



STAR+PLUS

MARZO DE 2026

MANUAL DEL AFILIADO

www.CommunityHealthChoice.org

713.295.2300

1.888.435.2850

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



NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

1.888.435.2850 **Servicios de Atención al Afiliado**
24 horas al día, 7 días a la semana, de lunes a viernes, excepto los días festivos autorizados por el Estado. Acceda a su cuenta de afiliado en línea las 24 horas del día, siete días a la semana. La información está disponible en inglés y español. Llámenos para conseguir un intérprete. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano. Llame también para obtener información sobre farmacias y odontología.

1.866.566.8989 **Equipo de Asistencia para la Atención Gestionada del Defensor del Pueblo (OMCAT)**

1.877.343.3108 **Servicios de salud mental/abuso de sustancias y línea directa de crisis
Community Health Choice**
Línea directa de crisis: 24 horas al día, 7 días a la semana. La información está disponible en inglés y español. Llámenos para conseguir un intérprete. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

7-1-1 **TTY para personas con discapacidad auditiva:**
Servicios de Atención al Afiliado
Equipo de Asistencia para la Atención Gestionada del Defensor del Pueblo (OMCAT) TTY para personas con discapacidad auditiva

1.800.206.9052 **Línea de consulta de enfermería las 24 horas**
La información está disponible en inglés y español. 7-1-1 TTY para personas con discapacidad auditiva. Llámenos para conseguir un intérprete. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

1.833.502.0131 **Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) de STAR+PLUS: MTM Health**
Llame para programar su traslado y consultar el estado. **MTM Health** está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al número gratuito de MTM Health al **1-833-502-0131 (7-1-1 para TTY)**, visite <https://mtm.mtmlink.net> desde cualquier navegador web en su computadora o dispositivo móvil, o descargue la aplicación de programación **MTM Link** desde la tienda de aplicaciones de su teléfono inteligente. Asegúrese de conceder al menos 2 días hábiles antes del traslado. Se dispone de información en inglés y en español. Si necesita un intérprete, llame a MTM Health. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

1.888.435.5150 **Coordinación de servicios**
El Equipo de Coordinación de Servicios está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días festivos aprobados por el Estado. Fuera del horario laboral, puede dejar un mensaje y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laborable o llamar a la línea directa de servicios de atención al afiliado al 1.888.435.2850. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano. Si tiene problemas para oír o hablar, llame a la línea TTY/TDD al 7-1-1

1.844.686.4358 **Servicios para la visión** - Envolve Visio visionbenefits.envolvehealth.com

1.877.727.9570 **Servicios dentales** - FCL Dental

1.888.435.2850 **Farmacia** Servicios de Atención al Afiliado de Community Health Choice
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto feriados aprobados por el estado.

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

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

Bienvenido a Community Health Choice

¡Estamos encantados de servirle! Community Health Choice es una Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) local, sin fines de lucro, con la misión de mejorar la salud y el bienestar de los residentes de Texas en todo Harris.

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

Estos son algunos recordatorios:

Si tiene necesidades especiales, problemas de visión o habla otro idioma, llame gratis a nuestro Departamento de Servicios de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850.

Le enviaremos esta información de forma que pueda leerla. Si necesita un intérprete que le ayude a comprender este manual, podemos proporcionarle ayuda oral o escrita. Si necesita ayuda con el lenguaje de señas, Community ofrece Sign Share. Si tiene problemas para oír o hablar, llame a la línea TTY/TDD al 7-1-1 o gratuitamente al 1.800.735.2989.

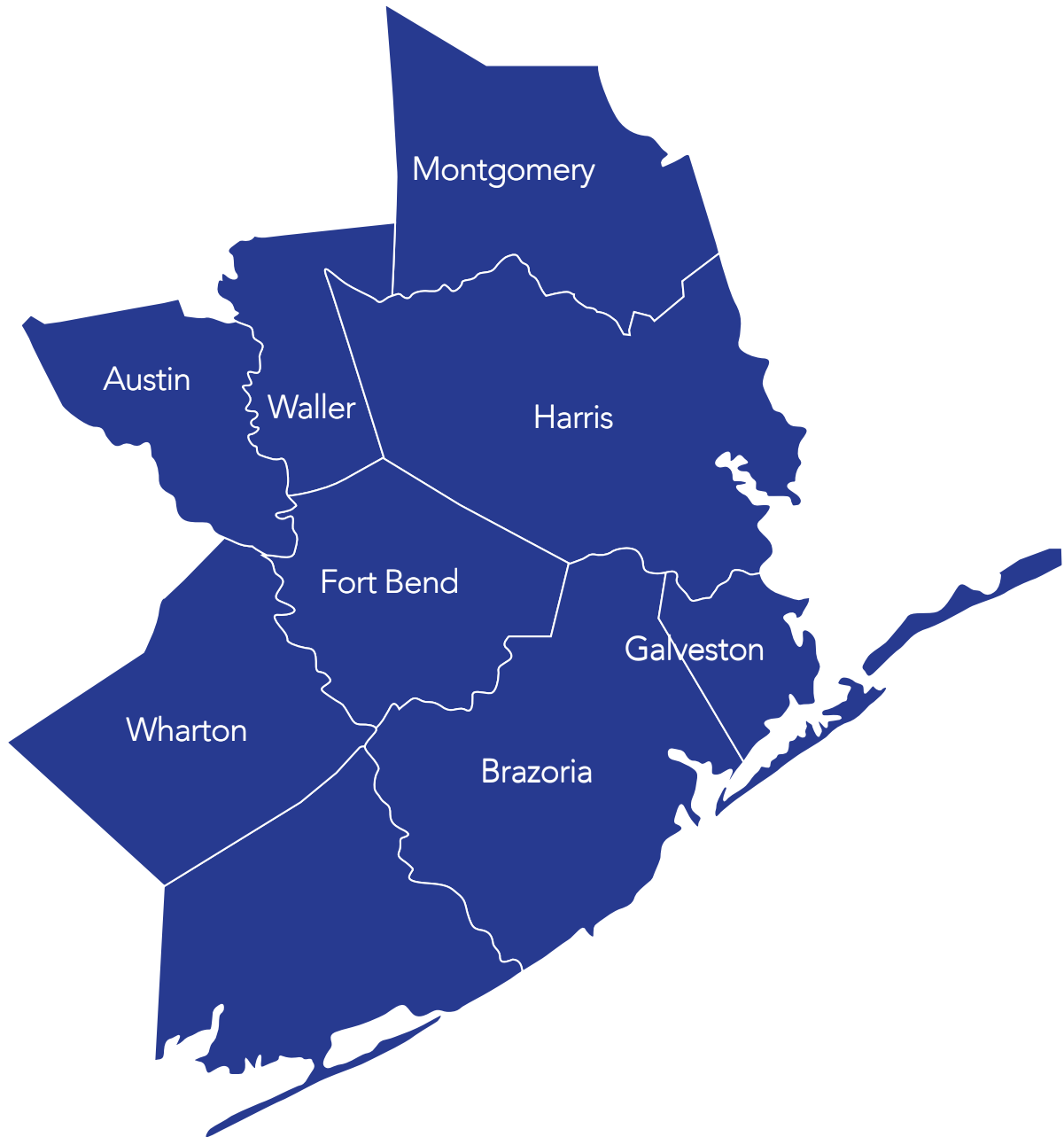
Si necesita ayuda y servicios auxiliares, incluida la obtención de materiales en formatos alternativos como letra grande o Braille, llame gratis a la Oficina de Elegibilidad de la HHSC al 1.855.827.3748 o a nuestro Departamento de Servicios de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850.

¿Necesita ayuda? Community se compromete a ayudar a nuestros Afiliados. Proporcionamos acceso las 24 horas del día a través de números de teléfono gratuitos para conectar directamente con nuestra línea directa para afiliados, la línea directa de salud conductual (BH) sin crisis, la línea directa de crisis de BH, la línea directa de coordinación de servicios y la línea directa de servicios de transporte médico no urgente (NEMT).

Para ponerse en contacto con nuestro personal de Servicios de Atención al Afiliado, llame de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días festivos autorizados por el Estado.

Acceda a su cuenta de miembro en línea las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Mapa de la zona de servicio



Índice

Información que debe estar disponible anualmente como afiliado a Community Health Choice	10
Algunas cosas importantes que conviene recordar:	10
Estamos aquí para ayudarle a aprovechar al máximo su cobertura de salud.	10
Evaluación de nuevas tecnologías	11
Decisiones de gestión de la utilización	11
Mejora de la calidad	11
Objeciones morales o religiosas.	11
Cómo funciona Community Health Choice	12
Ventajas de afiliarse a Community Health Choice.	12
Tarjeta de identificación de afiliado (ID)	12
Información sobre la tarjeta de identificación de afiliado (ID).	12
Cómo leer su tarjeta de identificación de afiliado.	12
Cómo utilizar su tarjeta de identificación de afiliado	12
Cómo sustituir su tarjeta de identificación de afiliado	13
Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas.	13
El portal para clientes de Medicaid YourTexasBenefits.com	13
Formulario 1027-A de verificación de identificación temporal de Medicaid	14
¿Qué aspecto tiene la tarjeta Medicaid?	14
Proveedores de atención primaria	15
¿Qué debo llevar a la cita con el médico?	15
¿Qué es un proveedor de atención primaria?	15
¿Puede en algún momento un especialista ser considerado como proveedor de atención primaria?	15
¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?	16
¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria? (Clínicas de salud o centros de salud autorizados por el gobierno federal).	16
¿Quién más puede ser mi proveedor de atención primaria?	16
¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?	16
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi proveedor de atención primaria?	16
¿Hay algún motivo por el que se podría denegar una solicitud para cambiar un proveedor de atención primaria?	16
¿Puede mi proveedor de atención primaria pasarme a otro proveedor de atención primaria por incumplimiento?	17
¿Qué pasa si opto por ir a otro médico que no es mi proveedor de atención primaria?	17
¿Cómo obtengo atención médica después del cierre del consultorio de mi proveedor de atención primaria?	17
¿Qué es el programa Medicaid Lock-in?	17
Información sobre el plan de incentivos para médicos	17
Cambiar planes de atención médica	17
¿Qué hago si deseo cambiar de plan de atención médica?	17
¿A quién llamo?	18
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de atención médica?	18
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan de atención médica?	18
¿Puede Community Health Choice pedir que me den de baja en su plan de atención médica?	18
Beneficios	18
¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?	18
¿Cómo obtengo estos servicios?	20

¿Hay alguna limitación para algún servicio cubierto?	20
¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?	20
¿Otros beneficios de STAR+PLUS, cuidados y apoyos a largo plazo (LTSS)?	21
Servicios dirigidos al consumidor	21
¿Qué son los Servicios dirigidos al consumidor?	21
Community First Choice (CFC)	21
¿Qué es Community First Choice (CFC)? ¿Quién es elegible para los servicios de CFC?	21
¿Qué servicios ofrece CFC?	21
¿Cómo obtengo estos servicios?	22
¿A qué número llamo para obtener información sobre estos servicios?	22
¿Tengo acceso a servicios fuera de la red?	22
¿Cuáles servicios NO están cubiertos?	22
¿Cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS si estoy ingresado en un centro de cuidados especializados?	22
¿Cuáles son mis beneficios de cuidados agudos?	22
¿Cómo obtengo estos servicios?	22
¿A qué número llamo para obtener información sobre estos servicios?	22
¿Con qué otros servicios puede ayudarme Community Health Choice?	23
¿Qué es el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)?	23
¿Qué es la coordinación de servicios?	23
¿Cómo puedo obtener la Coordinación de Servicios?	23
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	23
¿Qué ventajas adicionales obtengo como afiliado a Community Health Choice?	23
¿Qué ventajas adicionales obtengo como afiliado a Community Health Choice?	25
¿Cómo puedo obtener estos beneficios?	25
¿Qué clases de educación de salud ofrece Community Health Choice?	25
Programa de gestión de casos complejos	25
Programa de gestión de cuidados	25
¿Qué otros servicios puede ofrecerme Community Health Choice?	25
Asistencia médica y otros servicios	26
¿Qué significa necesario por motivos médicos?	26
¿Qué es la atención médica de rutina?	26
¿Cuánto tardarán en atenderme?	26
¿Qué es la atención médica urgente?	26
¿Qué debería hacer si necesito atención médica urgente?	27
¿Cuánto tardarán en atenderme?	27
¿Qué son los servicios de cuidados y apoyo a largo plazo (LTSS)?	27
¿Otros beneficios de STAR+PLUS, cuidados y apoyos a largo plazo (LTSS)?	27
¿Cómo obtengo estos servicios?	28
¿Qué es la atención médica de emergencia?	28
¿Cuánto tardarán en atenderme?	28
¿Mi cobertura incluye hospitales?	28
¿Cubre Community Health Choice los servicios dentales de emergencia?	28
¿Qué hago si necesito atención dental de emergencia?	28
¿Qué es la posestabilización?	28
¿Cómo obtengo atención médica después del cierre del consultorio de mi proveedor de atención primaria?	29
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	29
¿Qué hago si estoy fuera del estado?	29
¿Qué hago si estoy fuera del país?	29

¿Qué hago si necesito ver a un especialista?	29
¿Qué es una derivación?	29
¿Con qué rapidez puedo esperar que me atienda un especialista?	29
¿Qué servicios no necesitan una derivación?	29
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	29
¿Cómo recibo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental), alcoholismo o drogadicción?	29
¿Necesito una derivación para esto?	30
¿Qué son los servicios de rehabilitación para la salud mental y administración de casos específica para la salud mental?	30
¿Cómo obtengo estos servicios?	30
¿Qué son los servicios y entornos sustitutivos?	30
¿Qué son los Servicios Intensivos para Pacientes Ambulatorios (IOP)?	30
¿Qué son los Servicios de Hospitalización Parcial (PHP)?	30
¿Qué es la Atención Especializada Coordinada (CSC)?	31
¿Cómo puedo obtener estos servicios?	31
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	31
¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	31
¿Qué pasa si voy a una farmacia que no es de la red?	31
¿Qué debo llevar a la farmacia?	32
¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?	32
¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos?	32
¿Qué hago si no puedo obtener la aprobación para el medicamento que mi médico ordenó?	32
¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?	32
¿Y si también tengo Medicare?	32
¿Cómo obtengo mis medicamentos si me encuentro en un centro de cuidados especializados?	32
¿Y si necesito un medicamento sin receta?	32
¿Cómo recibo servicios de planificación familiar?	32
¿Necesito una derivación para esto?	32
¿Cómo encuentro un proveedor de servicios de planificación familiar?	32
¿Qué es la Administración de casos para niños y embarazadas (CPW)?	33
¿Quién puede tener un administrador de casos?	33
¿Qué hacen los administradores de casos?	33
¿Qué tipo de ayuda puede obtener?	33
¿Cómo puede obtener los servicios de administrador de casos?	33
¿Qué es la coordinación de servicios?	33
¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?	34
¿Cómo puedo obtener la Coordinación de Servicios?	34
¿Qué es un trabajador agrícola itinerante?	34
¿Qué ocurre si soy un trabajador agrícola itinerante?	34
Servicios de transporte médico no urgente (NEMT)	34
¿Qué son los servicios NEMT?	34
¿Cómo puedo saber dónde está mi transporte?	35
¿Cómo puedo obtener los servicios de oftalmológicos?	36
¿Puede interpretar alguien para mí cuando hablo con mi médico?	36
¿A quién llamo para conseguir un intérprete?	36
¿Con cuánta anticipación debo llamar?	36
¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?	36
¿Qué hago si necesito ver a un obstetra/ginecólogo?	36
¿Tengo derecho a escoger un ginecólogo/obstetra?	36
¿Cómo escojo un ginecólogo/obstetra?	36
¿Qué pasa si no escojo un ginecólogo/obstetra? ¿Tengo acceso directo a uno?	36

¿Necesitaré una derivación?	36
¿Con qué rapidez puede verme mi obstetra/ginecólogo después de comunicarme para obtener una cita?	36
¿Puedo seguir con mi obstetra/ginecólogo si no pertenece a Community Health Choice?	36
¿Qué hago si estoy embarazada?	36
¿A quién debo llamar?	36
¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Community Health Choice a las mujeres embarazadas?	36
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?	36
¿Puedo escoger un proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca?	36
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de atención primaria de mi bebé?	36
¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?	37
¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?	37
¿Cómo y cuándo le informo a mi plan de salud?	37
¿Cómo puedo recibir atención médica después del nacimiento de mi bebé (si ya no tengo cobertura de Medicaid)?	37
¿Cómo y cuándo se lo digo al asistente social?	37
¿A quién llamo si tengo necesidades de atención médica especiales y necesito que alguien me ayude?	37
¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo/a para tomar una decisión sobre mi atención médica?	37
¿Qué son las directivas anticipadas?	37
¿Cómo obtengo una directiva anticipada?	37
¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?	37
¿Qué pasa si pierdo mi cobertura de Medicaid?	38
¿Qué debo hacer si recibo una factura de mi médico?	38
¿A quién llamo?	38
¿Qué información me pedirán?	38
¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme servicios o suministros si tengo Medicare y Medicaid?	38
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	38
¿Qué hago si tengo otra cobertura médica además de Medicaid?	38
¿Cuándo deben pagar los demás?	38

