades especiales de atención médica y afecciones crónicas o complejas pueden tener acceso directo a un especialista.

¿Qué es una derivación?

Una derivación es una consulta que un médico solicita a otro médico para que evalúe o trate a un paciente. Community Health Choice no pagará el costo del equipo médico ni de la atención hospitalaria sin carácter de emergencia a menos que lo derive su proveedor de atención primaria.

¿Cuánto tengo que esperar para que me atienda un especialista

El especialista lo atenderá lo antes posible, por lo general en un plazo de 8 a 10 semanas. Por supuesto, si es urgente, el especialista podría atenderlo en un plazo de 24 horas desde su solicitud. Si necesita ayuda o no puede esperar tanto, llame a los Servicios para Miembros; es posible que podamos encontrar otro especialista que usted pueda visitar antes.

¿Qué servicios no necesitan una derivación?

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

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Si desea una segunda opinión, llame a los 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), alcohol o drogas?

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

¿Necesito una derivación para esto?

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 1.877.343.3108 las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Community Health Choice cumple lo establecido por la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicciones (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, 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?

Son servicios especiales para niños y adultos elegibles. Los niños deben tener un trastorno emocional grave. Los adultos elegibles deben tener un diagnóstico de enfermedad mental grave.

¿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.

¿Qué son los servicios y entornos sustitutivos?

Los servicios y entornos sustitutivos (ILOS) son tipos especiales de servicios de atención médica. Están aprobados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y pueden utilizarse en lugar de ir a un hospital. Estos servicios son adecuados para usted desde el punto de vista médico, pueden ser más económicos y más convenientes o mejores para sus necesidades. Si necesita ayuda para una afección de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias, es posible que le ofrezcan uno de estos servicios en lugar de ingresar en un hospital. Puede elegir el que mejor se adapte a sus necesidades.

Estos son los servicios:

- Servicios de hospitalización parcial (PHP).
- Servicios intensivos para pacientes ambulatorios (IOP).
- Servicios de atención especializada coordinada (CSC).

Qué son los servicios intensivos para pacientes ambulatorios

Los servicios intensivos para pacientes ambulatorios (IOP) son un programa que brinda atención durante al menos 10 horas semanales durante 4 a 12 semanas. No requieren pasar la noche. Están dirigidos a personas con problemas de salud mental, trastorno por consumo de sustancias (SUD) o ambos.

Los IOP incluyen lo siguiente:

- Servicios para pacientes que no viven en el centro (no residenciales).
- Terapia grupal e individual (estructurada).
- Programas de aprendizaje (servicios educativos).
- Capacitación en habilidades para la vida.

¿Qué son los servicios de hospitalización parcial?

Los servicios de hospitalización parcial (PHP) son un programa a corto plazo similar a una hospitalización, pero sin pasar la noche. Brindan una atención más completa que los servicios ambulatorios regulares.

También están dirigidos a personas con problemas de salud mental, SUD o ambos.

Los PHP incluyen lo siguiente:

- Un día completo de servicios de salud mental planificados.
- Terapia individual, familiar y grupal (psicoterapia).
- Asesoramiento para el SUD.
- Tratamiento asistido por medicamentos (MAT). Terapia ocupacional.

¿Qué es la atención especializada coordinada?

a atención especializada coordinada (CSC) está dirigida a personas de entre 15 y 30 años que han presentado psicosis temprana en los últimos dos años. Community Health Choice ofrecerá servicios de CSC a partir del 1 de octubre de 2025.

La CSC incluye lo siguiente:

- Servicios de salud mental completos.
- Un plan de atención diseñado por un equipo exclusivamente para usted. Chequeos de salud mental (evaluación de entrevista diagnóstica psiquiátrica). Ayuda con las tareas diarias (gestión de casos de rutina).
- Programas de desarrollo de habilidades (rehabilitación psicosocial). Apoyo de personas con experiencias similares (apoyo entre pares).
- Ayuda con medicamentos e inyecciones (administración farmacológica e inyección). Educación sobre cómo tomar medicamentos de forma segura.
- Consejería individual y grupal.
- Ayuda con la vivienda y la búsqueda de empleo. Actividades para ayudarlo a mantenerse involucrado. Dinero adicional de apoyo (fondos flexibles).
- Servicios adicionales que pueden incluirse:
- Apoyos comunitarios flexibles.
- SBIRT (evaluación, intervención breve y derivación a tratamiento): una breve charla, verificación de estado y ayuda si es necesario.

¿Cómo puedo obtener estos servicios?

Los ILOS no reemplazan los servicios de salud regulares. Si su médico le indica que necesita determinada atención, aún puede obtenerla a través de su plan. Pero si considera que alguno de estos servicios sería más adecuado para usted, usted o su padre, madre o tutor pueden contactarnos para hablar al respecto.

¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo?

Medicaid cubre la mayoría de los medicamentos que su médico le indica. Su médico le emitirá una receta para que pueda llevarla a la farmacia o quizás pueda enviarla por usted.

¿Cómo busco una farmacia de la red?

Consulte nuestro Directorio de proveedores. Llame sin cargo a los Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. O diríjase a nuestro sitio web: www.CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un médico) > Find a Pharmacy (Buscar una farmacia).

¿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 llamar a la línea de Servicios para Miembros al 713.295.2294 o la línea gratuita 1.888.760.2600. 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?

Debe llevar lo siguiente:

- La receta.
- Su tarjeta de identificación de Community.
- Su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits.

¿Qué debo hacer para que me envíen mis 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 los Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

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

Llame sin cargo a los Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. Podemos ayudarlo a buscar una farmacia de nuestra red cerca de su domicilio.

¿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 sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda con el suministro y resurtido de sus medicamentos.

¿Qué debo hacer si pierdo mis medicamentos??

Llame a los Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener instrucciones sobre cómo proceder.

¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos un medicamento de venta libre?

Algunos medicamentos de venta libre forman parte de su beneficio de Medicaid o el de su hijo. Necesita una receta de su médico.

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

Para buscar las ubicaciones de proveedores de planificación familiar cerca de su domicilio, visite Healthy Texas Women en www.dshs.state.tx.us/famplan/ o llame a Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600.

¿Necesito una derivación para esto?

No necesita una derivación.

¿Dónde busco un proveedor de servicios de planificación familiar?

Para buscar las ubicaciones de proveedores de planificación familiar cerca de su domicilio, visite www.dshs.state.tx.us/famplan/, o llame a Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600.

¿Qué es la Administración de Casos de Niños y Mujeres Embarazadas?

Administración de Casos de Niños y Mujeres Embarazadas (CPW)

¿Necesita ayuda para buscar y obtener servicios? Es posible que pueda acceder a un administrador de casos.

¿Quién puede acceder a un administrador de casos?

Niños, adolescentes, adultos jóvenes (desde el nacimiento hasta los 20 años) y mujeres embarazadas que tienen cobertura de Medicaid y cumplen con alguno de los siguientes requisitos:

- Tienen problemas de salud.
- Tienen un alto riesgo de desarrollar problemas de salud.

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos lo visitará y luego:

- Averiguará qué servicios necesita.
- Buscará servicios cerca de su domicilio.
- Le enseñará cómo encontrar y obtener otros servicios.
- Se asegurará de que usted reciba los servicios que necesita.

¿Qué tipo de ayuda puede obtener?

Los administradores de casos pueden ayudar con lo siguiente:

- Obtener servicios médicos y dentales.
- Obtener suministros o equipos médicos.
- Atender problemas escolares o educativos.
- Atender otros problemas.

¿Cómo puede acceder a un administrador de casos?

Para obtener más información, comuníquese con Community Health Choice de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., o llame a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377 (sin cargo), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

- Llame a los Servicios para Miembros de Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600.
- www.CommunityHealthChoice.org

¿Qué es Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas está dirigido a bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes desde el nacimiento hasta los 20 años que tengan cobertura de Medicaid. Con Pasos Sanos de Texas, sus hijos reciben servicios como chequeos médicos y dentales sin costo para usted. Para obtener más información, llame sin cargo al 1.877.847.8377.

¿Qué servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas es el programa de atención médica de Medicaid para niños, adolescentes y jóvenes de STAR y STAR Kids, desde el nacimiento hasta los 20 años.

Pasos Sanos de Texas brinda a su hijo lo siguiente:

- Chequeos médicos sin cargo desde el nacimiento.
- Chequeos dentales sin cargo a partir de los 6 meses.
- Un administrador de casos que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtenerlos.

Los chequeos de Pasos Sanos de Texas:

- Permiten detectar problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- Previenen problemas de salud que dificultan que los niños aprendan y crezcan como otros niños de su edad.
- Ayudan a su hijo a tener una sonrisa saludable.

Cuándo programar un chequeo:

- Recibirá una carta de Pasos Sanos de Texas que le informará cuándo es el momento de un chequeo. Llame al médico o dentista de su hijo para programar el chequeo.
- Programe el chequeo en el horario que mejor le convenga a su familia.

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

- Exámenes de la vista y anteojos.
- Pruebas de audición y audífonos.
- Atención dental.
- Otros servicios de salud.
- Tratamiento para otras afecciones médicas.

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

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

Si no puede llevar a su hijo al chequeo, Community Health Choice podría ayudar. Los niños que tienen cobertura de Medicaid y sus padres pueden obtener transporte gratuito para ir y volver del médico, dentista, hospital o farmacia. MTM Health está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Llame a MTM Health sin cargo al 1.844.572.8194 o programe su viaje a través de la aplicación para miembros de MTM Health. Descargue la aplicación desde su tienda de aplicaciones.

¿Cómo y cuándo puedo acceder a chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?

1) Recién nacido a tres años

Durante los primeros tres años de vida, su hijo necesita varios chequeos. Estos chequeos son muy importantes e incluyen pruebas y vacunas para garantizar su salud. ¡Debe llevar a su hijo a todos sus chequeos! Siga este cronograma.

Realice el primer chequeo dentro de los cinco días posteriores al alta del hospital. Después, empiece a realizar los demás a partir de los 60 días posteriores a su nacimiento. Siga este cronograma.	
2 semanas	12 meses
2 meses	15 meses
4 meses	18 meses
6 meses	2 años
9 meses	2 años y medio (30 meses)

2) Tres años o más

Lleve a su hijo de tres años o más a sus chequeos de Pasos Sanos de Texas una vez al año. Programe la cita cerca de su cumpleaños para que sea más fácil de recordar. Los miembros de Medicaid reciben chequeos de Pasos Sanos de Texas desde los 3 hasta los 21 años.

Los chequeos ayudan a detectar problemas de salud incluso si su hijo se siente bien. También pueden ayudar a prevenir problemas de salud que hacen que sea difícil para su hijo desarrollarse y aprender como los demás niños de su edad. Lo que incluye un chequeo médico de Pasos Sanos de Texas para su hijo:

- Historia clínica y examen físico.
- Control de estatura y peso.
- Control de salud mental.
- Exámenes de vista y audición.
- Vacunas.
- Análisis de laboratorio.
- Respuestas a sus preguntas sobre la salud de su hijo.

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

¿No sabe cuándo llevar a su hijo al chequeo? Podemos ayudarlo a llevar un registro de los chequeos que su hijo necesita para mantenerse sano. Podemos ayudarlo a programar una cita y a obtener transporte. Llame a MTM Health sin cargo al 1.844.572.8194 o programe su viaje a través de la aplicación para miembros de MTM Health. Descargue la aplicación desde su tienda de aplicaciones.

Su hijo debe recibir chequeos dentales regulares para asegurarse de que sus dientes y encías estén sanos. Los chequeos dentales pueden comenzar a los seis meses y, a partir de entonces, realizarse cada seis meses.

Debe elegir un dentista principal para que le brinde los servicios de Pasos Sanos de Texas a través de su plan dental. Si necesita ayuda para buscar un dentista, comuníquese con su plan dental.

No necesita una derivación para chequeos dentales regulares ni otros servicios dentales. Si no sabe cuál es su plan dental, llámenos y lo ayudaremos a encontrarlo. Lo que incluye un chequeo dental de Pasos Sanos de Texas para su hijo:

- Chequeo dental de rutina cada seis meses a partir de los seis meses de edad.
- Limpieza dental (cada seis meses).
- Tratamientos con flúor para prevenir las caries. Radiografías según sea necesario.
- Selladores dentales para ayudar a prevenir las caries.

Otros servicios dentales:

- Atención dental de emergencia (lesiones en dientes o encías).
- Arreglo de caries (empastes, coronas y endodoncias).
- Frenos dentales (excepto por motivos estéticos). Extracciones dentales.
- Otros servicios según sea necesario.

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

No. Puede obtener un chequeo de Pasos Sanos de Texas con cualquier médico o proveedor de Pasos Sanos de Texas.

¿Necesito una derivación?

No. Puede acudir a cualquier médico o proveedor de Pasos Sanos de Texas sin una derivación médica de su proveedor de atención primaria.

¿Qué debo hacer para cancelar una cita?