Derechos y responsabilidades de los afiliados 40

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	40
Responsabilidades adicionales del afiliado durante el uso de los servicios de MTM Health	42
¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) u otros productos que se encuentran normalmente en una farmacia?	42

Proceso de quejas 42

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién llamo?	42
¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una queja?	42
¿Cuánto tardarán en procesar mi queja? ¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?	43

Apelaciones 43

¿Qué puedo hacer si mi médico me pide un servicio o medicamento que está cubierto pero Community Health Choice lo deniega o lo limita?	43
¿Cómo me enteraré de la denegación de servicios?	43
¿Qué tengo que hacer para apelar y de cuánto tiempo dispongo?	43
¿Puedo presentar mi apelación oralmente?	43
¿Puedo solicitar una prórroga? ¿Puede Community Health Choice solicitar una prórroga?	43
¿Cuándo tiene derecho un afiliado a solicitar una apelación?	43
¿Cuándo debo presentar mi apelación para asegurarme de que continúo con mis servicios autorizados actuales?	44
¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una apelación?	44
¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial?	44

¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial de emergencia?	44
Apelaciones de emergencia ante las MCO	46
¿Qué es una apelación de emergencia?	46
¿Cómo solicito una apelación de emergencia?	46
¿Tengo que presentar mi pedido por escrito?	46
¿Cuáles son los plazos para una revisión de apelación de emergencia?	46
¿Qué ocurre si Community Health Choice deniega la solicitud de una apelación de emergencia?	46
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?	46
¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial?	46
Audiencia estatal imparcial	48
¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial de emergencia?	48
Información sobre la revisión médica externa	48
¿Puede un afiliado solicitar una revisión médica externa?	48
¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?	49
Denuncias de abuso, negligencia y explotación	49
¿Cómo denuncio sospechas de abuso, negligencia o explotación?	49
¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación?	49
Denuncias de abuso, negligencia y explotación	49
Denuncia por teléfono (no de emergencia)	49
Denuncia por medios electrónicos (no de emergencia)	49
Información de utilidad para denunciar	50
Información sobre el fraude	50
¿Desea denunciar fraudes, despilfarros o abusos?	50
Aviso de privacidad	51
Nuestra responsabilidad hacia usted en relación con la Información de salud protegida	51
Cómo puede Community utilizar o divulgar su información de salud protegida sin su autorización	52
Sus derechos de privacidad con respecto a su información de salud	53
Leyes federales de privacidad	54
Quejas	54
Autorización para utilizar o divulgar información de salud	54
Fecha de entrada en vigencia	54
Información de contacto	54
Asistencia con el idioma	55
Eventos para afiliados	58

Información que debe estar disponible anualmente como afiliado a Community Health Choice

Como afiliado a Community Health Choice, puede solicitar y obtener la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red: al menos sobre médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicios. Esta información incluirá los nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (distintos del inglés) de cada proveedor de la red, además de identificar los proveedores que no aceptan nuevos pacientes.
- Cualquier limitación a su libertad de elección entre Proveedores de red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de reclamación, apelación, revisión médica externa y audiencia estatal imparcial.
- Información sobre los beneficios disponibles en el programa Medicaid, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Esto es para asegurarnos de que conozca los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtiene beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
- Cómo obtiene beneficios, incluidos servicios de planificación familiar y servicios de proveedores fuera de la red, y los límites a dichos beneficios.
- Cómo obtiene cobertura fuera del horario laboral y de emergencia y los límites de ese tipo de beneficios, incluyendo:
 - Qué constituye una afección médica de emergencia, servicios de emergencia y servicios de posestabilización.
 - El hecho de que no necesite autorización previa de su proveedor de atención primaria para obtener servicios de atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluidas instrucciones sobre cómo utilizar el sistema telefónico 9-1-1 o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales ofrecen servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración que establezca su derecho a usar cualquier hospital u otro sitio de atención de emergencias.
 - Las reglas de posestabilización.
- La política sobre derivaciones para atención especializada y para recibir otros beneficios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria.
- Directrices prácticas de Community Health Choice.

Algunas cosas importantes que conviene recordar:

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

Estas son algunas cosas importantes que conviene recordar:

- Lea este manual. Si tiene alguna pregunta sobre este manual, llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850.
- Lea en este manual sus derechos y responsabilidades como afiliado al plan.
- Encuentre un proveedor de atención primaria en nuestro Directorio de proveedores en línea. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850. Cuando elija a su proveedor, deberá llamarnos para que podamos asignarle ese proveedor. También puede crear una cuenta en línea en www.CommunityHealthChoice.org > Member Login 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 que nos haya dicho a quién ha elegido como su proveedor de atención primaria. Revise su información en la tarjeta. Si hay algún error, póngase en contacto con nosotros inmediatamente.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice cada vez que vaya al consultorio del médico, a la clínica, al hospital o a la farmacia para que le surtan su receta.
- Si tiene necesidades de salud especiales, ¡podemos ayudarle! Podemos inscribirle en uno de nuestros programas de gestión de cuidados o remitirle al programa de gestión de casos para niños y mujeres embarazadas.
- Si es usted miembro de una familia de trabajadores agrícolas itinerantes, podemos ayudarle a obtener todos los servicios de atención médica que necesite antes de viajar.

- Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice.
- Guarde este manual en un lugar seguro para utilizarlo en el futuro.

Recuerde que estamos aquí para ayudarle. Llame gratuitamente al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 si necesita ayuda.

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

Derechos

1. 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 su dignidad y su derecho a la intimidad.
3. Derecho a participar con los facultativos en la toma de decisiones sobre su atención médica.
4. Derecho a una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
5. Derecho a expresar quejas o apelaciones sobre la organización o la atención que presta.
6. Derecho a formular recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Responsabilidades

7. La responsabilidad de facilitar la información (en la medida de lo posible) que la organización y sus profesionales y proveedores necesiten para prestar asistencia.
8. La responsabilidad de seguir los planes e instrucciones de atención que haya acordado con sus profesionales.
9. La responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados, en la medida de lo posible.

Tiene derecho a decirnos lo que piensa de los derechos y responsabilidades que se le ofrecen. Díganos lo que piensa llamando al 1.888.435.2850.

Evaluación de nuevas tecnologías

Proporcionamos cuidados que han demostrado ser seguros y útiles. Revisamos los nuevos tratamientos de atención médica. Revisamos los nuevos procedimientos. La revisión utiliza datos de salud actualizados. Es lo que se denomina evaluación de nuevas tecnologías. Nosotros decidimos si pagamos por estas cosas. Esta revisión significa que pagamos cuando la seguridad y el valor están claros. Puede pedirnos que revisemos nuevas tecnologías. El Programa de Medicamentos para Vendedores de Texas revisa los medicamentos. Ellos deciden qué medicamentos están en el formulario.

Decisiones de gestión de la utilización

La Comunidad sigue unas directrices para determinar qué servicios de atención médica cubrimos. Esto se denomina gestión de la utilización. Sabemos lo importante que es tomar las decisiones correctas para su cuidado. Community sigue tres principios a la hora de tomar estas decisiones:

1. Nuestras decisiones se basan solo en si:
 - La atención y los servicios son adecuados.
 - Es un beneficio cubierto.
2. No recompensamos a los médicos ni a nadie por denegar la cobertura.
3. No damos incentivos a los médicos ni a nadie para animarles a tomar decisiones que supongan que usted reciba menos atención de la que necesita.
4. Si Community deniega su solicitud de servicios, puede obtener una revisión externa independiente. Una revisión independiente es aquella en la que una persona ajena a Community revisa su solicitud de servicios. Esto se denomina "audiencia imparcial".

Mejora de la calidad

Nuestro Departamento de Mejora de la Calidad ayuda a Community a ofrecerle la mejor atención clínica y el mejor servicio posibles. El Equipo de Calidad observa, analiza y mejora los métodos de calidad con el fin de mejorar los resultados de la atención médica a nuestros afiliados. Si desea más información sobre nuestro Programa de Mejora de la Calidad, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Afiliado llamando al número gratuito 1.888.435.2850.

Objeciones morales o religiosas

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

Cómo funciona Community Health Choice

Ventajas de afiliarse a Community Health Choice

Contamos con una amplia red de médicos, hospitales y otros proveedores de salud. Nuestro Departamento de Atención al Afiliado está a su disposición para ayudarle. Puede llamar gratuitamente al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días festivos autorizados por el Estado. Hablamos inglés y español o podemos conseguirle un intérprete que hable su idioma.

Nuestro personal del Servicio de Atención al Afiliado puede ayudarle a:

- Responder preguntas sobre beneficios
- Elegir un proveedor de atención primaria (médico)
- Cambiar su proveedor de atención primaria
- Obtener una nueva tarjeta de identificación de afiliado en caso de pérdida o robo de la suya
- Resolver quejas o problemas
- Responder a las preguntas sobre farmacia

También puede acceder a su cuenta de afiliado por Internet las 24 horas del día, siete días a la semana para:

- Verificar su elegibilidad
- Cambiar de dirección, número de teléfono o proveedor de atención primaria
- Averiguar si se tiene que hacer un examen
- Confirmar su asistencia a eventos
- Hacernos una pregunta

Tarjeta de identificación de afiliado (ID)

Información sobre la tarjeta de identificación de afiliado (ID)

Cada miembro de su familia recibirá su propia tarjeta de afiliado. Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de afiliado y Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas. Muéstrela a su médico o proveedor de atención médica antes de que lo atiendan. Recibirá su tarjeta de identificación de afiliado en un plazo de 3 a 5 días laborables a partir de la fecha de afiliación.




Cómo leer su tarjeta de identificación de afiliado

Compruebe su tarjeta de identificación de afiliado para asegurarse de que es correcta. Debería tener:

- Su nombre
- Su número de Medicaid
- El nombre, la dirección y el número de teléfono de su médico de atención primaria, para que pueda concertar una cita o hablar de sus necesidades de atención médica

Cómo utilizar su tarjeta de identificación de afiliado

Esta es una muestra de nuestra tarjeta de identificación de afiliado:

 TEXAS Health and Human Services	 TEXAS STAR PLUS Your Health Plan • Your Choice	 COMMUNITY HEALTH CHOICE
Name	DOB	
Member ID	PCP Effective Date	
PCP Name		
PCP Phone	Rx BIN:	
PCP Address	Rx GRP:	
	Rx PCN:	
<hr/>  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 1.888.435.2850 TTY 711 (toll-free gratis)	Talk to a nurse 24/7 Hable con una enfermera 24/7 1.800.206.9052 TTY 711
Service Coordination 24/7 Coordinación de Servicio 24/7 1.888.435.5150 TTY 711, 713.295.5004 TTY 711	Behavioral Health 24/7 Servicios para salud mental 24/7 1.877.343.3108 TTY 711
In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. After treatment, call your Primary Care Provider within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al Proveedor de Cuidado Primario dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.	
Provider Services	
Eligibility, authorizations, benefits and claims: Provider.CommunityHealthChoice.org 713.295.2300 TTY 711	
Send claims to: Community Health Choice, P.O. Box 301404, Houston, TX 77230	
Electronic claims: Payer ID 48145	
Pharmacy: Navitus Health Solutions 1.877.908.6023 TTY 711 BIN: 610602 PCN: MCD RXGroup: CHC	
<small>©_TX_HHS_HHHS_STAR_PLUS</small>	

AFILIADOS CON MEDICAID (STAR+PLUS) SOLAMENTE - TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIADO

 TEXAS Health and Human Services	 TEXAS STAR+PLUS Your Health Plan + Your Choice	 COMMUNITY HEALTH CHOICE
Name	Rx BIN:	
Member ID	Rx GRP:	
DOB	Rx PCN:	

 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
1.888.435.2850 TTY 711 (toll-free | gratis) **Talk to a nurse 24/7 | Hable con una enfermera 24/7**
1.800.206.9052 TTY 711
Service Coordination 24/7 | Coordinación de Servicio 24/7
1.888.435.5150 TTY 711, 713.295.5004 TTY 711 **Behavioral Health 24/7 | Servicios para salud mental 24/7**
1.877.343.3108 TTY 711

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

Provider Services
Eligibility, authorizations, benefits and claims:
Provider.CommunityHealthChoice.org | 713.295.2300 TTY 711
Send claims to: Community Health Choice, P.O. Box 301404, Houston, TX 77230
Electronic claims: Payer ID 48145
Pharmacy: Navitus Health Solutions
1.877.908.6023 TTY 711 **BIN: 610602** **PCN: NVTD** **RXGroup: CHCD002**
©CommunityHealthChoice.org

AFILIADOS CON MEDICAID (STAR+PLUS) Y MEDICARE - TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIADO

Es importante que usted:

- Tenga a mano su tarjeta de identificación de afiliado y su número de Medicaid cuando llame al Servicio de Atención al Afiliado al número gratuito 1.888.435.2850.
- Lleve su tarjeta de identificación de afiliado y Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas a todas las citas.
- No deje que otras personas usen su tarjeta de identificación de afiliado.

Cómo sustituir su tarjeta de identificación de afiliado

Imprima una tarjeta de identificación temporal a través de su cuenta Mi Miembro en www.CommunityHealthChoice.org > Member Login. El Servicio de Atención al Afiliado le enviará por correo una permanente. O llame gratis al 1.888.435.2850.

Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas

Cuando se apruebe su inscripción en Medicaid, recibirá una Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta Medicaid de todos los días. Debería llevarla con usted y protegerla como a su licencia de conductor o una tarjeta de crédito. Su médico puede usar la tarjeta para averiguar si tiene beneficios de Medicaid cuando usted acude a la consulta.

Solo se le expedirá una tarjeta y recibirá una nueva en caso de pérdida o robo. Si pierde o le roban la tarjeta Medicaid, puede obtener una nueva llamando gratuitamente al 1.800.252.8263.

Si no está seguro de estar cubierto por Medicaid, puede averiguarlo llamando gratuitamente al 1.800.252.8263. También puede llamar al 2-1-1.

1. Primero escoja un idioma y luego la opción 2.

Su historial de atención médica es una lista de servicios médicos y medicamentos que usted ha obtenido a través de Medicaid. Lo compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué atención médica necesita. Si no quiere que sus médicos vean su historial médico a través de la red segura en línea, llame gratis al 1.800.252.8263.

La Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas tiene impresos estos datos en el frente:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid.
- La fecha de envío de la tarjeta.
- El nombre del programa de Medicaid en el que está inscrito si recibe:
 - - Medicare (QMB, MQMB)
 - - Texas Women's Health Program (TWHP)
 - - Hospice
- Datos que necesita su farmacia para facturar a Medicaid.
- El nombre de su médico y farmacia si está en el programa Medicaid Lock-in.
 - - Emergency Medicaid o
 - - Presumptive Eligibility (PE) para embarazadas.

En el reverso de la tarjeta Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas hay un sitio web que puede visitar (www.YourTexasBenefits.com) y un número de teléfono al que puede llamar gratuitamente (1.800.252.8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

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

El portal para clientes de Medicaid YourTexasBenefits.com

Puede utilizar el Portal para clientes de Medicaid para hacer todo lo siguiente para usted o para cualquier persona a cuya información médica o dental se le permita acceder:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta YTB Medicaid

- Consultar sus planes médicos y dentales
- Consultar la información sobre sus beneficios
- Ver las alertas de Pasos Sanos de Texas de STAR y STAR Kids
- Ver alertas de difusión
- Ver diagnósticos y tratamientos
- Ver vacunas
- Ver medicamentos con receta
- Elija si desea que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible
- Para acceder al portal, vaya a www.YourTexasBenefits.com.
 - Haz clic en **Entrar al sistema**.
 - Introduzca su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una cuenta**.
 - Haz clic en **Maneje**.
 - Vaya a la sección "Enlaces rápidos".
 - Haga clic en **Medicaid y Servicios CHIP**.
 - Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponible**.

Nota: El portal para clientes de Medicaid YourTexasBenefits.com muestra información solo para clientes activos. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que sea parte de su caso.