Si necesita cancelar el chequeo de Pasos Sanos de Texas de su hijo, llame a su médico o proveedor de inmediato para programar otra fecha y hora. Si programó un viaje a través de MTM Health, cancele el viaje. Llame a MTM Health sin cargo al 1.844.572.8194 o programe su viaje a través de la aplicación para miembros de MTM Health. Descargue la aplicación desde su tienda de aplicaciones.

Si usted es beneficiario del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) de Texas y no está al día con sus chequeos o los de su hijo de Pasos Sanos de Texas, podría verse afectada su elegibilidad para TANF.

¿Qué debo hacer si estoy de viaje y a mi hijo le toca un chequeo de Pasos Sanos de Texas?

Siempre que se encuentre en el estado de Texas y el médico o proveedor que lo atienda acepte miembros de Medicaid de Pasos Sanos de Texas, es aceptable que ese proveedor le realice el chequeo médico de Pasos Sanos de Texas a su hijo. Conserve todos los registros médicos de su hijo por si surge algún problema o pregunta al regresar a casa. Recuerde informar al proveedor de atención primaria de su hijo que él se realizó un chequeo médico de Pasos Sanos de Texas en otro lugar.

¿Qué es un trabajador agrícola migratorio?

Un trabajador agrícola migratorio va de un lugar a otro y vive fuera de casa durante varios días para trabajar en una granja o en el campo. Ese trabajo incluye preparar cultivos, cultivar verduras y frutas, plantar árboles, criar o cuidar ganado o aves de corral, o preparar productos lácteos. Los hijos de trabajadores agrícolas migratorios, desde su nacimiento hasta los 17 años, pueden recibir atención médica antes de mudarse con usted para su próximo trabajo agrícola. Queremos que su hijo reciba la atención médica que necesita. Podemos ayudarlo a programar una cita de chequeo de Pasos Sanos de Texas o una visita al dentista rápidamente antes de que se mude con usted a su próximo trabajo. También podemos organizar transporte gratuito de ida y vuelta al médico, dentista, hospital o farmacia. Llame sin cargo al 1.888.760.2600 para saber cómo Community Health Choice puede ayudar a su hijo a mantenerse sano.

¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola migratorio?

Puede obtener su chequeo antes si planea irse del área.

Servicios de transporte médico que no es de emergencia

SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT) de MTM Health .

¿Qué son los servicios de NEMT?

Los Servicios de NEMT proporcionan transporte a citas médicas sin carácter de emergencia para miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen traslados al médico, dentista, hospital, farmacia y cualquier otro lugar donde usted reciba servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen traslados en ambulancia. MTM Health es el servicio de transporte NEMT de Community.

¿Qué servicios incluye MTM Health ?

- Pases o boletos para transporte, como el transporte público dentro y entre ciudades o estados, incluso tren o autobús.
- Servicios de transporte en aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte a demanda, que consisten en transporte puerta a puerta en autobuses, furgonetas o sedanes privados, incluso furgonetas accesibles para sillas de ruedas si es necesario.
- Reembolso de millas para un participante individual de transporte (ITP) por un viaje verificado y completado a un servicio de salud cubierto. El ITP puede ser usted, una persona responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene hasta 20 años, podría recibir el costo de las comidas asociadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria para comidas es de \$25 por día para el miembro y \$25 por día para un acompañante autorizado.
- Si tiene hasta 20 años, podría recibir el costo del alojamiento asociado con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a una noche y no incluyen los servicios utilizados durante su estancia, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.
- Si tiene hasta 20 años, podría recibir fondos con anterioridad a un viaje para cubrir los servicios autorizados de MTM Health .

Si necesita un acompañante que lo acompañe a su cita, MTM Health cubrirá los costos de transporte de su acompañante.

Los niños de hasta 14 años deben estar acompañados por uno de sus padres, un tutor u otro adulto autorizado. Los niños de 15 a 17 años deben estar acompañados por uno de sus padres, un tutor u otro adulto autorizado, o contar con el consentimiento de alguno de ellos para viajar solos. No se requiere el consentimiento de los padres si el servicio de atención médica es de naturaleza confidencial.

Cómo obtener un viaje

Llame a MTM Health sin cargo al 1.844.572.8194 o programe su viaje a través de la aplicación para miembros de MTM Health. Descargue la aplicación desde su tienda de aplicaciones.

Debe solicitar los servicios de MTM Health lo antes posible y con una antelación mínima de dos días hábiles antes de necesitarlos. En determinadas circunstancias, puede solicitar el servicio de MTM Health 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.

Debe notificar a MTM Health antes de la cita médica aprobada y programada si se cancela su cita.

¿Cómo obtengo servicios de atención de la vista?

Llame al proveedor de servicios de la visión que aparece en la página 2, “Números de teléfono importantes”.

¿Qué servicios dentales para niños cubre Community Health Choice?

Community Health Choice cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otras cosas, el pago de lo siguiente:

- Tratamiento de luxación mandibular.
- Tratamiento de daños traumáticos en dientes y estructuras de soporte.
- Extirpación de quistes.
- Tratamiento de abscesos orales originados en dientes o encías.

Community Health Choice cubre servicios hospitalarios, médicos y servicios médicos relacionados para las afecciones antes mencionadas. Eso incluye los servicios del médico y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

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

El plan dental de Medicaid de su hijo cubre todos los demás servicios dentales, incluso servicios que ayudan a prevenir las caries y servicios que solucionan problemas dentales. Llame al plan dental de Medicaid de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrece.

¿Puede alguien hacer de intérprete cuando hable con mi médico

Si,

¿A quién debo llamar para acceder a un intérprete?

Llame a Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600 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 1.888.760.2600 para programar los servicios de un intérprete.

¿Qué debo hacer si necesito atención obstétrica o ginecológica?

ATENCIÓN, MIEMBROS FEMENINOS

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 elegir cualquier ginecólogo u obstetra que figure en nuestro Directorio de proveedores, en la sección “Women’s Health Services Providers” (Proveedores de servicios de salud para la mujer). Es muy importante elegir un médico que la atienda durante el embarazo. Llame a los Servicios para Miembros si está embarazada y necesita ayuda para elegir un ginecólogo u obstetra.

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?

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 nuevos miembros femeninos 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 consultar a su ginecólogo u obstetra 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 debo hacer si estoy embarazada?

Usted puede recibir atención prenatal sin tener una derivación. Su ginecólogo u obstetra debe solicitar una autorización de derivación para algunas pruebas y procedimientos. Su ginecólogo u obstetra debe notificar a Community Health Choice sobre las consultas de atención del embarazo.

¿A quién debo llamar?

Si está embarazada, llame a su trabajador social de Medicaid y a los Servicios para Miembros de inmediato.

¿Qué otros servicios, actividades y educación ofrece Community Health Choice a las mujeres embarazadas?

Le proporcionaremos materiales educativos sobre la maternidad si los solicita.

¿Dónde puedo encontrar una lista de maternidades?

Consulte la sección “Hospital List” (Lista de hospitales) en su Directorio de Proveedores de STAR. Nuestros “Centros de Maternidad de Nivel III” tienen una imagen de una cigüeña con un bebé. El directorio también está disponible en línea en www.CommunityHealthChoice.org > Find a Doctor (Buscar un médico).

¿Puedo elegir un proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca?

Sí. Llame a los Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda en la búsqueda de un médico para su bebé.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de atención primaria de mi bebé?

Puede cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé en cualquier momento. Llame a los Servicios para Miembros para solicitar el cambio. El cambio al nuevo proveedor de atención primaria entrará en vigor el día de su llamada/solicitud. Se le enviará una nueva tarjeta de identificación por correo.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Durante al menos 90 días a partir de su fecha de nacimiento, su bebé estará cubierto por el mismo plan de salud que le da cobertura a usted.

Puede solicitar un cambio de plan de salud antes de que transcurran los 90 días llamando al agente de inscripción sin cargo al 1.800.964.2777.

No puede cambiar de plan de salud mientras su bebé esté en el hospital.

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?

- El hospital en el que nazca su bebé debería ayudarle a iniciar el proceso de solicitud de Medicaid para su bebé.
- Consulte con el trabajador social del hospital antes de irse a casa para asegurarse de que la solicitud esté completa.
- También debe llamar al 211 para buscar su oficina local de la HHSC y asegurarse de que se haya recibido la solicitud de su bebé.
- Si es miembro de Community Health Choice cuando nazca su bebé, este quedará inscrito en Community Health Choice a partir de su fecha de nacimiento.

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

Llame a los Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600 apenas nazca su bebé.

¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y yo ya no tenga cobertura de Medicaid)?

Después del nacimiento de su bebé, usted podría perder la cobertura de Medicaid. Es posible que pueda obtener algunos servicios de atención médica a través del Programa Healthy Texas Women y el Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS). Estos servicios están destinados a las mujeres que los solicitan y reciben la debida aprobación.

Programa Healthy Texas Women

El Programa Healthy Texas Women ofrece exámenes de planificación familiar, exámenes de salud preventivos relacionados y anticonceptivos a mujeres de 18 a 44 años cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (185 % del nivel federal de pobreza). Debe presentar una solicitud para saber si puede obtener servicios a través de este programa.

Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través de Healthy Texas Women, escriba, llame o visite el sitio web del programa:

**Healthy Texas Women Program
(Programa Healthy Texas Women)
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 1800.335.8957
Sitio web: <https://www.healthytexaswomen.org>
Fax: (línea gratuita) 1.866.993.9971**

Programa de Atención Médica Primaria del DSHS

El Programa de Atención Médica Primaria del DSHS atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden acceder a la misma atención a través de seguros médicos u otros programas. Para recibir servicios a través de este programa, una persona debe tener ingresos iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200 % del nivel federal de pobreza). Una persona que fue aprobada para recibir servicios podría tener que pagar un copago, pero nadie es rechazado por falta de recursos.

El Programa de Atención Médica Primaria se centra en la prevención de enfermedades, la detección temprana y la intervención temprana de problemas de salud. Estos son los principales servicios que se ofrecen:

- Diagnóstico y tratamiento.
- Servicios de emergencia.
- Planificación familiar.
- Servicios de salud preventiva, lo que incluye vacunas y educación para la salud, así como análisis de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico apropiados.

Pueden ofrecerse servicios secundarios: nutrición, exámenes de salud preventivos, atención médica domiciliaria, atención dental, transporte a consultas médicas, medicamentos recetados por su médico, suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies dañados (servicios de podiatría) y servicios sociales.

Podrá solicitar servicios del Programa de Atención Médica Primaria en algunas clínicas de su área. Para buscar una clínica donde pueda solicitarlos, visite el localizador de clínicas de servicios de salud familiar y comunitaria del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través del Programa de Atención Médica Primaria, escriba por correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us
Teléfono: 512.776.7796
Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa Ampliado de Atención Médica Primaria del DSHS

El Programa Ampliado de Atención Médica Primaria brinda servicios de atención primaria, preventiva y de detección a mujeres mayores de 18 años cuyos ingresos sean iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200 % del nivel federal de pobreza). Se ofrecen servicios de extensión y directos a través de clínicas comunitarias que tienen contrato con el DSHS. Los profesionales de la salud comunitarios ayudarán a garantizar que las mujeres reciban los servicios preventivos y de detección que necesitan. Algunas clínicas pueden ofrecer ayuda con la lactancia materna.

Puede solicitar esos servicios en algunas clínicas de su zona. Para buscar una clínica donde pueda solicitarlos, visite el localizador de clínicas de servicios de salud familiar y comunitaria del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa Ampliado de Atención Médica Primaria del DSHS, visite el sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx
Teléfono: 512.776.7796
Fax: 512.776.7203
Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa de Planificación Familiar del DSHS

El Programa de Planificación Familiar cuenta con clínicas en todo el estado que ofrecen métodos anticonceptivos de calidad, económicos y fáciles de usar para mujeres y hombres.

Para buscar una clínica cerca de su domicilio, visite el localizador de clínicas de servicios de salud familiar y comunitaria del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través del programa del Programa de Planificación Familiar, visite el sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/famplan/
Teléfono: 512.776.7796
Fax: 512.776.7203
Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

¿Cómo y cuándo le informo a mi trabajador social?

Debe informar a su trabajador social de la HHSC dentro de los 30 días posteriores al nacimiento de su bebé. Para obtener los beneficios de Medicaid y un número de identificación de Medicaid para su bebé, llame a su trabajador social de inmediato.

¿Con quién debo comunicarme si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito ayuda?

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre necesidades especiales de atención médica. También puede comunicarse con su proveedor de atención primaria para que le ayude a obtener o conocer los servicios disponibles para usted o su bebé.

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

Si no ha nombrado a un sustituto, su médico le pedirá a su familiar o amigo más cercano que esté disponible que le 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. Llame a los Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600 si necesita más información.

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

Cómo renovar

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

Las familias deben renovar su cobertura de CHIP o Medicaid para Niños todos los años. En los meses previos a la finalización de la cobertura de un niño, la HHSC le enviará a la familia un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación contiene la solicitud. También incluye una carta solicitando información actualizada sobre los ingresos y las deducciones de gastos de la familia. La familia debe hacer lo siguiente:

- Revisar la información de la solicitud de renovación.
- Corregir cualquier dato incorrecto.
- Firmar y fechar la solicitud.
- Analizar las opciones de planes de salud, si hay planes de Medicaid disponibles.
- Entregar la solicitud de renovación y los comprobantes antes de la fecha límite.