Formulario 1027-A de verificación de identificación temporal de Medicaid

Si pierde la tarjeta Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas, llame gratis a la oficina local de elegibilidad de la HHSC al 1.800.964.2777. Le darán un Formulario 1027-A de verificación de identificación temporal de Medicaid. Utilizará el formulario 1027-A como prueba de su elegibilidad a Medicaid. El formulario tendrá una fecha de caducidad. Este es el último día en que puede utilizarse este formulario. También se enumerarán todos los miembros de la familia que formen parte de su caso de Medicaid. Debe llevar consigo el formulario 1027-A cuando reciba cualquier servicio de atención médica. Utilícela como su tarjeta de Your Texas Benefits y preséntela a su Proveedor.

¿Qué aspecto tiene la tarjeta Medicaid?

La tarjeta es de plástico, como una tarjeta de crédito, y lleva su nombre y su número de identificación de Medicaid en el frente de la tarjeta.

Frente de la tarjeta:

Aquí es donde aparece su nombre.

Es su número de identificación de Medicaid.

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

Es la fecha en la que se le envió la tarjeta.

Your Texas Benefits
Health and Human Services Commission

Member name:

Member ID:

Issuer ID:

Date card sent:

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

Reverso de la tarjeta:

Este mensaje es para usted.

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

Estos mensajes ayudan a los médicos y proveedores a cobrar por los servicios de Medicaid que le prestan.

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

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

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

THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.

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

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

TX-CA-1213

Proveedores de atención primaria

¿Qué debo llevar a la cita con el médico?

Cuando vaya a ver a su médico, lleve su tarjeta de identificación de afiliado, su tarjeta Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas, una lista de los problemas que tenga, una lista de los medicamentos o hierbas medicinales que esté tomando y un registro de todas las vacunas que le hayan puesto.

Recuerde: SALVO EN CASO DE URGENCIA, LLAME PRIMERO A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTES DE ACUDIR A UN CENTRO DE 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 todos sus registros médicos. Su proveedor de atención primaria debe saber todo acerca de sus necesidades de atención médica pasadas y presentes. Asegúrese de que su proveedor de atención primaria tenga su historia clínica completa. Si usted es un paciente nuevo, ayude a su proveedor de atención primaria a obtener su historia clínica de su médico anterior. Es posible que deba firmar un formulario para autorizar que su historia clínica se envíe a su nuevo proveedor de atención primaria.

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

Una vez que elija a su proveedor de atención primaria, llame sin cargo a Servicios para Miembros al **1-888-435-2850**. Le asignaremos el proveedor de atención primaria que haya seleccionado.

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

Es importante que usted conozca a su proveedor de atención primaria y que este 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.

Podemos ayudarlo a programar su primer chequeo y a conseguir transporte al consultorio de su proveedor. Llame al número gratuito de **MTM Health** al 1-833-502-0131 (7-1-1 para TTY), visite <https://mtm.mtmlink.net> desde cualquier navegador web en su computadora o dispositivo móvil, o **escanee el código QR correspondiente que aparece a continuación** para descargar la aplicación de programación **MTM Link**.



¿Puede en algún momento un especialista ser considerado como proveedor de atención primaria?

Sí. Los afiliados con discapacidades, necesidades especiales de atención médica o enfermedades crónicas o complejas pueden solicitar a Community Health Choice que un especialista sea su proveedor de atención primaria. Llame gratuitamente al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

Puede cambiar de proveedor de atención primaria:

- Llamando gratis al 1.888.435.2850
- Escribiendo a:

Community Health Choice Texas, Inc.
Attention: Member Services
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081

- Creando una cuenta My Member y modificándolo en línea en www.CommunityHealthChoice.org

¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria? (Clínicas de salud o centros de salud autorizados por el gobierno federal)

Sí. Una clínica de salud rural (RHC) o un centro de salud autorizado por el gobierno federal (FQHC) puede ser su proveedor de atención primaria.

Los RHC prestan servicios de atención médica en zonas rurales desatendidas. Los FQHC prestan servicios de atención médica tanto en zonas rurales como urbanas desatendidas.

¿Quién más puede ser mi proveedor de atención primaria?

Puede elegir:

- Médicos de familia
- Médicos de medicina general
- Médicos de medicina interna
- Enfermeros especialistas (ANP)
- Pediatras (para niños y adolescentes)

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

No hay un límite sobre cuántas veces puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo/a. Para cambiar de proveedor de atención primaria:

- Llámenos gratis al 1.888.435.2850
- Escribanos a:

Community Health Choice Texas, Inc.
Attention: Member Services
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081

- Cree una cuenta y modifíquelo en línea en www.CommunityHealthChoice.org

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

Cuando nos llame para cambiar de proveedor de atención primaria, realizaremos el cambio en nuestro sistema informático mientras usted está al teléfono. La fecha de entrada en vigencia del cambio será el primer día del mes siguiente. También le enviaremos de inmediato una nueva tarjeta de identificación de afiliado.

¿Hay algún motivo por el que se podría denegar una solicitud para cambiar un proveedor de atención primaria?

A veces, el proveedor de atención primaria que usted elija puede no estar disponible. Nuestro Servicio de Atención al Afiliado le ayudará a elegir otro Proveedor de Atención Primaria. A continuación le indicamos las razones por las que es posible que no pueda ver a un médico de atención primaria:

- El proveedor de atención primaria que ha elegido no está atendiendo a nuevos pacientes.
- El proveedor de atención primaria que eligió ya no forma parte de nuestra red.

¿Puede mi proveedor de atención primaria pasarme a otro proveedor de atención primaria por incumplimiento?

Sí, estas son algunas razones:

- No respeta las responsabilidades que le incumben como afiliado y que figuran en el Manual del Afiliado
- No acude a tres citas seguidas en un plazo de seis meses y no llama con antelación para cancelarlas
- No sigue las recomendaciones de atención médica de su proveedor
- Usted es grosero, abusivo o no coopera con el Proveedor o con el personal del consultorio, el Servicio de Atención al Afiliado lo llamará y le ayudará a conseguir un nuevo proveedor de atención primaria.

¿Qué pasa si opto por ir a otro médico que no es mi proveedor de atención primaria?

Salvo en caso de urgencia, llame siempre a su proveedor de atención primaria antes de acudir a otro médico o al hospital. Puede ponerse en contacto con su proveedor de atención primaria o médico de apoyo 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 tenga que pagar la factura.

¿Cómo obtengo atención médica después del cierre del consultorio de mi proveedor de atención primaria?

Debe llamar a su proveedor de atención primaria. Puede ponerse en contacto con su médico o con un médico de apoyo las 24 horas del día, los siete días de la semana. O puede llamar gratis a nuestra línea de consulta de enfermería las 24 horas al 1.800.206.9052. Nuestras enfermeras le ayudan a recibir la atención médica adecuada a su problema. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al servicio de urgencias más cercano.

¿Qué es el programa Medicaid Lock-in?

Si usted no respeta las reglas de Medicaid puede ser incluido en el programa Medicaid Lock-in. Este programa verifica cómo utiliza sus servicios de farmacia de Medicaid. No habrá cambios en sus beneficios de Medicaid. Cambiar a una MCO diferente no cambiará su estado de Lock-in.

Para evitar que lo incluyan en el programa Medicaid Lock-in:

- escoja una farmacia en un solo lugar para usar en todo momento.
- asegúrese de que su médico principal, dentista principal o los especialistas a los que ellos lo derivaron sean los únicos médicos que le recetan medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos.

Para más información, llame gratis a Community Health Choice al 1.888.435.2850.

Información sobre el plan de incentivos para médicos

Community Health Choice no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos necesarios por motivos médicos para los afiliados. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de atención primaria (médico principal) es parte de este programa de incentivos para médicos. Además tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al 1.888.435.2850 para obtener más información.

Cambiar planes de atención médica

¿Qué hago si deseo cambiar de plan de atención médica?

Puede cambiar su plan de atención médica llamando a la Línea de Ayuda del Programa STAR, STAR Kids o STAR+PLUS de Texas al 1.800.964.2777. Puede cambiar de plan de atención médica con la frecuencia que quiera.

Si llama para cambiar de plan de atención médica el día 15 del mes o antes, el cambio tendrá lugar el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio tendrá lugar el primer día del segundo mes siguiente.

Por ejemplo:

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

¿A quién llamo?

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 atención médica?

Puede cambiar de plan de atención médica con la frecuencia que quiera.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan de atención médica?

Si llama para cambiar de plan de atención médica el día 15 del mes o antes, el cambio tendrá lugar el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio tendrá lugar el primer día del segundo mes siguiente.

Por ejemplo:

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

¿Puede Community Health Choice pedir que me den de baja en su plan de atención médica?

Sí. Community Health Choice puede solicitar su baja si usted:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio
- Ingresa en un hospicio o centro de cuidados de larga duración
- No es elegible para Medicaid
- Se inscribe en otro plan

También podríamos solicitar a la HHSC que ponga fin a su afiliación después de comunicárselo si usted:

- Falta a tres citas seguidas en seis meses y no llama para cancelarlas;
- No sigue las políticas y procedimientos de Community Health Choice;
- Permite que se haga un uso indebido de su tarjeta de identificación de afiliado; o
- Es disruptivo, abusivo o no coopera con el personal de Community Health Choice, médicos u otros proveedores.

Beneficios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Community Health Choice es uno de los planes STAR+PLUS de Medicaid de Texas y presta servicios que son beneficios cubiertos por el programa Medicaid. Algunos de los beneficios cubiertos son:

1. Servicios de ambulancia urgentes y no urgentes;
2. Servicios de audiología, incluyendo audífonos, para adultos y niños;
3. Servicios de salud conductual, incluyendo: a. Servicios de salud mental en régimen de hospitalización para adultos y niños. Los servicios de hospitalización psiquiátrica prestados en un hospital psiquiátrico independiente a los afiliados menores de 21 años o mayores de 65 no están sujetos a un límite de días para los servicios; b. MHR y TCM de salud mental para personas que no estén inscritas conjuntamente en los servicios ambulatorios de salud mental de Medicare y Medicaid para adultos y niños; c. Servicios de psiquiatría; d. Servicios de asesoramiento para adultos (mayores de 21 años); e. Servicios de tratamiento de SUD, incluyendo: i. Servicios ambulatorios, incluyendo: (1) Evaluación; (2) Servicios de gestión de la abstinencia; (3) Asesoramiento (individual y de grupo); y (4) MAT; ii. Servicios residenciales, que pueden prestarse en un CDTF en lugar de un entorno hospitalario de cuidados agudos, incluyendo: (1) Gestión residencial de la abstinencia; y (2) Tratamiento residencial (incluyendo alojamiento y comida)
4. Atención prenatal provista por un médico, enfermeras parteras certificadas (CNM), enfermeros especialistas (NP), especialistas en Enfermería Clínica (CNS), y un auxiliar médico (PA) en un centro de maternidad habilitado;
5. Servicios para el parto provistos por un médico y CNM en un centro de maternidad habilitado;
6. Servicios para el parto provistos en un centro de maternidad habilitado;

7. Servicio de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer;
8. Servicios quiroprácticos;
9. Servicios de CFC, incluyendo:
 - a. PAS;
 - b. Rehabilitación;
 - c. Servicios de respuesta a emergencias; y
 - d. Consulta de apoyo;
10. Servicios de Actividades Diurnas y Salud (DAHS);
11. Diálisis;
12. Equipos médicos duraderos y suministros;
13. Servicios de emergencia;
14. Servicios de Planificación Familiar; 15. Servicios de atención médica a domicilio prestados de conformidad con 42 C.F.R. § 440.70, y según las indicaciones de la HHSC;
16. Servicios hospitalarios, para pacientes internados y ambulatorios;
17. Laboratorio;
18. Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluyendo:
 - a. Servicios ambulatorios prestados en un hospital ambulatorio y en un centro de atención ambulatorio, según proceda desde el punto de vista clínico; y servicios médicos y profesionales prestados en un consultorio, en régimen de hospitalización o en régimen ambulatorio para:
 - i. Todas las fases de reconstrucción de la(s) mama(s) en la(s) que se haya(n) practicado la(s) mastectomía(s) médicamente necesaria(s);
 - ii. Cirugía y reconstrucción en la otra mama para conseguir un aspecto simétrico;
 - iii. Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de los linfedemas; iv. Mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de mama; y v. Prótesis mamaria externa para la(s) mama(s) en la(s) que se haya(n) realizado la(s) intervención(es) de mastectomía médicamente necesaria(s);
19. Revisiones médicas y servicios de CCP para afiliados menores de 21 años a través del programa THSteps;
20. Servicios NEMT, incluyendo: a. Servicios de transporte de respuesta a la demanda, incluyendo los viajes preestablecidos NEMT, los viajes compartidos y los servicios de transporte público; b. Transporte público; c. Reembolso de millas para participante de transporte individual (ITP); d. Comidas; e. Alojamiento; f. Fondos anticipados; y g. Servicios de transporte aéreo comercial, incluyendo los viajes fuera del estado;
21. Servicios de un centro de enfermería (NF);
22. Evaluación bucodental y barniz de flúor en el centro médico junto con el chequeo médico THSteps para los afiliados menores de 21 años;
23. Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, incluyendo los medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por la farmacia y administrados por el proveedor, y los medicamentos y productos biológicos suministrados en régimen de hospitalización;
24. PAS (plan estatal);
25. PCS para afiliados menores de 21 años;
26. Podología;
27. Atención prenatal.
28. Servicios de un PPECC para afiliados menores de 21 años;
29. Servicios preventivos, incluyendo un chequeo anual para adultos mayores de 21 años;
30. Servicios de atención primaria;
31. Servicios de enfermería privada (PDN) para afiliados menores de 21 años;
32. Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías;

33. Servicios de médicos especialistas;
34. Terapias especializadas: física, ocupacional y del habla;
35. Trasplante de órganos y tejidos;
36. Servicios oftalmológicos, incluyendo optometría y anteojos. (Las lentes de contacto solo están cubiertas si son médicamente necesarias para la corrección de la visión que no puede lograrse con anteojos);
37. Telemedicina;
38. Telemonitorización, en la medida cubierta por Tex. Código del Gobierno, artículo 531.0216; y
39. Telesalud.

Los afiliados adultos reciben tres beneficios mejorados en comparación con la cobertura FFS:

1. Exención del límite de tres recetas al mes, para los afiliados no cubiertos por Medicare;
2. Exención del límite anual individual de \$200,000 para servicios de hospitalización; y
3. La limitación de 30 días de duración de la enfermedad para los servicios de hospitalización descritos en el plan estatal no se aplica a los afiliados a STAR+PLUS con SPMI.

STAR+PLUS HCBS:

1. STAR+PLUS HCBS PAS;
2. Servicios de enfermería (a domicilio);
3. Servicios de respuesta a emergencias (botón de llamada de emergencia);
4. Comidas a domicilio;
5. Servicios dentales;
6. Atención de relevo, tanto a domicilio como fuera de él;
7. Modificaciones menores del hogar;
8. Ayudas de adaptación y suministros médicos;
9. Terapias especializadas;
10. Cuidados de acogida para adultos;
11. Vida asistida;
12. Servicios de asistencia para la transición (TAS);
13. Terapia de rehabilitación cognitiva;
14. FMS;
15. Consulta de apoyo;
16. Asistencia al empleo;
 - a. Los afiliados que reciben servicios similares a través de un programa financiado por la Ley de Rehabilitación de 1973 o la Ley de Educación para Personas con Discapacidades no pueden recibir Asistencia al Empleo a través de STAR+PLUS HCBS.
17. Empleo con apoyo;

¿Cómo obtengo estos servicios?

Puede obtener información sobre estos servicios llamando gratuitamente al Servicio de Atención al Afiliado: 1.888.435-2850 TTY.

¿Hay alguna limitación para algún servicio cubierto?

Proporcionamos servicios médicamente necesarios que están cubiertos por el Programa Medicaid. Si el Programa Medicaid no cubre el servicio, entonces nosotros no cubrimos el servicio.

¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?

Los servicios y apoyos de cuidados a largo plazo son beneficios que lo ayudan a mantenerse seguro e independiente en su domicilio o comunidad. Puede recibir servicios de cuidados a largo plazo si necesita ayuda con las necesidades de

atención médica y vitales cotidianas. Algunos de estos servicios son ayudarle a vestirse, bañarse o ir al baño, preparar comidas, realizar tareas domésticas ligeras o ayudarle a hacer las compras.

¿Otros beneficios de STAR+PLUS, cuidados y apoyos a largo plazo (LTSS)?

Algunos miembros de STAR+PLUS pueden obtener otros servicios de cuidados a largo plazo que se basan en su necesidad médica. Se denominan servicios de exención STAR+PLUS (es posible que haya oído hablar de estos servicios denominados CBA):

- Ayudas de adaptación como: sillas de ruedas, andadores, bastones y equipos médicos duraderos
- Cuidados de acogida para adultos
- Servicios de vida asistida
- Servicios dirigidos al consumidor
- Servicios de respuesta a emergencias
- Comidas a domicilio
- Modificaciones menores del hogar
- Servicios de un centro de cuidados especializados
- Asistente de cuidados personales
- Servicios de cuidados de relevo
- Servicios de terapia (física, ocupacional, del habla)
- Supervisión de protección
- Servicios de asistencia para la transición
- Servicios dentales
- Terapia de rehabilitación cognitiva

Servicios dirigidos al consumidor

¿Qué son los Servicios dirigidos al consumidor?

Los Servicios dirigidos al consumidor (CDS) le permiten tener más opciones y control sobre algunos de los servicios de apoyo a largo plazo que recibe. Como miembro de STAR+PLUS, puede elegir las opciones de CDS que desea gestionar.

Con los CDS puede:

- Encontrar, seleccionar, contratar y despedir (si es necesario) a las personas que le prestan servicios (su personal)
- Formar y dirigir su personal

Estos son los servicios que puede gestionar en los CDS:

- Servicios de asistencia
- Habilitación de CFC
- Servicio de Asistencia Personal de CFC
- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Enfermería de asistencia al empleo
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Atención de relevo
- Terapia del habla.
- Consulta de apoyo
- Empleo con apoyo

Si opta por los CDS, contratará a una Agencia de Servicios de Gestión Financiera (FMSA). La FMSA le ayudará a empezar y le dará una capacitación y apoyo si lo necesita. La FMSA le hará las nóminas y declarará sus impuestos. Póngase en contacto con su Coordinador de Servicios para obtener más información sobre los CDS. Puede llamar a nuestro Equipo de Coordinación de Servicios al 1.888.435.5150 TTY 7-1-1 gratuito o también puede llamar siempre al Servicio de Atención al Afiliado. 1.888.435.2820 llamada gratuita TTY 7-1-1.

Community First Choice (CFC)

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

Los beneficios de Community First Choice proporcionan ayudas y servicios a domicilio y en la comunidad a determinados miembros de Medicaid con discapacidades intelectuales y del desarrollo (IDD) y/o discapacidades físicas. Los afiliados que necesitan un nivel de atención institucional (ejemplo: hospital, centro de cuidados especializados, centro de atención intermedia, etc.) y que necesitan ayuda o desean ser más independientes pueden ser elegibles para los Servicios de CFC. Los afiliados que viven en un hogar comunitario pueden recibir estos servicios. Llame al Servicio de Atención al Afiliado para obtener más información.

¿Qué servicios ofrece CFC?

CFC presta servicios como:

- Servicios de asistencia personal (PAS): ayuda con las actividades de la vida diaria y las tareas relacionadas con la salud
- Servicios de habilitación: servicios para ayudar a los afiliados a aprender nuevas habilidades y a cuidar de sí mismos

- Servicios de respuesta a emergencias: ayuda si los miembros viven solos o están solos la mayor parte del día
- Gestión del apoyo: capacitación sobre cómo seleccionar, gestionar y despedir a los asistentes

Si cree que necesita los servicios de CFC, su coordinador de servicios podrá ayudarle a programar una evaluación. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de CFC o sobre los requisitos para recibirlos, llame a su coordinador de servicios o al Servicio de Atención al Afiliado.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Puede obtener información sobre estos servicios llamando gratuitamente al Servicio de Atención al Afiliado: 1.888.435-2850.

¿A qué número llamo para obtener información sobre estos servicios?

Puede obtener información sobre estos servicios llamando gratuitamente al Servicio de Atención al Afiliado: 1.888.435-2850.

¿Tengo acceso a servicios fuera de la red?

Proporcionamos a los afiliados servicios fuera de la red que son médicamente necesarios y beneficios cubiertos que no están disponibles en nuestra red. Si esos servicios están disponibles, los afiliados tendrán que acudir a uno de los proveedores de nuestra red. Se requiere autorización previa, salvo en situaciones de emergencia.

¿Cuáles servicios NO están cubiertos?

- Abortos no cubiertos por la normativa federal y estatal;
- Acupuntura;
- Autopsias;
- Cirugía estética o plástica que no sea médicamente necesaria;
- Cuidados de custodia;
- Cirugía experimental;
- Cirugía ocular para corregir la miopía, la hipermetropía o la borrosidad;
- Tratamiento de la infertilidad, incluyendo la inseminación artificial y la fecundación in vitro;
- Artículos de uso personal como televisión, teléfono o artículos o servicios de aseo personal, a menos que sean médicamente necesarios;
- Dispositivos protésicos y ortésicos;
- Reversión de la esterilización voluntaria;
- Asistencia sanitaria rutinaria fuera de la zona;
- Servicios no aprobados por su Proveedor de Atención Primaria o Community Health Choice, excepto emergencias;
- Servicios prestados por su empleador o un pariente cercano; o
- Cirugía de cambio de sexo

¿Cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS si estoy ingresado en un centro de cuidados especializados?

Sus beneficios STAR+PLUS no cambiarán si está ingresado en un centro de cuidados especializados. Para más información, llame al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850.

¿Cuáles son mis beneficios de cuidados agudos?

Los beneficios de cuidados agudos incluyen servicios como visitas al médico, radiografías, análisis y otros beneficios médicos. Si desea más información sobre los beneficios de cuidados agudos, llame al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435-2850. Recuerde que si tiene Medicare y Medicaid sus beneficios de cuidados agudos están cubiertos por Medicare.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a su proveedor de atención primaria e infórmele del servicio que necesita. Su médico le ayudará a obtener los servicios que necesita. Para algunos de los servicios enumerados puede dirigirse directamente al proveedor que los presta. Llame al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435-2850.

¿A qué número llamo para obtener información sobre estos servicios?

Llame a su proveedor de atención primaria e infórmele del servicio que necesita. Su médico le ayudará a obtener los

servicios que necesita. Para algunos de los servicios enumerados puede dirigirse directamente al proveedor que los presta. Llame al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435-2850.

¿Con qué otros servicios puede ayudarme Community Health Choice?

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

La comunidad ofrece asistencia para la solicitud y la recertificación en la comunidad. Llame al Servicio de Atención al Afiliado para localizar el centro de asistencia más cercano.

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

El WIC es un programa de nutrición para mujeres, bebés y niños. El WIC ayuda a las embarazadas y madres primerizas a aprender acerca de alimentos, lactancia, fórmulas, nutrición y comer de forma saludable. El WIC puede ayudar dando vales WIC para alimentos saludables. Llame al Servicio de Atención al Afiliado para encontrar la oficina WIC más cercana.

¿Qué es la coordinación de servicios?

La gestión de servicios es la coordinación de los servicios médicos para ayudarle con sus necesidades médicas. Un administrador de casos:

- Lo ayudará a elegir un proveedor de atención primaria
- Le enseñará cómo y cuándo utilizar la Línea de asesoramiento de enfermería de 24 horas
- Le dará información sobre la enfermedad y la medicación
- Más

¿Cómo puedo obtener la Coordinación de Servicios?

Llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 si necesita ayuda. Coordinación de Servicios le devolverá la llamada.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Community sigue el Formulario de medicamentos para proveedores de Texas para STAR+PLUS. Las actualizaciones del formulario son gestionadas por el Programa de medicamentos para proveedores de Texas.

He aquí cómo buscar:

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

Esta búsqueda le dirá:

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

Los medicamentos se clasifican en "preferidos" y "no preferidos". Si necesita un medicamento "no preferido", su médico tendrá que presentar una solicitud especial para obtener el medicamento "no preferido" llamando gratuitamente al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850.

¿Qué ventajas adicionales obtengo como afiliado a Community Health Choice?

Los servicios con valor agregado tienen vigencia del 1 de septiembre de 2025 al 31 de agosto de 2026. Pueden aplicarse limitaciones. Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1-888-435-2850.

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	
Ayuda adicional para obtener servicio de transporte	Traslados a una cita con un miembro adicional de su familia o cuidador, incluidos los viajes al banco de alimentos, a la despensa de alimentos, al supermercado, a eventos patrocinados por la comunidad y eventos recreativos para adultos mayores
Administración de enfermedades	Plantillas de calzado especializado para aquellos miembros con diabetes y que estén inscritos en el programa de manejo de enfermedades/administración de casos de Community
Servicios dentales	Dos exámenes dentales de rutina por año hasta \$600 con limpieza, radiografías (una vez por año), extracciones no quirúrgicas y exámenes de emergencia (limitados)

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO

Servicios adicionales para la vista	<p>Los miembros pueden optar por no recibir el beneficio de artículos estándar para la visión y usar \$150 para la compra de anteojos o lentes de contactos no estándar, incluidos los cargos por adaptación de lentes de contacto, cada 24 meses.</p>
Descuento en farmacia/beneficios para suministros de venta libre	<p>Los miembros reciben \$10 por mes (hasta \$120 por año) para medicamentos de venta libre y otros suministros relacionados con la salud no cubiertos por Medicaid</p>
Ayuda para miembros con asma o EPOC	<p>Los miembros con asma o EPOC, e inscritos en el programa de manejo de enfermedades/administración de casos de Community obtienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material educativo sobre asma • Una funda de colchón antialérgica • Una funda de almohada antialérgica
Ayuda adicional para embarazadas	<p>Los miembros reciben una tarjeta de regalo de \$25 por completar un control médico prenatal dentro de los 42 días siguientes a la inscripción y una tarjeta de regalo de \$25 por completar de manera oportuna 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.</p>
Visitas a domicilio	<p>Visitas de acompañamiento domiciliario, hasta 48 horas anuales para miembros sin exención de STAR+PLUS</p>
Servicios de salud y bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Diez (10) comidas a domicilio después de haber recibido el alta del hospital para miembros de STAR+PLUS que no reciben Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS) • Acceso a un nutricionista para educación nutricional y de manejo/pérdida de peso • Organizador de píldoras gratis. • Linterna gratis. • Lupa con luz gratis para los recientemente inscritos. Miembros del centro de enfermería de STAR+PLUS. • Marco de fotos gratis para los recientemente inscritos. Miembros del centro de enfermería de STAR+PLUS. • Manta gratis para los recientemente inscritos. Miembros del centro de enfermería de STAR+PLUS. • Reloj digital gratis con visor grande para los miembros del centro de enfermería de STAR+PLUS recientemente inscritos. • Par de calcetines antideslizantes gratis para los miembros del centro de enfermería de STAR+PLUS recientemente inscritos.
Juegos y ejercicios saludables	<p>Asignación de \$100 como membresía anual en Baker Ripley para los siguientes servicios, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación de habilidades para adultos (incluidas habilidades digitales), servicios de alimentos y nutrición, salud • Promoción, bienestar, ejercicios y actividades de participación social <p>Kit de ejercicios para miembros del centro de enfermería de STAR+PLUS recientemente inscritos, que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una banda de resistencia • Una banda de resistencia alta • Un contador de pasos
Programas de regalos	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de regalo de \$85 para los miembros diabéticos que se hacen una prueba de sangre de HbA1c cada 6 meses. • Tarjeta de regalo de \$30 para los miembros diabéticos que se hacen un examen ocular para diabéticos todos los años. • Tarjeta de regalo de \$30 para miembros con esquizofrenia o trastorno bipolar que consuman medicamentos antipsicóticos y se hayan hecho un examen de detección de diabetes. • Tarjeta de regalo de \$30 todos los años para las mujeres miembro actuales que se realicen una mamografía recomendada.
Recursos de salud mental en línea	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos de telesalud en línea • Herramienta de acompañamiento en línea • Programa de salud mental en línea para terapia individual y grupal, servicios de atención postratamiento y administración de medicamentos para miembros de entre 21 y 32 años

¿Qué ventajas adicionales obtengo como afiliado a Community Health Choice?

- Eventos para afiliados: a lo largo del año celebramos eventos exclusivos para los afiliados y sus invitados.
- Ayuda con la recertificación de los beneficios médicos

Podemos ayudarle con la recertificación de Medicaid cuando llegue el momento de obtenerla. Puede llamar y obtener ayuda por teléfono o en uno de nuestros centros de solicitud. Visite www.communityhealthchoice.org. Busque "Ayuda con la solicitud" para obtener más información.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Llame al Servicio de Atención al Afiliado al 713.295.2300 o al número gratuito 1.888.435-2850.

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

El objetivo de nuestro Programa de educación de salud es ayudar a nuestros afiliados a aprender a mantenerse sanos. Nuestro Programa de educación de salud ofrece ferias de salud y exámenes de bienestar.

Programa de gestión de casos complejos

El Programa de gestión de casos complejos de Community ayuda a coordinar la atención de los afiliados que padecen afecciones médicas complejas. Nuestros administradores de casos complejos ayudan a nuestros afiliados con la atención médica y otros servicios comunitarios según sea necesario. Estos servicios y el Programa de gestión de casos complejos son gratuitos para todos los afiliados y toda la información obtenida es confidencial. Nuestros administradores de casos complejos hablarán con usted y evaluarán sus necesidades sanitarias, así como sus determinantes sociales de la salud.

Las áreas de asistencia incluyen las siguientes:

- Educación sobre su afección médica
- Ayuda para obtener material o equipos médicos
- Desarrollar un plan con usted y su proveedor de atención médica para satisfacer sus necesidades médicas
- Ayuda para encontrar recursos comunitarios como transporte, vivienda, alimentos, guarderías y servicios de atención personal

Puede ponerse en contacto con un gestor 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 gestión de cuidados

Nuestro Programa de gestión de cuidados le ayuda a gestionar sus necesidades de atención médica. Nos centramos en el asma, la diabetes, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal terminal (IRT), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad de las arterias coronarias (EAC), la obesidad, el embarazo de alto riesgo y los pacientes con afecciones médicas complejas.

¿Qué otros servicios puede ofrecerme Community Health Choice?

- Gestión de casos/coordinación de servicios
- Rehabilitación sanitaria para salud mental y retraso mental (MHMR)
- Salud escolar y servicios afines en Texas
- Servicio de tuberculosis prestado por un proveedor autorizado por el Centro de Ciencias de la Salud (HSC)
- Transporte sanitario
- Servicios de hospicio de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)
- Para más información, póngase en contacto con Community Health Choice llamando al número gratuito 1.888.435.2850, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Asistencia médica y otros servicios

Community Health Choice no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos necesarios por motivos médicos para los afiliados. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de atención primaria (médico principal) es parte de este programa de incentivos para médicos. Además tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al (1.88.435.2850) para obtener más información.

¿Qué significa necesario por motivos médicos?

Necesario por motivos médicos significa:

- (1) Para los afiliados mayores de 20 años, los servicios de atención médica no relacionados con la salud del comportamiento que sean:
 - (a) razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o para proporcionar exámenes, intervenciones o tratamientos tempranos para afecciones que causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o limitaciones en la función, amenacen con causar o empeorar una discapacidad, causen enfermedad o dolencia a un afiliado, o pongan en peligro la vida;
 - (b) se presten en centros adecuados y en los niveles de atención apropiados para el tratamiento de las afecciones de salud del afiliado;
 - (c) ser coherentes con las directrices y normas de la práctica de atención médica aprobadas por organizaciones de atención médica o agencias gubernamentales reconocidas profesionalmente;
 - (d) se prestan conforme a los diagnósticos de las enfermedades;
 - (e) no más intrusiva o restrictiva de lo necesario para proporcionar un equilibrio adecuado de seguridad, eficacia y eficiencia;
 - (f) no son experimentales ni están en etapa de investigación; y
 - (g) no tienen como finalidad principal la conveniencia del afiliado o del proveedor; y
- (2) Para los afiliados mayores de 20 años, servicios de salud conductual que:
 - (a) sean razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o dependencia de sustancias químicas, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento derivado de dicho trastorno;
 - (b) sean conformes con las directrices clínicas y las normas de práctica profesionalmente aceptadas en la atención médica conductual;
 - (c) se presten en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el que puedan prestarse los servicios de forma segura;
 - (d) tienen el nivel o la cantidad más adecuados del servicio que pueden ser provistos de manera segura;
 - (e) no podría omitirse sin afectar negativamente a la salud mental y/o física del afiliado o a la calidad de la atención prestada;
 - (f) no son experimentales ni están en etapa de investigación; y
 - (g) no tienen como finalidad principal la conveniencia del afiliado o del proveedor.

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina es cuando usted visita a su proveedor de atención primaria para asegurarse de que se encuentra en buen estado de salud. La atención médica de rutina incluye revisiones periódicas, tratamiento de enfermedades, vacunas y atención de seguimiento.

¿Cuánto tardarán en atenderme?

Debería poder ver a su proveedor de atención primaria en un plazo de dos semanas a partir de la llamada al Proveedor.

¿Qué es la atención médica urgente?

Otro tipo de atención es la atención urgente. Hay algunas lesiones y enfermedades que probablemente no son emergencias, pero pueden convertirse en emergencias si no son tratadas dentro de las 24 horas. Estos son algunos ejemplos:

- Quemaduras o cortes menores
- Dolor de oído
- Dolor de garganta
- Esguinces / distensiones musculares

¿Qué debería hacer si necesito atención médica urgente?