Una vez que la HHSC recibe la solicitud de renovación y los comprobantes, el personal verifica si los niños de la familia aún califican para su programa actual o si califican para un programa diferente. Si un niño es derivado a otro programa (Medicaid o CHIP), la HHSC envía una carta a la familia para informar sobre la derivación y luego verifica si el niño puede obtener beneficios en el otro programa. Si el niño califica, la cobertura del nuevo programa (Medicaid o CHIP) comienza el mes siguiente al último mes de cobertura del programa anterior. Durante la renovación, la familia puede elegir nuevos planes médicos y dentales llamando al centro de llamadas de CHIP/Medicaid para Niños al 1.800.964.2777.

Completar el proceso de renovación

Si los niños aún califican para la cobertura de su programa actual (CHIP o Medicaid), la HHSC enviará a la familia una carta en la que figurará la fecha de inicio del nuevo período de cobertura. Si los niños califican para CHIP y la familia debe pagar una cuota de inscripción, esta debe pagarse antes de la fecha límite; de lo contrario, podría perderse la cobertura.

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

Community ofrece asistencia con la solicitud y la recertificación en la comunidad. Llame a los Servicios para Miembros para buscar el centro de asistencia más cercano.

¿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 de mi médico?

No debería recibir una factura por los beneficios cubiertos por Medicaid

¿Con quién debo comunicarme?

Si recibe una factura, llame al proveedor e infórmele 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 1.888.760.2600.

¿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 1.888.760.2600. 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.
- You can call the hotline toll-free at 1.800.846.7307.

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 rechazarle 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.

¿Cuándo deben pagar los demás?

En ocasiones, su atención médica debe ser pagada por un tercero que no sea Community Health Choice. Esto es lo que debe hacer para asegurarse de que paguen:

Si tiene más de un plan de salud:

Es posible que tenga otro plan de seguro médico además de Community Health Choice. De ser así, garantizaremos que el plan pague la parte que le corresponde. También garantizaremos que el pago por el mismo servicio de atención médica se realice solo una vez. El término “coordinación de beneficios” abarca este tipo de pago. Al solicitar atención médica, recuerde que todos los demás planes de salud deben realizar los pagos por la atención antes de que Medicaid pueda pagar. Informe al consultorio de su médico y a nuestro Departamento de Servicios para Miembros si otro plan lo cubre.

Cobertura a través de otros programas gubernamentales:

Si califica para recibir cobertura de beneficios para veteranos, indemnización por accidentes de trabajo o Medicare, parte de su atención médica estará cubierta por ellos. Informe a nuestro Departamento de Servicios para Miembros si tiene beneficios a través de alguno de dichos programas. Le ayudaremos a averiguar cuándo su atención médica está cubierta por ellos.

Enfermedad o lesión causada por terceros:

Si sufre un accidente, es posible que otro tercero cubra su atención médica, por ejemplo, una compañía de seguros de automóvil. Eso también podría ocurrir si usted se enferma debido a la acción de otra parte. Necesitamos su ayuda para asegurarnos de que la otra parte nos pague el costo de su tratamiento.

Derechos y responsabilidades de los miembros

¿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 penalización.
 - 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 salud, su plan, 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. Si su MCO ofrece servicios y entornos sustitutos, usted tiene derecho a lo siguiente:
- a. Recibir información sobre los servicios y entornos sustitutos que puede obtener y cómo solicitarlos.
 - b. Que le expliquen por qué se le redujeron o denegaron los servicios y entornos sustitutos.
 - c. Optar por rechazar los servicios y entornos sustitutos en lugar de otros servicios cubiertos.
6. 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, o 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.

7. 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 siete 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 (Americans with Disabilities Act, 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.
8. 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 hacer ni a modo de castigo.
9. 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.
10. 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.
11. 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.

Responsabilidades adicionales de los miembros al usar los servicios de MTM Health

1. Al solicitar los Servicios de MTM Health , debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Debe cumplir con todas las normas y regulaciones relacionadas con sus servicios de MTM Health .
3. Debe devolver los fondos adelantados no utilizados. Debe presentar un comprobante de que acudió a su cita médica antes de recibir futuros fondos adelantados.
4. No debe maltratar ni acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicita o recibe los servicios de MTM Health .
5. No debe perder los billetes ni las fichas de autobús y debe devolverlos cuando no los utilice. Debe usar los billetes o las fichas de autobús únicamente para trasladarse a su cita médica.
6. Solo debe utilizar los servicios de MTM Health para viajar hacia y desde sus citas médicas.
7. Si ha contratado los servicios de MTM Health , pero por algún motivo ya no necesita el servicio, debe comunicarse con la persona que le ayudó a organizar su transporte lo antes posible.

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.

¿Qué sucede si necesito equipo médico duradero (DME) u otros productos que suelen venderse en una farmacia?

Algunos equipos médicos duraderos (DME) y productos que normalmente se venden en farmacias están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, Community Health Choice cubre nebulizadores, suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Para los niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Community Health Choice también cubre medicamentos de venta libre recetados, pañales, leche de fórmula y algunas vitaminas y minerales que son médicamente necesarios. Llame a Community Health Choice sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener más información sobre estos beneficios.

Proceso para presentar quejas

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿Con quién debo comunicarme?

Queremos ayudar. Si tiene alguna queja, llámenos sin cargo al **1.888.760.2600 (TDD: sin cargo al 1.800.518.1655) para hacernos saber su problema**. Un asesor de los Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarle a presentar una queja. Solo debe llamar al 1.888.760.2600. La mayoría de las veces, podemos ayudarle 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.

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

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

También puede escribir una carta o solicitar 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? ¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?

Puede presentar una queja en cualquier momento. Le enviaremos una carta y un Formulario de Quejas en un plazo máximo de cinco días hábiles desde la recepción de su queja. De este modo, 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.

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

Podemos denegar servicios si no son médicamente necesarios. Puede solicitar una apelación de un servicio cubierto o no cubierto de forma oral o por escrito. Si solicita una apelación oral, deberá presentar el Formulario de Apelaciones Médicas de Community de una página. Encontrará el Formulario de Apelaciones del Miembro en los archivos adjuntos que recibió junto con la notificación de la carta de denegación de Community Health Choice. Incluya en el Formulario de Apelaciones del Miembro el motivo de su solicitud de apelación en el espacio provisto y el número de referencia de la denegación.

¿Cómo sabré si se deniegan los servicios?

Usted y su médico recibirán una carta en la que se les informará sobre la decisión de la denegación.