Para atención urgente, debería llamar al consultorio de su médico, incluso por las noches y los fines de semana. Su médico le indicará qué debe hacer. En algunos casos, su médico puede pedirle que vaya a una clínica de atención de urgencia. Si su médico le pide que vaya a una clínica de atención de urgencia, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Community Health Choice Medicaid.

Si necesita ayuda, llámenos gratis al 1.888.435.2850. También puede llamar a nuestra Línea de asistencia de enfermería de 24 hora al 1.800.206.9052 para que le ayuden a obtener la atención que necesita.

¿Cuánto tardarán en atenderme?

Debería poder ver a su médico dentro de las 24 horas para una cita de atención urgente. Si su médico le pide que vaya a una clínica de atención de urgencia, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. La clínica de atención de urgencia debe aceptar Community Health Choice Medicaid.

¿Qué son los servicios de cuidados y apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los Servicios de cuidados y apoyo a largo plazo (LTSS) incluyen atención primaria a domicilio, servicios de actividades diurnas y de salud, y el programa STAR+PLUS HCBS, que ayudan a los afiliados en la comunidad. Los Servicios de cuidados y apoyo a largo plazo son beneficios que lo ayudan a mantenerse seguro e independiente en su domicilio o comunidad. Puede recibir servicios de cuidados a largo plazo si necesita ayuda con las necesidades de atención médica y vitales cotidianas. Algunos de estos servicios son ayudarle a vestirse, bañarse o ir al baño, preparar comidas, realizar tareas domésticas ligeras o ayudarle a hacer las compras.

¿Otros beneficios de STAR+PLUS, cuidados y apoyos a largo plazo (LTSS)?

Algunos afiliados a STAR+PLUS pueden recibir otros servicios de atención a largo plazo en función de sus necesidades médicas. Se denominan servicios de exención STAR+PLUS (es posible que haya oído hablar de estos servicios denominados CBA):

- Ayudas de adaptación como: sillas de ruedas, andadores, bastones y equipos médicos duraderos
- Cuidados de acogida para adultos
- Servicios de vida asistida
- Servicios dirigidos al consumidor
- Servicios de respuesta a emergencias
- Comidas a domicilio
- Modificaciones menores del hogar
- Servicios de un centro de cuidados especializados
- Asistente de cuidados personales
- Servicios de cuidados de relevo
- Servicios de terapia (física, ocupacional, del habla)
- Supervisión de protección
- Servicios de asistencia para la transición
- Servicios dentales
- Terapia de rehabilitación cognitiva

¿Cómo obtengo estos servicios?

Los afiliados deben calificar para servicios LTSS, por favor póngase en contacto con Community Health Choice para obtener información adicional al 1.888.435.2850.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Asistencia médica de emergencia

La atención médica de emergencia se provee en casos de afecciones médicas de emergencia y de trastornos de la salud conductual de emergencia.

Afección médica de emergencia significa:

Una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de aparición reciente y una intensidad tal (incluso el dolor intenso) que una persona prudente, con un conocimiento medio de temas médicos y de salud, podría prever razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría derivar en:

1. un riesgo grave para la salud del paciente;
2. un deterioro grave a las funciones fisiológicas;
3. una disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo;
4. una desfiguración grave; o
5. en el caso de una mujer embarazada, peligro grave para la salud de la mujer o del feto.

Trastorno de salud conductual de emergencia significa:

Cualquier afección, independientemente de su naturaleza o causa, que en opinión de una persona prudente, con un conocimiento medio de temas médicos y de salud:

1. requiere una intervención o atención médica inmediata sin la cual el afiliado representaría un peligro inmediato para sí mismo o para los demás; o
2. que inhabilita a la persona a controlar, conocer o comprender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y atención de emergencia significan:

Servicios cubiertos de hospitalización y ambulatorios prestados por un Proveedor que esté cualificado para prestar dichos servicios y que sean necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia o una afección de salud conductual de emergencia, incluidos los servicios de atención posterior a la estabilización.

¿Cuánto tardarán en atenderme?

Debe ser atendido inmediatamente por 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 acudir a un hospital de la red cuando busque atención médica. En caso de emergencia, acuda al servicio de emergencias del hospital más cercano.

¿Cubre Community Health Choice los servicios dentales de emergencia?

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

- Tratamiento de mandíbula dislocada
- Tratamiento de daño traumático a dientes y estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos orales con origen en dientes o encías
- Hospitales, médicos y servicios médicos relacionados como por ejemplo medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores.

¿Qué hago si necesito atención dental de emergencia?

Durante el horario normal de atención, llame al dentista principal de su hijo/a para averiguar cómo recibir servicios de emergencia. Si su hijo/a necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista principal haya cerrado, llámenos gratis al 1.888.435.2850 o llame al TTY 7-1-1.

¿Qué es la posestabilización?

Los servicios de atención de poestabilización son servicios cubiertos por Medicaid para mantener su afección estable luego de obtener atención médica de emergencia.

¿Cómo obtengo atención médica después del cierre del consultorio de mi proveedor de atención primaria?

Debe llamar a su proveedor de atención primaria. Puede ponerse en contacto con su médico o con un médico de apoyo las 24 horas del día, los siete días de la semana. O puede llamar gratis a nuestra línea de consulta de enfermería las 24 horas al 1.800.206.9052. Nuestras enfermeras le ayudarán a recibir la atención médica adecuada a su problema. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al servicio de emergencia más cercano.

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

Si necesita atención médica cuando viaja, llámenos gratis al 1.888.435.2850 y le ayudaremos a encontrar un médico. Si necesita servicios de emergencia mientras viaja, acuda al servicio de emergencia más cercano y llámenos al teléfono gratuito 1.888.435.2850.

¿Qué hago si estoy fuera del estado?

Si necesita servicios de emergencia mientras viaja, acuda a un hospital cercano.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

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

¿Qué hago si necesito ver a un especialista?

Su proveedor de atención primaria puede tratar la mayoría de los problemas. A veces puede necesitar la atención de un especialista. Su proveedor de atención primaria le ayudará a encontrar un especialista. También puede necesitar atención hospitalaria sin carácter de emergencia. Su proveedor de atención primaria lo derivará a un hospital si es necesario. Los afiliados con discapacidades, necesidades de atención médica especiales y afecciones crónicas o complejas pueden tener acceso directo a un especialista.

¿Qué es una derivación?

Una derivación es una consulta para evaluación y/o tratamiento de un paciente solicitada por un médico a otro médico. Community Health Choice no pagará el costo de la atención hospitalaria que no sea de emergencia ni del equipo médico a menos que su proveedor de atención primaria le dé una derivación.

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

El especialista lo verá lo antes posible, normalmente en un plazo de 8 a 10 semanas. Por supuesto, si es urgente, el especialista podrá atenderlo dentro de las 24 horas siguientes a su solicitud. Si necesita ayuda o no puede esperar tanto tiempo, llame al Servicio de Atención al Afiliado, y es posible que podamos encontrar otro especialista al que pueda visitar antes.

¿Qué servicios no necesitan una derivación?

- Atención de emergencia
- Obstetricia y ginecología
- Controles médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de salud conductual (mental) o tratamiento del alcoholismo y la drogadicción

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Llame al Servicio de Atención al Afiliado si desea una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión de un Proveedor de la red o de un Proveedor fuera de la red si no hay disponible un Proveedor de la red. Puede pedir una segunda opinión si:

1. Ha recibido un diagnóstico o instrucciones de su proveedor que no le parecen correctos o completos.
2. Su proveedor dice que necesita cirugía.
3. Hizo lo que el médico le pidió pero no mejora. Cuando acuda a la consulta, dígame al médico que está allí para pedir una segunda opinión.

¿Cómo recibo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental), alcoholismo o

drogadicción?

Si usted o su hijo/a tiene un problema de salud mental, alcoholismo o drogadicción o necesita atención urgente, llame gratis a Community Health Choice al 1.888.435.2850, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Necesito una derivación para esto?

No es necesario que acuda primero a su proveedor de atención primaria ni que éste haga una derivación. Algunos problemas de salud mental o de abuso de sustancias también pueden requerir atención urgente.

Si necesita ayuda con estos problemas o más información, llame a Community Health Choice. Llame gratis al 1.888.435.2850, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Community Health Choice sigue la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicciones (MHPAEA). Revisamos para asegurarnos de que los requisitos de las prestaciones de salud mental son los mismos y no más restrictivos que los de los beneficios médicos.

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

Se trata de servicios especiales para niños y adultos que reúnan los requisitos necesarios. 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 la 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 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 (IOP)?

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 (PHP)?

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 (CSC)?

La 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.

Los CSC incluyen 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 se adapta mejor a sus necesidades, usted o su padre, madre o tutor pueden contactarnos para hablar al respecto.

Servicios de Medicaid únicamente para personas con doble elegibilidad e inscritas en atención administrada de Medicaid (vigentes a partir del 1 de septiembre de 2025)

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico dice que usted necesita. Su médico hará una receta para que usted la lleve a la farmacia o tal vez pueda enviarla por usted.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Consulte nuestro Directorio de proveedores. Llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850. O consulte nuestro sitio web en www.CommunityHealthChoice.org > Buscar un médico > Buscar una farmacia.

¿Qué pasa si voy a una farmacia que no es de la red?

Tenemos muchas farmacias en nuestra red. Consulte nuestra página web en www.CommunityHealthChoice.org >

Encuentre un médico > Productos > Encuentre una farmacia para obtener una lista completa. También puede llamar al Servicio de Atención al Afiliado al 713.295.2300 o al teléfono gratuito 1.888.435.2850 para solicitar ayuda. Si acude a una farmacia que no pertenece a nuestra red, no cubriremos su receta y tendrá que pagar el precio completo.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Traiga su:

- Receta
- Tarjeta de identidad de Community
- Su Tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas

¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?

Community Health Choice también ofrece muchos medicamentos por correo. Algunas farmacias de Community Health Choice ofrecen servicios de entrega a domicilio. Llame al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 para obtener más información sobre el pedido por correo o para buscar una farmacia que ofrezca servicio de entrega a domicilio en su zona.

¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850. Podemos ayudarle a encontrar una farmacia de nuestra red que esté cerca de usted.

¿Qué hago si no puedo obtener la aprobación para el medicamento que mi médico ordenó?

Si no se puede comunicarse con su médico para que apruebe una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia de su medicación para tres días. Llame gratis a Community Health Choice al 1.888.435.2850 para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos.

¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?

Llame gratuitamente al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 para recibir instrucciones sobre lo que debe hacer.

¿Y si también tengo Medicare?

Puede obtener STAR+PLUS aunque tenga Medicare, a menos que reciba servicios de exención de Medicaid 1915 (c) o viva en centros para personas con discapacidades intelectuales del desarrollo (IDD).

Medicare o su plan de salud de Medicare pagarán sus servicios antes que Community Health Choice. Community Health Choice puede cubrir algunos servicios que Medicare no cubre para los afiliados de STAR+PLUS.

¿Cómo obtengo mis medicamentos si me encuentro en un centro de cuidados especializados?

Community Health Choice también ofrece muchos medicamentos por correo. Algunas farmacias de Community Health Choice ofrecen servicios de entrega a domicilio. Llame al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 para obtener más información sobre el pedido por correo o para buscar una farmacia que ofrezca servicio de entrega a domicilio en su zona.

¿Y si necesito un medicamento sin receta?

Algunos medicamentos sin receta forman parte de su beneficio de Medicaid. Necesita una receta de su médico.

¿Cómo recibo servicios de planificación familiar?

Puede encontrar las ubicaciones de los proveedores de planificación familiar cerca de usted en línea en Healthy Texas Women: <https://www.healthytexaswomen.org/> o puede llamar gratis a Community Health Choice al 1.888.435.2850 para obtener ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar.

¿Necesito una derivación para esto?

No necesita una derivación.

¿Cómo encuentro un proveedor de servicios de planificación familiar?

Usted puede encontrar la ubicación de los proveedores de planificación familiar cerca de usted en línea en Healthy Texas

Women: <https://www.healthytexaswomen.org/> o puede llamar gratis a Community Health Choice al 1.888.435.2850 para obtener ayuda en la búsqueda de un proveedor de planificación familiar.

¿Qué es la Administración de casos para niños y embarazadas (CPW)?

Administración de casos para niños y embarazadas

Gestión de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW): la CPW presta servicios a niños (desde el nacimiento hasta los 20 años) con riesgo de salud y a mujeres embarazadas de alto riesgo de todas las edades, con el fin de fomentar el uso de una atención médica y relacionada con la salud rentable.

Para más información, póngase en contacto con Community Health Choice llamando gratis al 1.888.760.2600, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., o llame gratis a Pasos Sanos de Texas al 1.877.847.8377, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

¿Quién puede tener un administrador de casos?

Niños, adolescentes, adultos jóvenes (nacimiento hasta 20 años de edad) y embarazadas que tienen Medicaid y:

- tienen problemas de la salud o
- tienen un alto riesgo de desarrollar problemas de salud.

¿Qué hacen los administradores de casos?

Una administradora de casos lo visitará y luego:

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

¿Qué tipo de ayuda puede obtener?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

- Obtener los servicios médicos y dentales.
- Obtener suministros o equipos médicos.
- Trabajar sobre asuntos de escuela o educación.
- Resolver otros problemas.

¿Cómo puede obtener los servicios de administrador de casos?

Póngase en contacto con Community Health Choice para obtener más información de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p. m., o llame a Pasos Sanos de Texas al 1.877.847.8377 (llamada gratuita), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

- Gestión de casos de Community Health Choice, llamada gratuita al 1.888.435.2850
- www.CommunityHealthChoice.org

¿Qué es la coordinación de servicios?

El coordinador de servicios le asistirá en la coordinación de los servicios médicos para ayudarle con sus necesidades médicas. El coordinador de servicios se encargará de:

- Ayudarle a elegir un proveedor de atención primaria y a organizar la atención con su proveedor de atención primaria
- Enseñarle cómo y cuándo utilizar la Línea de asesoramiento de enfermería de 24 horas
- Facilitarle información sobre la enfermedad y la medicación y explicarle y describirle las opciones de servicio y colocación
- Defender y trabajar con su equipo de atención médica y ayudarle con cualquier problema médico, de salud conductual y de servicios y apoyos a largo plazo
- Asistir al afiliado para garantizar un acceso coordinado y oportuno a la gama de servicios y/o a los servicios cubiertos por Medicaid
- Colaborar con el centro de cuidados especializados para garantizar los mejores resultados posibles para la salud y la seguridad del afiliado

- Encontrar maneras de que viva en casa o en otros entornos comunitarios

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Para hablar con un coordinador de servicios, llame al Equipo de Coordinación de Servicios de Atención al Afiliado al 1.888.435.5150, TTY: 7-1-1 para sordos y personas con problemas de audición.

¿Cómo puedo obtener la Coordinación de Servicios?

Se le asigna un coordinador de servicios cuando se inscribe en el plan STAR+PLUS de Community Health Choice. Su coordinador de servicios lo llamará por teléfono o lo visitará en persona para hablar con usted sobre sus necesidades de atención médica e informarle sobre los servicios que puede recibir. Le hará preguntas sobre su salud y el apoyo que necesita. Su coordinador de servicios mantendrá la confidencialidad de todo lo que hablen. Para hablar con un coordinador de servicios, llame al 1.888.435.5150 TTY: 7-1-1 para sordos y personas con problemas de audición.

¿Qué es un trabajador agrícola itinerante?

Un trabajador agrícola itinerante se desplaza de un lugar a otro y vive fuera de casa durante más de unos días seguidos para trabajar en una explotación agrícola o en los campos. Estos trabajos incluyen la preparación de cosechas, el cultivo de verduras y frutas, la plantación de árboles, la cría o cuidado de ganado o aves de corral o la preparación de productos lácteos. Los hijos de los trabajadores agrícolas itinerantes, desde recién nacidos hasta los 17 años, pueden recibir servicios de atención médica antes de que se trasladen con usted para ir al siguiente trabajo agrícola. Queremos que su hijo reciba los servicios de atención médica que necesita. Podemos ayudarle a concertar rápidamente una cita para una revisión médica o una visita al dentista de Pasos Sanos de Texas antes de que

se trasladen con usted a su próximo trabajo. También podemos organizar traslados gratuitos de ida y vuelta al médico, al dentista, al hospital o a la farmacia. Llame gratis al 1.888.435.2850 para averiguar cómo Community Health Choice puede ayudar a su hijo a mantenerse sano.

¿Qué ocurre si soy un trabajador agrícola itinerante?

Le pueden hacer el control médico más pronto si se va a ir de la zona.