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

Plazos del proceso de apelaciones

Community Health Choice debe completar todo el proceso de apelación estándar dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud inicial de apelación, ya sea escrita o verbal, con la opción de extender el plazo hasta 14 días si un miembro solicita una extensión o si Community Health Choice hace saber que se necesita más información y que 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.

¿Puedo presentar mi apelación de forma oral?

Sí, puede presentar su apelación de forma oral o por escrito. 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. 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.

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

Sí. Si solicita una extensión, el plazo puede extenderse hasta 14 días calendario. Si Community Health Choice necesita una extensión, le informaremos el motivo de la demora.

¿Cuándo tiene un miembro 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, incluida la denegación del pago de los servicios. Puede solicitar una apelación o llamar a los Servicios para Miembros de Community Health Choice para que le ayuden a redactar su apelación y presentarla ante el Departamento de Apelaciones Médicas. Llame a los Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1.888.760.2600 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: 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600
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 301411
Houston, TX 77230
713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760. 2600 o TTY 711
Fax: 713.576.0394. A la atención de: BH Appeals Coordinator
(Coordinador de apelaciones de salud conductual)

¿Cuándo tiene un miembro derecho a solicitar una apelación por servicios sustitutivos?

Si rechazamos un servicio que usted desea, o si reducimos, suspendemos o modificamos el servicio, puede solicitar una apelación. Eso significa que está en desacuerdo con nuestra decisión y desea que la revisemos nuevamente.

Community Health Choice Texas, Inc.
A la atención de: BH Appeals
(Apelaciones de salud conductual)
P.O. Box 301411
Houston, TX 77230
713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760. 2600 o TTY 711
Fax: 713.576.0394. A la atención de: BH Appeals Coordinator
(Coordinador de apelaciones de salud conductual)

¿Cuándo debo presentar mi apelación para asegurarme de seguir recibiendo los servicios autorizados que recibo actualmente?

Para seguir recibiendo los servicios autorizados que recibe actualmente, debe presentar la apelación a más tardar en la última de las siguientes fechas:

- Diez días calendario después de la fecha en que le enviemos por correo la notificación de las medidas que tomaremos.
- La fecha en que las medidas propuestas entrarán en vigor.

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

Sí. Un asesor de los Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarle a presentar una apelación por la denegación de servicios médicos. Solo debe llamarnos sin cargo al 1.888.760.2600. La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o a lo sumo en unos pocos días.

Apelaciones de emergencia ante MCO

¿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 del estado de su 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 por escrito. 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 la revisión de 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 estadías 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 los Servicios para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600 para hablar con un asesor de los Servicios para Miembros que le 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 su representante escribiendo una carta al plan de salud 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. Si usted no pide la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días, perderá su derecho a solicitarla. Para solicitar una audiencia imparcial, usted o su representante deben llamar o enviar una carta al plan de salud a la siguiente dirección:

**Community Health Choice Texas, Inc.
Medical Affairs-Medical Appeals Department
(Asuntos Médicos, Departamento de Apelaciones Médicas)
4888 Loop Central Drive, Suite 600, Houston, TX 77081
Teléfono: 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600
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 301411, TX 77230
Teléfono: 713.295.2294 o la línea gratuita 1.888.760.2600 o TTY 711
Fax: 713.576.0394. A la atención de: BH Appeals Coordinator
(Coordinador de apelaciones de salud conductual)**

Usted tiene el derecho a seguir recibiendo cualquier servicio, incluso servicios y entornos sustitutos, que su plan de salud haya rechazado o reducido, sobre la base de servicios previamente autorizados, por lo menos hasta que se tome la decisión final en la audiencia imparcial estatal. Para ello, debe solicitar una audiencia imparcial antes de la última de las siguientes fechas: (1) diez días calendario después de la fecha en que el plan de salud le envió por correo la notificación de la decisión de apelación interna, o (2) el día en que su servicio será reducido o suspendido según se indica en la carta de decisión de apelación interna del 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.

Información sobre la revisión médica externa

¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?

Si un miembro, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con una decisión de apelación interna de dicho plan, tiene derecho a solicitar una revisión médica externa. Una revisión médica externa es un paso adicional opcional que el miembro puede tomar para que su caso sea revisado sin cargo antes de la audiencia imparcial estatal. Puede designar a su representante escribiendo una carta al plan de salud para informar a Community Health Choice el nombre de esa persona. El representante de un miembro puede ser un proveedor. El miembro o su representante debe 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 de apelación interna. Si el miembro no solicita la revisión médica externa dentro de los 120 días, podría perder su derecho a ella.

Para solicitar una revisión médica externa, el miembro o su representante debe realizar una de las siguientes opciones:

- Completar el “Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial Estatal y Revisión Médica Externa” adjunto a la carta de notificación al miembro sobre la decisión de apelación interna de la MCO 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 713.295.2294 o a la línea gratuita 1.888.760.2600.
- Escribir un correo electrónico a Community Health Choice a Appeals@communityhealthchoice.org.

O bien, si el miembro solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la decisión de apelación del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado, incluso servicios y entornos sustitutos, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal. Si el miembro no solicita una revisión médica

externa dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la decisión de apelación del plan de salud, se suspenderá el servicio denegado.

El miembro puede retirar su solicitud de revisión médica externa antes de que se asigne a una organización de revisión independiente o mientras dicha organización la esté revisando. Una organización de revisión independiente es una organización externa contratada por la HHSC que realiza una revisión médica externa durante los procesos de apelación de los miembros relacionados con determinaciones adversas de beneficios basadas en la necesidad funcional o médica. Una revisión médica externa no puede retirarse si una organización de revisión independiente ya la ha completado y ha tomado una decisión.

Una vez recibida la decisión de la revisión médica externa, el miembro tiene derecho a retirar su solicitud de audiencia imparcial estatal. El miembro 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.

El miembro puede presentar ambas solicitudes contactando a Community Health Choice:

Community Health Choice Texas, Inc.
Medical Appeals Department-Medical Affairs
(Departamento de Apelaciones Médicas, Asuntos Médicos)
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, TX 77081
Teléfono: 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600
Fax: 713.295.7033
O por correo electrónico al Equipo de Admisiones de la HHSC
al EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us.

¿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.

Información sobre fraude

¿Desea denunciar fraude, malgasto o abuso?

Háganos saber 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 fraude, malgasto o abuso, lo cual es ilegal. Algunos ejemplos de acciones indebidas de una persona 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.

Opciones para denunciar fraude, malgasto o abuso:

- Llame a la línea directa de la 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 Texas, Inc.
Chief Compliance Officer or Director SIU
(Director de Cumplimiento o director de la SIU)
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, TX 77081
Línea gratuita: 1.877.888.0002

Para denunciar fraude, malgasto o abuso, 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 sucesos.
 - 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 sobre el caso de fraude, malgasto o abuso.

Acuerdo Alberto N.

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

La HHSC ha llegado a un acuerdo en una demanda que afecta a los servicios de enfermería privada, atención de enfermería especializada en el hogar, equipo y suministros médicos duraderos y servicios de cuidado personal para beneficiarios de Medicaid menores de 21 años. Puede encontrar una copia del acuerdo de conciliación en www.hhsc.state.tx.us y en www.advocacyinc.org. Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a Advocacy, Inc. al 1.800.252.9108.

Aviso de privacidad

Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2003

Actualización: Diciembre de 2017

Fecha de la última revisión: Septiembre de 2022

En esta notificación, se describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo usted puede acceder a ella. Léala atentamente. Si tiene preguntas sobre esta notificación, comuníquese con el oficial de privacidad de Community Health Choice, Inc. (Community).

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le entrega como parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Explica de qué manera podemos utilizar o compartir la información protegida sobre su salud (PHI) y la información personal confidencial (SPI). Le indica con quién podemos compartirla y cómo la mantenemos segura. Le informa cómo obtener una copia o cómo editar su información. Garantiza que la información que usted comparta con nosotros por vía oral, escrita o electrónica sea confidencial y segura. Usted puede o no permitirnos compartir datos específicos excepto que la ley así lo disponga.

Nuestra responsabilidad hacia usted respecto de la información protegida sobre la salud

La “Información protegida sobre la salud” y la “Información personal confidencial” (PHI/SPI) es información que identifica a la persona o al paciente. Estos datos pueden ser su edad, dirección postal, dirección de correo electrónico e información médica. Puede estar relacionada con su salud física o mental, pasadas, presentes o futuras. También puede estar relacionada con los servicios de atención médica y otros datos personales.

Por ley, Community debe:

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

Seguir los términos de la notificación vigente.

- Informarle acerca de cualquier cambio en esta notificación.
- Notificarle que la información sobre su salud (PHI/SPI) creada o recibida por Community se encuentra sujeta a divulgación electrónica.
- Proporcionarle una copia electrónica de su historia clínica dentro de los 15 días de su solicitud. También podemos entregárselo por otro medio si así lo solicita. Existen algunas excepciones a esta regla.

- No vender PHI/SPI, salvo algunas excepciones.
- Notificarle cualquier sospecha de acceso de una persona no autorizada a su PHI/SPI no encriptada.
- Capacitar a los empleados respecto de nuestras prácticas de privacidad. La capacitación se realiza a más tardar 60 días después de su primer día y al menos cada dos años después.

Nos reservamos el derecho a cambiar esta notificación. La fecha de entrada en vigencia se encuentra al final de cada página. Puede obtener una copia en nuestro sitio web: www.CommunityHealthChoice.org. También puede llamar a nuestro Departamento de Servicio para Miembros sin cargo al 1.888.760.2600 y solicitar que le envíen una copia por correo.

Cómo Community puede utilizar o divulgar su información protegida sobre la salud (PHI) sin su autorización

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

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

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

Operaciones de atención médica — Podemos utilizar o compartir su PHI/SPI en nuestras actividades diarias. Por ejemplo:

- Para llamarlo o recordarle su cita.
- Para organizar o llevar a cabo otras actividades de atención médica.
- Para enviarle un boletín informativo.
- Para enviarle noticias sobre productos o servicios que puedan beneficiarlo.
- Para brindarle información acerca de opciones de tratamiento y otros beneficios.

Socios comerciales — Podemos compartir su PHI/SPI con nuestros socios comerciales. Ellos también deberán protegerla. Deben seguir las normas de privacidad y seguridad de la Ley HIPAA, las normas de la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH) y las leyes de privacidad de Texas. En caso contrario, quedan sujetos a la aplicación de multas y sanciones. Deben informar cualquier acceso a la PHI/SPI no encriptada.

Requerido por la ley — Por ley, a veces debemos utilizar o compartir su PHI/SPI. Esos son algunos ejemplos:

Autoridades de salud pública

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

Enfermedades transmisibles: Podemos compartir su PHI/SPI para informarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad. Podemos informarle a una persona que podría estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o una afección.

Agencias de supervisión de la salud y la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos: Compartiremos su PHI/SPI cuando los organismos de supervisión de la salud lo dispongan.

Procedimientos judiciales: Compartiremos su PHI/SPI por asuntos legales. Debemos recibir una orden judicial u otro proceso legal.

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

Médicos forenses, directores funerarios y donaciones de órganos: Compartimos PHI/SPI con médicos forenses, médicos examinadores y directores funerarios. También podemos compartirla para ayudar a administrar donaciones de órganos, ojos o tejidos.

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

Actividad militar y seguridad nacional: Podemos compartir PHI/SPI del personal de las Fuerzas Armadas con el Gobierno.

Indemnización por accidentes de trabajo: Compartiremos su PHI/SPI para cumplir las leyes de indemnización por accidentes de trabajo y programas similares.

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

Divulgaciones del plan de salud: Compartiremos su PHI/SPI para verificar que pueda recibir atención médica. Trabajaremos con otros planes de seguro de salud y otros programas gubernamentales.

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

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

Restricciones de marketing: La ley HITECH no le permite a Community recibir dinero para comunicaciones de marketing.

Otras leyes que protegen la información de salud: Otras leyes que protegen la PHI/SPI sobre salud mental, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, estudios genéticos y pruebas o tratamiento del VIH/sida. Deberá dar su consentimiento por escrito para compartir esta clase de PHI/SPI.

Sus derechos de privacidad con respecto a la información sobre su salud

Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud. En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver su PHI/SPI. Puede obtener una copia impresa del expediente que tenemos sobre usted. También se lo podemos enviar electrónicamente. Es posible que se cobre un cargo por copiarlo y enviarlo por correo.

Derecho a modificar su información de salud: Puede solicitar a Community que cambie determinados datos si usted cree que son erróneos o que están incompletos. Esta solicitud debe hacerse por escrito. No es nuestra obligación realizar los cambios. En caso de que rechacemos su solicitud, lo haremos dentro de los 60 días de haberla recibido.

Derecho a un detalle de las divulgaciones: Usted puede solicitar una lista de determinadas divulgaciones de su PHI/SPI. Esta lista no incluirá la PHI/SPI que hayamos compartido antes del 14 de abril de 2003. Usted no puede solicitar información que tenga más de seis años de antigüedad. En el caso de la PHI/SPI electrónica, la lista solo puede incluir información de hasta tres años de antigüedad. Existen otros límites que se aplican a esta lista. Es posible que deba pagar más de una lista por año.