Servicios de transporte médico no urgente (NEMT)

¿Qué servicios de transporte médico no urgente (NEMT) tengo a mi disposición?

¿Qué son los servicios 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 NEMT?

- Pases o boletos para transporte, como el transporte público dentro de ciudades o estados, y también entre ellos, incluidos los viajes en 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 20 años o menos, podría recibir el costo de las comidas asociadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria para comidas es de \$25 por día para el miembro y \$25 por día para un acompañante autorizado.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo del alojamiento asociado con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a una noche y no incluyen los servicios utilizados durante su estancia, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir fondos con anterioridad a un viaje para cubrir los servicios autorizados de MTM Health.

Si necesita un acompañante para su cita, MTM Health cubrirá estos costos de transporte de este 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 al número gratuito de **MTM Health** al **1-833-502-0131 (7-1-1 para TTY)**, visite **<https://mtm.mtmlink.net>** desde cualquier navegador web en su computadora o dispositivo móvil, o **escanee el código QR correspondiente que aparece a continuación** para descargar la aplicación de programación **MTM Link**.



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. Entre esas circunstancias se pueden mencionar las recogidas después del alta hospitalaria, los viajes a la farmacia para obtener los medicamentos o suministros médicos aprobados y los traslados por urgencias. Una urgencia es una afección médica que no constituye una emergencia, pero es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento en 24 horas.

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

¿Cómo puedo saber dónde está mi transporte?

Puede llamar al 1.833.502.0131 para conocer el estado de su transporte.

¿Cómo puedo obtener los servicios de oftalmológicos?

Llame al proveedor de servicios oftalmológicos que aparece en la página 2, "Números de teléfono importantes». En Medicaid, los servicios oftalmológicos son diferentes para adultos y niños. Si tiene más de 21 años, puede realizarse un examen ocular y conseguir anteojos cada dos (2) años. Si rompe o pierde sus anteojos no podrá solicitar otros. Con Community Health Choice, también obtendrá beneficios oftalmológicos adicionales. Llame a Envolve Vision Services, proveedor oftalmológico de Community Health Choice, al 1.844.686.4358.

¿Puede interpretar alguien para mí cuando hablo con mi médico?

Sí.

¿A quién llamo para conseguir un intérprete?

Llame gratis a Community Health Choice al 1.888.435.2850 para concertar una cita con un intérprete.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

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

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?

Llame gratis a Community Health Choice al 1.888.435.2850 para concertar una cita con un intérprete.

¿Qué hago si necesito ver a un obstetra/ginecólogo?

ATENCIÓN A LAS AFILIADAS

Community Health Choice le permite elegir a cualquier ginecólogo/obstetra, tanto si pertenece a la misma red que su proveedor de atención primaria como si no.

¿Tengo derecho a escoger un ginecólogo/obstetra?

Usted tiene el derecho a escoger un ginecólogo/obstetra sin una derivación de su proveedor de atención primaria. Un ginecólogo/obstetra puede proveerle:

- Un control de rutina cada año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención de cualquier afección médica femenina
- Derivación a un médico especial de la red

¿Cómo escojo un ginecólogo/obstetra?

Puede elegir cualquier ginecólogo/obstetra que aparezca en nuestro Directorio de proveedores en "Proveedores de servicios de salud para la mujer". Es muy importante elegir un médico que la atienda durante el embarazo. Llame al Servicio de Atención al Afiliado si está embarazada y necesita ayuda para elegir un ginecólogo/obstetra.

¿Qué pasa si no escojo un ginecólogo/obstetra? ¿Tengo acceso directo a uno?

Sí, tiene acceso directo. No obstante, la animamos a que elija un ginecólogo/obstetra para que tenga un médico que la trate durante todo el embarazo y conozca sus necesidades de salud.

¿Necesitaré una derivación?

No.

¿Con qué rapidez puede verme mi obstetra/ginecólogo después de comunicarme para obtener una cita?

Su ginecólogo/obstetra está obligado a verla en un plazo de 14 días a partir de su solicitud. La atención prenatal debe prestarse en un plazo de 14 días a partir de la solicitud, salvo en el caso de embarazos de alto riesgo o de nuevos afiliados en el tercer trimestre, para los que debe ofrecerse una cita en un plazo de cinco días o inmediatamente si existe una emergencia.

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

Sí, si cumplió los requisitos para recibir Medicaid en los últimos tres meses de embarazo, puede acudir a su ginecólogo/obstetra actual. Si su ginecólogo/obstetra no forma parte de nuestra red, comuníquenoslo para que podamos intentar trabajar con el proveedor y asegurarnos de que pueda seguir atendiéndose con él. Solo puede consultar a médicos y parteras que sean proveedores de Texas Medicaid.

¿Qué hago si estoy embarazada?

Puede recibir atención prenatal sin necesidad de derivación. Su obstetra/ginecólogo debe solicitar autorización de derivación para algunas pruebas y procedimientos. Su obstetra/ginecólogo debe notificar a Community Health Choice de las visitas de atención durante el embarazo.

¿A quién debo llamar?

Si está embarazada, llame inmediatamente a su asistente social de Medicaid y al Servicio de Atención al Afiliado.

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

Si lo solicita, le facilitaremos material educativo sobre maternidad.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Consulte la "Lista de hospitales" en su Directorio de proveedores de STAR. Nuestros "Centros de Parto de Nivel III" tienen una foto de una cigüeña con un bebé al lado. El directorio también está en línea en www.CommunityHealthChoice.org > Buscar un médico.

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

Consulte la "Lista de hospitales" en su Directorio de proveedores de STAR. Nuestros "Centros de Parto de Nivel III" tienen una foto de una cigüeña con un bebé al lado. El directorio también está en línea en www.CommunityHealthChoice.org > Buscar un médico.

¿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 al Servicio de Atención al

Afiliado para realizar el cambio. El cambio al nuevo Proveedor de Atención Primaria entrará en vigencia el día 1 del próximo mes. Se le enviará por correo una nueva tarjeta de identificación.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Por un mínimo de 90 días desde la fecha del nacimiento, su bebé estará cubierto por el mismo plan de salud en el que usted está inscrita. Puede solicitar un cambio de plan de salud antes de que transcurran los 90 días llamando gratuitamente al Responsable de inscripciones al 1.800.964.2777. No puede cambiar de plan de salud mientras su bebé está en el hospital.

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?

- El hospital donde nazca su bebé debe ayudarle a iniciar el proceso de solicitud de Medicaid para su bebé.
- Consulte con el asistente social del hospital antes de irse a casa para asegurarse de que la solicitud está completa.
- Además, debe llamar al 2-1-1 para encontrar la oficina local de la HHSC y asegurarse de que se ha recibido la solicitud de su bebé.
- Si usted es miembro de Community Health Choice cuando tenga al bebé, éste quedará inscrito en Community Health Choice en la fecha de su nacimiento.

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

Llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 en cuanto nazca su bebé.

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

Después del nacimiento de su bebé usted puede llegar a perder su cobertura de Medicaid. Es posible que pueda obtener algunos servicios de atención médica a través del Programa Healthy Texas Women y el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). Estos servicios están disponibles para las mujeres que presentan la solicitud para los servicios y reciben la aprobación.

¿Cómo y cuándo se lo digo al asistente social?

Tiene que comunicárselo al asistente social de la HHSC en los 30 días siguientes al nacimiento del bebé. Para obtener prestaciones de Medicaid y un número de identificación de Medicaid para su bebé, llame inmediatamente a su asistente social.

¿A quién llamo si tengo necesidades de atención médica especiales y necesito que alguien me ayude?

Póngase en contacto con el Servicio de Atención al Afiliado para obtener información sobre necesidades de atención médica especiales. También puede ponerse en contacto con su Proveedor de Atención Primaria para que le ayude a obtener o conocer los servicios disponibles para usted o su bebé.

¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo/a para tomar una decisión sobre mi atención médica?

Si no ha designado a un sustituto, su médico pedirá a su pariente o amigo más cercano que le ayude a decidir qué es lo mejor para usted. Como es posible que no todas esas personas estén de acuerdo con lo que hay que hacer con sus cuidados, es útil que diga de antemano lo que quiere que ocurra si no puede hablar por sí mismo.

¿Qué son las directivas anticipadas?

Las directivas anticipadas son documentos legales que le permiten decir si acepta o rechaza un tratamiento médico en caso de que esté demasiado enfermo para hablar por sí mismo. Estos documentos pueden ayudar a tu familia a decidir qué hacer por usted para aliviarles el estrés de tomar la decisión por usted. También ayuda al médico a atenderlo según sus deseos.

¿Cómo obtengo una directiva anticipada?

Pida a su médico el formulario o formularios de directivas anticipadas. Llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 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 infantil cada año. En los meses anteriores al vencimiento de la cobertura de un niño/a, la HHSC le enviará a la familia un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación incluye una solicitud. Además incluye una carta

que le pide una actualización sobre los ingresos de la familia y los descuentos de costos. La familia debe:

- Repasar la información de la solicitud de renovación.
- Modificar cualquier información incorrecta.
- Firmar y fechar la solicitud.
- Ver las opciones de planes de salud, si hay disponibles planes de Medicaid.
- Regresar la solicitud de renovación y los comprobantes antes del plazo indicado.

Después de que la HHSC recibe la solicitud de renovación y los comprobantes, el personal verifica que los niños de la familia sigan cumpliendo con los requisitos para su programa actual o si cumplen con los requisitos para un programa distinto. Si se deriva a un niño a otro programa (Medicaid o CHIP), la HHSC envía una carta a la familia informándole de la derivación y luego comprueba si el niño puede recibir beneficios en el otro programa. Si el niño cumple los requisitos, la cobertura del nuevo programa (Medicaid o CHIP) comienza el mes siguiente al último mes de cobertura del otro programa. 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.

¿Qué pasa si pierdo mi cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la recupera en un plazo de seis (6) meses, recibirá los 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 beneficios cubiertos por Medicaid.

¿A quién llamo?

Si recibe una factura, llame al proveedor y dígame que usted es miembro de Community Health Choice Medicaid y que no es responsable de la factura.

¿Qué información me pedirán?

Necesitarán la información que figura en su tarjeta de identificación de afiliado y la información de la factura. Si sigue teniendo problemas, llame gratis al Departamento de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850.

¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme servicios o suministros si tengo Medicare y Medicaid?

No se le pueden facturar los "gastos compartidos" de Medicare, que incluyen deducibles, coseguros y copagos que cubre Medicaid.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

En cuanto tenga su nueva dirección, comuníquese a la oficina local de beneficios de la HHSC y al Departamento de Atención al Afiliado de Community Health Choice llamando gratuitamente al 1.888.435.2850. Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva zona, debe llamar a Community Health Choice, a menos que necesite servicios de emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de Community Health Choice hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Qué hago si tengo otra cobertura médica además de Medicaid?

Medicaid y el seguro privado

Debe informar sobre cualquier seguro médico privado que tenga al personal de Medicaid. Debe llamar a la línea directa de recursos de terceros de Medicaid y actualizar el expediente de su caso de Medicaid si:

- se cancela su seguro médico privado;
- obtiene una nueva cobertura de seguro;
- tiene preguntas generales sobre el seguro a terceros. Puede llamar al teléfono gratuito 1.800.846.7307.

Si tiene otro seguro, quizás aún pueda ser elegible para obtener Medicaid. Cuando le informa al personal de Medicaid sobre su otro seguro médico, usted ayuda a garantizar que Medicaid solo pague lo que su otro seguro no cubre.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden denegarle servicios por tener un seguro médico privado, además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, deben también realizar las presentaciones pertinentes ante su compañía de seguro médico privado.

¿Cuándo deben pagar los demás?

A veces, alguien que no sea Community Health Choice debe pagar su asistencia médica. Esto es lo que tiene que hacer para asegurarse de que paguen:

Cuando tiene más de un plan de salud:

Es posible que tenga otro plan de seguro médico además de Community Health Choice. Si es así, nos aseguraremos de que el plan pague la parte que le corresponde. También nos aseguraremos de que solo se pague una vez por el mismo servicio de atención médica. El término "Coordinación

de beneficios" cubre este tipo de pago. Cuando vaya a recibir atención médica, recuerde que todos los demás planes de salud deben efectuar pagos por la asistencia antes de que Medicaid pueda pagar. Comunique al consultorio de su médico y a nuestro Servicio de Atención al Afiliado si está cubierto por otro plan.

Cobertura a través de otros programas gubernamentales:

Si reúne los requisitos para recibir cobertura de los beneficios de veteranos, compensación de trabajadores o Medicare, parte de su asistencia médica incluirá cobertura de las mismas. Informe a nuestro Servicio de Atención al Afiliado si disfruta de beneficios a través de alguno de estos programas. Le ayudaremos a averiguar cuándo su atención médica incluye su cobertura.

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

Enfermedad o lesiones causadas por terceros:

Si sufre un accidente, es posible que otra persona cubra su atención médica. Una compañía de seguros de automóvil podría cubrirle. Lo mismo puede ocurrir si se enferma por culpa de otra persona. Necesitamos su ayuda para asegurarnos de que la otra parte nos pague el costo de atenderlo.

Derechos y responsabilidades de los afiliados

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

DERECHOS DE LOS MIEMBROS:

1. Tiene el derecho a ser tratado con respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad y sin discriminación. Eso incluye el derecho a:
 - a. Ser tratado con imparcialidad y respeto.
 - b. Saber que sus registros médicos y conversaciones con sus proveedores se mantendrán de forma privada y confidencial.
2. Tiene derecho a recibir una oportunidad razonable para escoger un plan de atención médica y un proveedor de atención primaria. Es el médico o proveedor de atención médica al que verá la mayor parte del tiempo y quien coordinará su atención. Tiene derecho a cambiarse a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Eso incluye el derecho a:
 - a. Recibir información sobre cómo escoger y cambiar su plan de salud y su proveedor de atención primaria.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que desee y que se encuentre disponible en su zona y escoger un proveedor de atención primaria que pertenezca a ese plan.
 - c. Cambiar su proveedor de atención primaria.
 - d. Cambiar su plan de atención de salud sin sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar su plan de salud o su proveedor de atención primaria.
3. Tiene derecho a formular preguntas y recibir respuestas acerca de cualquier cosa que no comprenda. Eso incluye el derecho a:
 - a. Pedirle a su proveedor que le explique sus necesidades de atención médica y le hable de las distintas formas de tratar sus problemas de salud.
 - b. Que le digan por qué se denegó y no se prestó atención o servicios.
 - c. Recibir información sobre su salud, plan, servicios y proveedores.
 - d. Que le informen de sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene derecho a aceptar o rehusar tratamiento y a participar activamente en las decisiones acerca del tratamiento. Eso incluye el derecho a:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál es la mejor atención médica para usted.
 - b. Decir que sí o que no a la atención recomendada por su proveedor.
5. Usted tiene derecho a utilizar cada proceso de queja y apelación disponible a través de la organización de atención administrada y a través de Medicaid, y a obtener una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias estatales imparciales. Eso incluye el derecho a:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa de Medicaid del estado acerca de su atención médica, su proveedor o su plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el proceso de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Solicitar una revisión médica externa y una audiencia estatal imparcial o una audiencia estatal imparcial únicamente al programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funcionan estos procesos.
 - e. Solicitar una audiencia estatal imparcial sin una revisión médica externa al programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a acceder de forma oportuna a atención que no presente ninguna barrera de acceso físico ni de comunicación. Eso incluye el derecho a:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir toda la atención urgente o de emergencia que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Ser capaz de entrar y salir del consultorio de un profesional de atención médica. Esto incluye acceso sin barreras para personas con discapacidades u otras afecciones que limitan la movilidad, en conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.

- d. Contar con intérpretes, de ser necesarios, durante las citas con sus proveedores y cuando habla con su plan de salud. Intérpretes incluye personas que pueden hablar en su idioma materno, ayudar a alguien con una discapacidad o ayudarlo a entender la información.
 - e. Recibir información comprensible sobre las normas de su plan de salud, incluyendo los servicios de atención médica que puede recibir y cómo obtenerlos.
7. Tiene derecho a no ser retenido o aislado para conveniencia de otra persona, o con la intención de obligarlo a hacer algo que usted no desea hacer, o para castigarlo.
 8. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otras personas que lo atienden pueden darle información acerca de la situación de su salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que le entreguen esta información, incluso cuando la atención o el tratamiento no sea un servicio cubierto.
 9. Tiene derecho a saber que usted no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y demás entidades no pueden exigirle que abone copagos ni ningún otro importe por los servicios cubiertos.
 10. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de los afiliados a su plan de salud.

RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS:

1. Debe conocer y entender cada uno de los derechos que tiene en el programa de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a. Conocer y entender sus derechos bajo el programa de Medicaid.
 - b. Formular preguntas si no entiende sus derechos.
 - c. Saber qué opciones de planes de salud se encuentran disponibles en su zona.
2. Debe respetar todas las políticas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a. Conocer y respetar todas las reglas del plan de salud y las reglas de Medicaid.
 - b. Escoger con prontitud su plan de salud y su proveedor de atención primaria.
 - c. Realizar cualquier cambio a su plan de salud y a su proveedor de atención primaria de las maneras estipuladas por Medicaid y por el plan de atención médica.
 - d. Asistir a sus citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no puede asistir.
 - f. Siempre comunicarse primero con su proveedor de atención primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Asegurarse de contar con la autorización de su proveedor de atención primaria antes de acudir a un especialista.
 - h. Entender cuándo debería y cuándo no debería ir a una sala de emergencias.
3. Debe compartir información acerca de su salud con su proveedor de atención primaria y enterarse acerca de las opciones de servicios y tratamientos. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a. Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las distintas formas de tratar sus problemas de salud.
 - c. Ayudar a sus proveedores a conseguir sus registros médicos.
4. Debe participar en las decisiones relacionadas con las opciones de tratamiento y servicio, escoger sus preferencias personales y tomar medidas para mantener su salud. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál es la mejor atención médica para usted.
 - b. Entender cómo lo que usted hace puede afectar su salud.
 - c. Dar lo mejor de sí para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de 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 los viajes de ida y vuelta a sus citas médicas.
7. Si ha contratado los servicios de MTM Health, pero por algún motivo ya no necesita dicho servicio, debe comunicarse con la persona que le ayudó a organizar su transporte lo antes posible.

Si cree que sufrió discriminación o que lo trataron de manera injusta, 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 debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) u otros productos que se encuentran normalmente en una farmacia?

Medicaid cubre algunos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia. Para todos los afiliados, Community Health Choice paga los nebulizadores, los suministros de ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios.

Llame gratis a Community Health Choice al 1.888.435.2850 para obtener más información sobre estos beneficios.

Proceso de quejas

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

Queremos ayudarlo. Si tiene alguna queja, llámenos al número gratuito 1.888.435.2850 (TTY: llamada gratuita al 7-1-1) para contarnos su problema. Un Defensor de Servicios al Afiliado de Community Health Choice puede ayudarle a presentar una queja. Por lo general podemos ayudar en el momento o como máximo en el plazo de unos días.

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

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

Si puede conectarse a Internet, puede enviar su queja por correo electrónico a hhs.texas.gov/managed-care-help.

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

Sí. Un Defensor de Servicios al Afiliado de Community Health Choice puede ayudarle a presentar una queja. Llámenos gratis al 1.888.435.2850. Por lo general podemos ayudar en el momento o como máximo en el plazo de unos días.

También puede escribir una carta o pedir que completen un "Formulario de quejas". Debe devolvernos el formulario de quejas para que podamos resolverla rápidamente.

Envíe su queja a la dirección que figura a continuación:

**Community Health Choice Texas, Inc.
Service Improvement
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081
Fax: 713.295.7036**

¿Cuánto tardarán en procesar 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 de cinco días laborables a partir de la fecha en que recibamos su queja. Así sabrá que la hemos recibido. Le enviaremos una carta de resolución en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha en que recibamos su queja. Respondemos a las quejas sobre atención de emergencia en un día laborable. Respondemos a las quejas sobre denegaciones de estancias hospitalarias continuadas en un día laborable.

Apelaciones

¿Qué puedo hacer si mi médico me pide un servicio o medicamento que está cubierto pero Community Health Choice lo deniega o lo limita?

Podemos denegar servicios si no son médicamente necesarios. Puede solicitar una apelación de un servicio cubierto o no cubierto oralmente o por escrito. Si solicita una apelación oral, la solicitud oral deberá ir seguida de la presentación del Formulario de apelación médica de una página de Community. Encontrará el Formulario de apelación para afiliados en los documentos adjuntos que recibió con la carta de notificación de denegación de Community Health Choice. Incluya en el Formulario de apelación para afiliados el motivo por el que solicita la apelación en el espacio previsto para ello y el número de referencia de su denegación.

¿Cómo me enteraré de la denegación de servicios?

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

¿Qué tengo que hacer para apelar y de cuánto tiempo dispongo?

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 escrita u oral, incluyendo la opción de extender hasta 14 días si un Afiliado solicita una extensión; o Community Health Choice demuestra que existe la necesidad de obtener más información y cómo la demora es en beneficio del Afiliado. Si Community Health Choice necesita ampliar el plazo, el afiliado debe recibir una notificación por escrito del motivo del retraso.

¿Cuándo tiene derecho un afiliado a solicitar una apelación?

Tiene derecho a una apelación por la denegación total o parcial del pago de los servicios.

¿Puedo presentar mi apelación oralmente?

Sí, puede presentar su apelación oralmente o por escrito.

Usted tiene la opción de solicitar una Revisión médica externa y una Audiencia estatal imparcial a más tardar 120 días después de la fecha en que Community Health Choice envíe por correo el aviso de la decisión de la apelación.

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

Sí. Si solicita una prórroga, el plazo podrá ampliarse hasta 14 días naturales. Si Community Health Choice necesita una prórroga, le informaremos del motivo del retraso.

¿Cuándo tiene derecho un afiliado a solicitar una apelación?

Como afiliado, 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 denegarles los servicios médicos solicitados. Puede solicitar una apelación o llamar a Servicios de Atención al Afiliado de Community Health Choice para que le ayuden a redactar su apelación y presentarla al Departamento de Apelaciones Médicas. Llame a Servicios de Atención al Afiliado de Community Health Choice al 1.888.435.2850 o envíe su apelación a:

Community Health Choice, Inc.
Attention: Medical Affairs-Medical Appeals Department
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081
Teléfono: 713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850
Fax: 713.295.7033

Puede enviar por correo su apelación sobre salud conductual a la dirección que se indica a continuación:

Community Health Choice Texas, Inc.
Attention: Medical Affairs-BH Appeals
P.O. Box 1411
Houston, TX 77230
713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850 o TTY 7-1-1
Fax: 713.576.0394/Attention: BH Appeals Coordinator

¿Cuándo debo presentar mi apelación para asegurarme de que continúo con mis servicios autorizados actuales?

Para que los servicios actuales autorizados continúen, debe presentar la apelación a más tardar el último de los siguientes días:

- 10 días naturales después de la fecha en que le enviemos por correo nuestra notificación de la Acción
- La fecha en que entrará en vigor la Acción propuesta.

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

Sí. Un Defensor de Servicios al Afiliado de Community Health Choice puede ayudarle a presentar una Apelación por servicios médicos denegados. Llámenos gratis al 1.888.435.2850. Por lo general podemos ayudar en el momento o como máximo en el plazo de unos días.

¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial?

Si usted, como afiliado al plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial.

Puede designar un representante mediante una carta dirigida al plan de salud que establezca el nombre de la persona que usted designa como representante. Un proveedor puede ser su representante. Si desea impugnar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia estatal imparcial en un plazo de 120 días a partir de la fecha que figura en la carta del plan de salud con la decisión. Si no solicita la audiencia estatal imparcial dentro de los 120 días, puede perder su derecho a una audiencia estatal imparcial.

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

Community Health Choice Texas, Inc.
Medical Appeals Department-Medical Affairs
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081
Teléfono: 713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850
Fax: 713.295.7033
O llame gratis al 1.888.435.2850.

Si solicita una audiencia estatal imparcial en un plazo de 10 días a partir del momento en que reciba el aviso de audiencia del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado, al menos hasta que se tome la decisión final sobre la audiencia. Si no solicita una audiencia estatal imparcial en un plazo de 10 días a partir del momento en que reciba el aviso de audiencia, se suspenderá el servicio que le denegó el plan de salud.

Si solicita una audiencia estatal imparcial, usted recibirá un paquete informativo que contendrá la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias estatales imparciales se realizan por teléfono. En la audiencia, usted o su representante pueden decir cuál es la razón por la cual usted necesita el servicio que el plan de salud le denegó. HHSC le hará saber la decisión definitiva en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que usted solicitó la audiencia.

¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial de emergencia?

Si cree que la espera de una audiencia estatal imparcial pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, usted o su representante pueden solicitar una audiencia estatal imparcial de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice. Para calificar para una audiencia estatal

imparcial de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso interno de apelaciones de Community Health Choice.

Si usted, como afiliado al plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. Puede designar un representante mediante una carta dirigida al plan de salud que establezca el nombre de la persona que usted designa como representante. Un médico u otro proveedor médico pueden ser sus representantes. Si desea impugnar una decisión tomada por Community Health Choice, tiene la opción de solicitar solo una Revisión de audiencia estatal imparcial a más tardar 120 días después de que Community Health Choice envíe por correo el aviso de decisión de apelación. Si no pide la audiencia imparcial dentro de ese plazo, quizá pierda el derecho a obtenerla.

Para solicitar una audiencia imparcial, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud a:

**Community Health Choice Texas, Inc.
Medical Affairs-Medical Appeals Department
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081
Teléfono: 713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850
Fax: 713.295.7033**

Puede enviar por correo su apelación sobre salud conductual a la dirección que se indica a continuación:

**Community Health Choice Texas, Inc.
Attention: Medical Affairs-BH Appeals
P.O. Box 1411
Houston, TX 77230
713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850 o TTY 7-1-1
Fax: 713.576.0394/Attention: BH Appeals Coordinator**

Si solicita una audiencia imparcial, el representante del Estado le enviará un paquete con información sobre la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se realizan por teléfono. En la audiencia, usted o su representante pueden decir cuál es la razón por la cual usted necesita el servicio que el plan de salud le denegó.

Apelaciones de emergencia ante las MCO

¿Qué es una apelación de emergencia?

Una apelación de emergencia se produce cuando el plan de salud tiene que tomar una decisión rápidamente en función de su estado de salud, y tomarse el tiempo necesario para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

¿Cómo solicito una apelación de emergencia?

Puede solicitar una apelación de emergencia a Community Health Choice oralmente o por escrito. Hágalo si cree que tomarse el tiempo necesario para la resolución de una apelación estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud del afiliado o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo de sus funciones.

¿Tengo que presentar mi pedido por escrito?

No.

¿Cuáles son los plazos para una revisión de apelación de emergencia?

Si se ha determinado que su solicitud de apelación cumple los criterios para una revisión de emergencia, Community Health Choice debe completar una revisión de la solicitud de apelación de emergencia en un plazo de 72 horas a partir de la fecha y hora de recepción de toda la información que necesitamos para revisar la apelación. Community Health Choice le comunicará nuestra decisión por teléfono en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que hayamos recibido toda la información necesaria para revisar la apelación. Le enviaremos por correo nuestra decisión en un plazo de tres días hábiles después de tomar una decisión.

Recibirá una respuesta en el plazo de un día laborable si se determina que su solicitud de apelación cumple los criterios de emergencia y está relacionada con lo siguiente:

- Denegación de admisiones de emergencia y el afiliado está hospitalizado actualmente
- Afecciones que amenazan la vida
- Denegaciones de prolongación de la estancia por la afección por la que el afiliado está hospitalizado actualmente.

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

Si denegamos la solicitud de una apelación de emergencia, se lo notificaremos en un plazo de dos días naturales. A continuación, su solicitud pasará al proceso estándar de revisión de apelaciones médicas y le enviaremos por correo nuestra decisión en un plazo de 30 días naturales.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

Llame gratis al Servicio de Atención al Afiliado al 1.888.435.2850 para hablar con un Defensor de Afiliados que le ayudará con una apelación o una apelación de emergencia.

¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial?

Si usted, como afiliado al plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. Puede designar un representante mediante una carta dirigida al plan de salud que establezca el nombre de la persona que usted designa como representante. Un médico u otro proveedor médico pueden ser sus representantes. Si desea impugnar una decisión tomada por Community Health Choice, tiene la opción de solicitar solo una Revisión de audiencia estatal imparcial a más tardar 120 días después de que Community Health Choice envíe por correo el aviso de decisión de apelación. Si no pide la audiencia imparcial dentro de ese plazo, quizá pierda el derecho a obtenerla. Para solicitar una audiencia imparcial, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud a:

Community Health Choice Texas, Inc.
Medical Affairs-Medical Appeals Department
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081
Teléfono: 713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850
Fax: 713.295.7033

Puede enviar por correo su apelación sobre salud conductual a la dirección que se indica a continuación:

Community Health Choice Texas, Inc.
Attention: Medical Affairs-BH Appeals
P.O. Box 1411
Houston, TX 77230
713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850 o TTY 7-1-1
Fax: 713.576.0394/Attention: BH Appeals Coordinator

Si solicita una audiencia imparcial, el representante del Estado le enviará un paquete con información sobre la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se realizan por teléfono. En la audiencia, usted o su representante pueden decir cuál es la razón por la cual usted necesita el servicio que el plan de salud le denegó. HHSC le hará saber la decisión definitiva en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que usted solicitó la audiencia.

Audiencia estatal imparcial

¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial de emergencia?

Si cree que la espera de una audiencia estatal imparcial pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, usted o su representante pueden solicitar una audiencia estatal imparcial de emergencia escribiendo o llamando a Community Health Choice. Para calificar para una audiencia estatal imparcial de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso interno de apelaciones de Community Health Choice.

Información sobre la revisión médica externa

¿Puede un afiliado solicitar una revisión médica externa?

Si un afiliado, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, tiene derecho a solicitar una revisión médica externa. Una revisión médica externa es un paso adicional y opcional que el afiliado puede dar para que su caso sea revisado gratuitamente antes de la audiencia estatal imparcial. El afiliado puede nombrar a alguien para que le represente escribiendo una carta al plan de salud en la que comunique a Community Health Choice el nombre de la persona que el afiliado quiere que lo represente. Un proveedor puede ser el representante del afiliado. El afiliado o su representante deben solicitar la revisión médica externa en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que el plan de salud envíe por correo la carta con la decisión sobre la apelación interna. Si el afiliado no solicita la revisión médica externa en un plazo de 120 días, puede perder su derecho a la misma.

Para solicitar una revisión médica externa, el afiliado o su representante deben:

- Completar el "Formulario de solicitud de audiencia estatal imparcial y revisión médica externa" que se adjunta a la carta de notificación al afiliado de la decisión de apelación interna de la MCO y enviarlo por correo o fax a la dirección o número de fax que figuran en la parte superior del formulario;
- Llamar a Community Health Choice al 713.295.2300 o al número gratuito 1.888.435.2850;
- Enviar un correo electrónico a Community Health Choice a Appeals@communityhealthchoice.org, o;

Si el afiliado solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días a partir del momento en que recibe la decisión de apelación del plan de salud, el afiliado tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia estatal imparcial. Si el afiliado no solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días a partir del momento en que recibe la decisión de apelación del plan de salud, se suspenderá el servicio que el plan de salud denegó.

El afiliado puede retirar su solicitud de revisión médica externa antes de que sea asignada a una Organización de revisión independiente o mientras la Organización de revisión independiente esté revisando la solicitud de revisión médica externa del afiliado. Una Organización de revisión independiente es una organización de terceros contratada por la HHSC que realiza una revisión médica externa durante los procesos de apelación de los afiliados relacionados con determinaciones adversas de beneficios basadas en la necesidad funcional o la necesidad médica. No se puede retirar una revisión médica externa si una Organización de revisión independiente ya ha completado la revisión y ha tomado una decisión.

Una vez recibida la decisión de la revisión médica externa, el afiliado tiene derecho a retirar la solicitud de audiencia estatal imparcial. El afiliado puede retirar una solicitud de audiencia estatal imparcial verbalmente o por escrito poniéndose en contacto con el funcionario de audiencias que figura en el Formulario 4803, Notificación de audiencia.

Si el afiliado continúa con una audiencia estatal imparcial y la decisión de la misma difiere de la decisión de la Organización de revisión independiente, la decisión definitiva será la de la audiencia estatal imparcial. La decisión de la audiencia estatal imparcial solo puede confirmar o aumentar los beneficios de los afiliados derivadas de la decisión de la Organización de revisión independiente.

El afiliado puede realizar ambas solicitudes poniéndose en contacto con Community Health Choice en la dirección:

Community Health Choice Texas, Inc.
Medical Appeals Department-Medical Affairs
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081
Teléfono: 713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850
Fax: 713.295.7033

o al equipo de admisión de la HHSC en EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

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

Denuncias de abuso, negligencia y explotación

¿Cómo denuncio sospechas de abuso, negligencia o explotación?

Tiene el derecho a ser tratado con respeto y dignidad, incluso sin abuso, negligencia y explotación.

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

El abuso es una lesión mental, emocional, física o sexual, o la falta de prevención de una lesión de ese tipo.