Derecho a solicitar restricciones: Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos parte de su PHI/SPI para tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de la salud. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Usted debe decirnos (1) la PHI/SPI que desea restringir; (2) si desea cambiar nuestro uso o divulgación; (3) a quién se aplica (por ejemplo, a su cónyuge) y (4) la fecha de caducidad.

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

Si usted paga la totalidad de un artículo o servicio, puede pedirle a un proveedor que no comparta su PHI/SPI con Community con fines de pago u operaciones. Estas son los motivos principales por los que la necesitaríamos. Esto no se aplica si necesitamos su PHI/SPI con fines de tratamiento.

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

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

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

Derecho a revocar una autorización de divulgación: Si nos ha permitido utilizar o compartir su PHI/SPI, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Debe informarnos sobre este cambio por escrito. En algunos casos, es posible que ya la hayamos usado o compartido.

Derecho a ser notificado sobre un acceso no autorizado: Se le informará si descubrimos que se produjo un acceso no autorizado en su PHI/SPI no asegurada. Ese acceso no autorizado puede provenir de Community o de uno de sus socios comerciales.

Leyes federales de privacidad

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le entrega como parte de la Ley HIPAA. Existen otras leyes de privacidad que también se aplican, como la Ley de Libertad de Información (Freedom of Information Act, FOIA), la Ley de Reorganización de la Administración de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas (Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration Reorganization Act), la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH) y las leyes de privacidad de Texas, Código de Salud y Seguridad, Sección 181 *et al.*

Quejas

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

Autorización para usar o divulgar información de salud

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

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

Fecha de vigencia

Este aviso entró en vigencia el 14 de abril de 2003 y se actualizó en diciembre de 2017. Se revisó por última vez en septiembre de 2022. Permanecerá vigente hasta que sea reemplazado por otro aviso.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta o queja, puede contactarnos de las siguientes maneras:

Community Health Choice Texas, Inc.
Chief Compliance Officer
(Director de Cumplimiento)
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, TX 77081
Línea gratuita: 1.877.888.0002

U.S. Department of Health and Human Services
(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.)
Office for Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1877.696.6775
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

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

Legislación de Texas sobre el tratamiento médico de menores y asuntos relacionados con el consentimiento

Community cumple con las leyes y pautas federales y estatales sobre el consentimiento para el tratamiento médico. Normalmente, los menores no pueden dar su consentimiento para recibir tratamiento médico. Como regla general, Community debe obtener el consentimiento de los padres de un menor antes de autorizar un tratamiento médico.

Existen algunas excepciones a la regla general. Por ejemplo, un menor de edad que haya sido emancipado o declarado legalmente adulto por los tribunales puede tomar sus propias decisiones médicas. Algunas otras excepciones: (1) situaciones de emergencia; (2) servicio activo en las Fuerzas Armadas; (3) consentimiento para el tratamiento de enfermedades infecciosas notificables al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas; (4) menores solteras embarazadas que consienten el tratamiento para el embarazo; (5) tratamiento por abuso de drogas y alcohol; (6) asesoramiento en casos de abuso, prevención del suicidio o drogadicción; y (7) otras excepciones según lo permita la ley.

Si tiene preguntas sobre estas excepciones, comuníquese con Community al 1.888.760.2600.

Terminología de atención médica administrada

Apelación: Petición para que su organización de atención médica administrada vuelva a revisar una denegación o querella.

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

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

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

Afección médica de emergencia: Enfermedad, lesión, síntoma o afección lo suficientemente grave como para que cualquier persona razonable busque atención inmediata para evitar daños.

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

Atención en sala de emergencias: Servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia: Evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

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

Querella: Queja presentada ante su seguro o plan médico.

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

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

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

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

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

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

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

Red: Centros, proveedores y proveedores a los que su seguro o plan médico ha contratado para que ofrezcan servicios de atención médica.

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

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

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

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

Autorización previa: Determinación de su seguro o plan médico de que un servicio médico, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha pedido es medicamento necesario. Dicha determinación o autorización, a veces llamada autorización previa o precertificación, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es garantía de que su seguro o plan médico cubrirán los costos.

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

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

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

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

Proveedor de atención primaria: Médico (doctor en medicina o doctor en medicina osteopática), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asociado médico, según lo permitido por la ley estatal, que ofrece una variedad de servicios de atención médica, los coordina o ayuda a los pacientes a acceder a ellos.

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

Servicios y aparatos de rehabilitación: Servicios de atención a la salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones de la vida diaria que se han perdido o dañado debido a una enfermedad, una lesión o una discapacidad.

Servicios de enfermería especializada: Servicios a cargo de enfermeros titulados a domicilio o en una residencia de ancianos.

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

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

LANGUAGE ASSISTANCE

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



NON-DISCRIMINATION STATEMENT (HHS)

Community Health Choice, Inc. (Community) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Community does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex. Community provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Community provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Community Member Services Department at 1.888.435.2850. If you believe that Community has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance.

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

Service Improvement Department

4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081

Phone: 1.888.435.2850

Fax: 713.295.7036

Email: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1.800.368.1019, 800.537.7697 TTY 7-1-1

LANGUAGE ASSISTANCE

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



- Chinese** 本通知有重要信息。本通知包含關於您透過Community Health Choice提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話1.888.435.2850。
- 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 નોટસિમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટસિમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજી અને કવરેજ વર્ષિ મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટસિમાં 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** こと通知には必要な情報が含まれています。この通知にはCommunity Health Choiceの申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。1.888.435.2850までお電話ください。
- Laotian** ທັງສີແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ທັງສີແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໜັບສະໜູນຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊ່ວຍກັນຊື່ມູນວັນທີ່ສໍາຄັນໃນທັງສີແຈ້ງການນີ້ ທ່ານຄວນຈະຕ້ອງປະຕິບັດພາຍໃນກໍານົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານພາຍຫຼັງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສໍາຄັນນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ: 1.888.435.2850.
- Russian** Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии, предоставляемым Community Health Choice. Обратите внимание на основные даты, указанные в настоящем уведомлении. Возможно, будет необходимо предпринять действия до наступления конечного срока для сохранения страхового полиса или для получения помощи в оплате расходов. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощи на вашем языке. Звоните по телефону: 1.888.435.2850.
- Tagalog** Ang Notisyang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maayroon itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapasesguro 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 nakasesguro 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.

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?** Envíe un mensaje de correo electrónico a CommunityAffairs@CommunityHealthChoice.org.