La negligencia produce inanición, deshidratación, sobremedicación o submedicación, condiciones de vida insalubres, etc. La negligencia también incluye falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La explotación es el mal uso de recursos ajenos con fines personales o monetarios. Esto incluye tomar cheques del Seguro Social o SSI (Ingreso del Seguro Complementario), abusar de una cuenta corriente compartida y tomar bienes y otros recursos.

Denuncias de abuso, negligencia y explotación

La ley exige que denuncie sospechas de abuso, negligencia o explotación, incluso el uso no autorizado de contenciones o aislamiento que pueda efectuar un proveedor.

Llame al 9-1-1 en caso de situaciones con peligro de vida o emergencias.

Denuncia por teléfono (no de emergencia)

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamada gratuita.

Informe al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, sigla en inglés) llamando al 1.800.458.9858 si la persona víctima de abusos, negligencia o explotación vive o recibe servicios de:

- Un centro de cuidados especializados;
- Una institución de vida asistida;
- Un centro de atención diurno para adultos;
- Un proveedor habilitado de hogar sustituto para adultos; o
- Una agencia de servicios de apoyo en el hogar y en la comunidad (HCSSA) o agencia de atención domiciliaria.

La sospecha de abuso, negligencia o explotación de parte de una HCSSA también debe ser denunciada ante el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS).

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

Denuncia por medios electrónicos (no de emergencia)

Vaya a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Deberá crear una cuenta protegida con contraseña y un perfil.

Información de utilidad para denunciar

Cuando denuncie abuso, negligencia o explotación, es útil tener los nombres, edades, direcciones y números de teléfono de todos los involucrados.

Información sobre el fraude

¿Desea denunciar fraudes, despilfarros o abusos?

Háganos saber si cree que un médico, dentista, farmacéutico de una farmacia, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está haciendo algo mal. Hacer algo mal podría constituir fraude, despilfarro o abuso, lo cual está en contra de la ley. Por ejemplo, infórmenos si piensa que alguien está:

- siendo pagado por servicios no prestados o innecesarios;
- mintiendo sobre una afección médica para recibir tratamiento médico;
- permitiendo que alguien más use una identificación de Medicaid;
- utilizando la identificación de Medicaid de otra persona;
- mintiendo sobre la cantidad de dinero o recursos con los que cuenta para obtener beneficios.

Para denunciar fraude, despilfarro o abuso, elija una de las siguientes opciones:

- Llame a la línea directa de la OIG al 1.800.436.6184;
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/>. En la casilla "I WANT TO (QUIERO)", haga clic en "Report Fraud, Waste or Abuse (Denunciar fraude, despilfarro o abuso)" para completar el formulario en línea; o
- Puede realizar la denuncia directamente en su plan de salud:

Community Health Choice Texas, Inc.
Chief Compliance Officer or Director SIU
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081
Llame gratis al 1.877.888.0002

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

- Cuando denuncie a un proveedor (médico, dentista, asesor, etc.) incluya la siguiente información:
 - Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor;
 - Nombre y dirección de la instalación (hospital, hogar de cuidados especializados a largo plazo, agencia de atención domiciliaria, etc.);
 - El número de Medicaid del proveedor y de la instalación, si los tiene;
 - El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.);
 - Los nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
 - Las fechas de los hechos;
 - Resumen de lo que sucedió.
- Cuando denuncie a alguien que recibe beneficios incluya la siguiente información:
 - El nombre de la persona;
 - La fecha de nacimiento, el número de Seguro Social o el número de caso de la persona, si lo tiene;
 - La ciudad donde vive la persona;
 - Detalles específicos sobre el fraude, despilfarro o abuso.

Como afiliado a Community Health Choice, puede solicitar y obtener la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red: al menos sobre médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicios. Esta información incluirá los nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (distintos del inglés) de cada proveedor de la red, además de la identificación de los proveedores que no aceptan nuevos pacientes y, cuando proceda, las cualificaciones profesionales, la especialidad, la facultad de medicina a la que asistió, la finalización de la residencia y el estado de certificación de la junta.
- Cualquier limitación a su libertad de elección entre proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de quejas, apelaciones, revisión médica externa y audiencia imparcial estatal.
- Información sobre los beneficios disponibles en el programa Medicaid, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Esto es para asegurarnos de que conozca los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, incluidos servicios de planificación familiar y servicios de proveedores fuera de la red, y los límites a dichos beneficios.
- Cómo obtiene cobertura fuera del horario laboral y de emergencia y los límites de ese tipo de beneficios, incluyendo:
 - o Qué constituye una afección médica de emergencia, servicios de emergencia y servicios de posestabilización.
 - o El hecho de que no necesite autorización previa de su proveedor de atención primaria para obtener servicios de atención de emergencia.
 - o Cómo obtener servicios de emergencia, incluidas instrucciones sobre cómo utilizar el sistema telefónico 911 o su equivalente local.
 - o Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales ofrecen servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - o Una declaración que establezca su derecho a usar cualquier hospital u otro sitio de atención de emergencias.
 - o Las reglas de posestabilización.
- La política sobre derivaciones para atención especializada y para recibir otros beneficios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria.
- Directrices prácticas de Community Health Choice.

Aviso de privacidad

Aviso de prácticas de privacidad

Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2003

Actualizado: Diciembre de 2017

Última fecha de revisión: Septiembre de 2022

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a la misma. Por favor, léalo atentamente. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con Community Health Choice, Inc. (Community) Responsable de privacidad.

Este Aviso de prácticas de privacidad se le entrega como parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Indica cómo podemos utilizar o compartir su información de salud protegida (PHI) y su información personal sensible (SPI). Le indica con quién podemos compartirla y cómo la mantenemos segura. Le indica cómo obtener una copia o modificar su información. Garantiza que toda la información oral, escrita y electrónica que comparta con nosotros sea confidencial y segura. Puede permitir o no que compartamos detalles específicos a menos que sea necesario por ley.

Nuestra responsabilidad hacia usted en relación con la Información de salud protegida

"Información de salud protegida" e "información personal sensible" (PHI/SPI) es la información que identifica a una persona o paciente. Estos datos pueden ser su edad, dirección, dirección de correo electrónico y datos médicos. Puede tratarse de su estado de salud física o mental pasado, presente o futuro. También puede tratarse de servicios de atención médica sensibles y otros datos personales.

Por ley, Community debe:

- Asegurarse de que su PHI/SPI se mantiene en privado.
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Describir el uso y la divulgación de su PHI/SPI.

Seguir los términos del aviso vigente en este momento.

- Informarle de cualquier cambio en el aviso.
- Notificarle que su información de salud (PHI/SPI) creada o recibida por Community está sujeta a divulgación electrónica.
- Entregarle una copia electrónica de su expediente en un plazo de 15 días desde que lo solicite por escrito. También podemos dárselo de otra forma si nos lo pide. Hay algunas excepciones a esta regla.
- Salvo excepciones, no vender ningún PHI/SPI.
- Revelar cualquier filtración de PHI/SPI no cifrada que pensemos que pueda tener una persona no autorizada.
- Capacitar a los empleados sobre nuestras prácticas de privacidad. La capacitación se imparte a más tardar 60 días después de su primer día y como mínimo cada dos años a partir de entonces.

Tenemos derecho a modificar este aviso. La fecha de entrada en vigencia figura en la parte inferior de cada página. Puede obtener una copia en nuestro sitio web: www.CommunityHealthChoice.org. También puede llamar a nuestro Servicio de Atención al Afiliado al número gratuito 1.888.435.2850 y solicitar que le enviemos una copia por correo.

Cómo puede Community utilizar o divulgar su información de salud protegida sin su autorización

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

Tratamiento: Community utilizará y compartirá su PHI/SPI para proporcionar, coordinar o gestionar su atención médica y otros servicios. Podríamos compartirla con médicos u otras personas que colaboren en su atención. En caso de emergencia, la utilizaremos y compartiremos para proporcionarle la atención que necesita. Solo compartiremos lo que sea necesario.

Pago: Podemos utilizar y compartir su PHI/SPI para recibir el pago de los servicios de atención médica que ha recibido.

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

- Llamarlo para recordarle su visita
- Realizar u organizar otras actividades de atención médica
- Enviarle un boletín
- Enviarle noticias sobre productos o servicios que puedan beneficiarle
- Brindarle información sobre opciones de tratamiento u otros beneficios

Asociados comerciales: Podemos compartir su PHI/SPI con nuestros Asociados comerciales. También deben protegerla. Deben cumplir las normas de privacidad y seguridad de la HIPAA, las normas de la HITECH y las leyes de privacidad de Texas. Pueden enfrentarse a multas y sanciones. Deben informar de cualquier filtración de PHI/SPI no cifrada.

Exigido por ley: Por ley, a veces debemos utilizar o compartir su PHI/SPI. Estos son algunos ejemplos:

Autoridades de salud pública

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Para notificar nacimientos y defunciones
- Para denunciar abuso o negligencia de menores
- Para notificar problemas con medicamentos u otros productos
- Para notificar a las autoridades si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica

Enfermedades contagiosas: Podemos compartir su PHI/SPI para informar a una persona que podría haber estado expuesta a una enfermedad. Podemos decirle a una persona que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

Agencias de supervisión sanitaria y Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.: Compartiremos su PHI/SPI cuando las agencias de supervisión sanitaria lo soliciten.

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

Cumplimiento de la ley y actividad delictiva: Compartiremos su PHI/SPI si creemos que ayuda a resolver un delito. La compartiremos para detener o reducir una amenaza grave. También podemos compartirla para ayudar a los agentes de la ley a encontrar o detener a una persona.

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

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

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

Compensación laboral: Compartiremos su PHI/SPI para cumplir con las leyes de compensación laboral y programas similares.

Reclusos: Podemos usar o compartir su PHI/SPI si usted es un recluso de un centro correccional y creamos o recibimos su PHI/SPI mientras le brindábamos atención.

Divulgaciones por parte del plan de salud: Compartiremos su PHI/SPI para obtener pruebas de que puede recibir atención médica. Trabajaremos con otros planes de seguro médico y otros programas gubernamentales.

Acceso de los padres: Seguimos las leyes de Texas sobre el tratamiento de menores. Cumplimos la ley en cuanto a la entrega de su PHI/SPI a sus padres, tutores u otra persona con responsabilidad legal sobre ellos.

Para las personas que participan en su atención o en el pago de su atención: Compartiremos su PHI/SPI con su familia u otras personas que usted desee que estén al tanto de su atención. Usted puede decirnos quién está autorizado o no a conocer sus cuidados. Debe completar un formulario que formará parte de su registro médico.

Restricciones a la comercialización : La Ley HITECH no permite que Community reciba dinero alguno para comunicaciones de comercialización.

Otras leyes que protegen la información de salud: Otras leyes protegen la PHI/SPI sobre salud mental, tratamiento del abuso de alcohol y drogas, pruebas genéticas y pruebas o tratamiento del VIH/SIDA. Debe aceptar por escrito compartir este tipo de PHI/SPI.

Sus derechos de privacidad con respecto a su información de 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 le puede entregar en formato electrónico. Es posible que haya que pagar por las copias y el envío.

Derecho a modificar su información de salud: Puede pedir a Community que modifique los datos si cree que son erróneos o no están completos. Debe hacerlo por escrito. No tenemos que hacer los cambios. Si denegamos su solicitud, lo haremos en un plazo de 60 días.

Derecho a un informe de divulgaciones : Puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su PHI/SPI. La lista no incluirá la PHI/SPI compartida antes del 14 de abril de 2003. No puede pedir más de seis años. La lista solo puede remontarse a tres años en el caso de la PHI/SPI electrónica. Hay otros límites que se aplican a esta lista. Es posible que tenga que pagar si solicita más de una lista al año.

Derecho a solicitar restricciones: Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos parte de su PHI/SPI para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Debe solicitarlo por escrito. Debe indicarnos (1) la PHI/SPI que desea restringir; (2) si desea modificar nuestro uso y/o divulgación; (3) a quién se aplica (por ejemplo, a su cónyuge); y (4) la fecha de caducidad.

Si pensamos que no es lo mejor para los implicados, o no podemos limitar los registros, no tenemos por qué estar de acuerdo. Si estamos de acuerdo, solo compartiremos esa PHI/SPI en caso de emergencia. Puede retractarse por escrito en cualquier momento.

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

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales: Puede indicarnos dónde y cómo entregarle su PHI/SPI. Puede pedirnos que solo llamemos a un número determinado. También puede darnos otra dirección si cree que el envío de correo a su dirección habitual puede ponerlo en peligro. Debe ser específico y ponerlo por escrito.

Derecho a elegir a alguien que actúe en su nombre: Si ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que esta persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de emprender cualquier acción.

Derecho a una copia de este aviso: Puede solicitar y obtener una copia de este aviso en cualquier momento, incluso si ya lo ha recibido anteriormente o ha aceptado recibirlo por vía electrónica.

Derecho a retirar una autorización de divulgación: Si nos ha permitido utilizar o compartir su PHI/SPI, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Debe comunicárnoslo por escrito. En algunos casos, puede que ya la hayamos utilizado o compartido.

Derecho a ser notificado de una filtración: Se le informará si descubrimos una filtración de PHI/SPI no segura. La filtración podría proceder de Community o de un asociado comercial de Community.

Leyes federales de privacidad

Este aviso de prácticas de privacidad se le entrega como parte de la ley HIPAA. Hay otras leyes de privacidad que también se aplican. Entre ellas se incluyen la Ley de Libertad de Información; la Ley de Reorganización de la Administración de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental; la Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica (HITECH), y la Ley de Privacidad de Texas, Código de Salud y Seguridad, Sección 181 y siguientes.

Quejas

Puede presentar una queja si cree que se han vulnerado sus derechos de privacidad. Puede llamar al responsable de privacidad de Community al número gratuito 1.888.435.2850. 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 al final de este aviso. Le instamos a que nos comunique cualquier problema de privacidad. No sufrirá represalias de ningún tipo por presentar una queja.

Autorización para utilizar o divulgar información de salud

Aparte de lo indicado anteriormente, no utilizaremos ni compartiremos su PHI/SPI sin su consentimiento por escrito. Puede cambiar de opinión sobre permitirnos utilizar o compartir su PHI/SPI en cualquier momento. Debe comunicárnoslo por escrito.

La Ley HITECH hace que Community limite los usos, divulgaciones y solicitudes de su PHI/SPI. No podemos pedir ni compartir más de lo necesario.

Fecha de entrada en 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 en vigencia hasta que se sustituya con otro aviso.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta o queja:

Community Health Choice Texas, Inc.
Chief Compliance Officer
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081
Llame gratis al 1.877.888.0002

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W. Sala 509F Edificio HHH
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1.877.696.6775
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

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

ASISTENCIA CON EL IDIOMA

Las leyes federales requieren que Community Health Choice, Inc. proporcione la siguiente información.



DECLARACIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN (HHS)

Community Health Choice, Inc. (Community) cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles, y no discrimina con base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community no excluye a las personas y ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes cualificados de lenguaje de señas y información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos). Community proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Administración de Cuidado de Community al teléfono 1.888.760.2600. Si cree que Community no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera con base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja.

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o por correo electrónico a:

Service Improvement Department

2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054

Teléfono: 1.888.760.2600

Correo electrónico: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

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

LANGUAGE ASSISTANCE

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



- Chinese** 本通知有重要信息。本通知包含關於您透過Community Health Choice提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話1.888.435.2850。
- 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 નોટિસિમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસિમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજી અને કવરેજ વર્ષી મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસિમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને રાખવા અથવા ખર્ચ બાબતે મદદ કરવા માટે અમુક ચોકકસ 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** ຫ້າງສື່ແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ຫ້າງສື່ແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໜັບສະໜູນການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊ່ວຍກຳລັງຂໍ້ມູນວັນທີ່ສໍາຄັນໃນຫ້າງສື່ແຈ້ງການນີ້ ທ່ານຄວນຈະຕ້ອງປະຕິບັດພາຍໃນກຳນົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານພາຍຫຼັງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສໍາຄັນນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. 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 pagpapaseguro sa pamamagitan Community Health Choice. Hanapin ang mga importanteng petsa sa notisyang ito. Maaaring may kailangan kayong gawin bago ang mga itinakdang deadline para manatiling nakaseguro o para matulungan kayo sa mga kailangang babayaran. Kayo ay may karapatang makatanggap nitong impormasyon at makatanggap ng pagsasalin sa inyong wika na wala kayong babayaran. Tawagan ang 1.888.435.2850.
- Vietnamese** Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm qua chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời gian nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn hay giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi 1.888.435.2850.

Eventos para afiliados

Community siempre está planeando grandes y pequeños eventos para nuestros afiliados del área de Houston **¿Tiene alguna sugerencia?** Envíela por correo electrónico a CommunityAffairs@CommunityHealthChoice.org.



