



Scott & White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

RIGHTCARE

1-855-TX-RIGHT (855-897-4448)

www.RightCare.swhp.org

Manual para Miembros de STAR

SEPTIEMBRE DE 2020

¡Para las actualizaciones visite nuestro sitio web!



ÍNDICE

CONTÁCTENOS	2
Lista de teléfonos.....	2
Para correspondencia escrita:	3
TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE STAR MEDICAID	3
TARJETA DE ID DE RIGHTCARE STAR MEDICAID	5
Cómo leer el frente de su tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid	5
Cómo leer el dorso de su tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid	5
Uso de su tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid	6
Pérdida de la tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid	6
TARJETA DE ID DE RIGHTCARE STAR MEDICAID	6
Formulario de verificación para Medicaid temporal (Formulario 1027-A)	7
ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID	7
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?	7
Usted puede perder su cobertura de RightCare si:.....	7
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	7
¿Qué debo hacer si necesito actualizar mi dirección o número de teléfono?	7
RENOVACIÓN DE BENEFICIOS	8
Cómo renovar	8
Cómo completar el proceso de renovación	8
CAMBIO DEL PLAN DE SALUD	8
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?	8
¿Cuándo entrará en vigor el cambio en mi plan de salud?.....	8
¿Puede RightCare solicitar que me retiren de su plan (por incumplimiento, etc.)?	9
BENEFICIOS DE STAR MEDICAID	9
¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?	9
¿Cómo debo recibir estos servicios?	10
¿Hay algún límite para los Servicios Cubiertos?	10
¿Cómo puedo consultar a un proveedor de telesalud?	10
¿Qué puedo hacer para dejar de fumar?.....	10
¿Qué servicios no están cubiertos por STAR Medicaid?.....	10
BENEFICIOS DE LA VISTA	11
¿Cómo obtengo servicios de la vista?	11
BENEFICIOS Y SERVICIOS DENTALES	11
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan de salud?	11
¿Qué servicios dentales cubre RightCare para los niños?	12
¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?	12
SALUD DEL COMPORTAMIENTO (MENTAL)	12
¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud del comportamiento (mental), de alcohol o de drogas?	12
¿Qué tipo de ayuda puede ofrecer RightCare?	12
¿Qué son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y la Administración Especializada de Casos de Salud Mental?.....	13

¿Cómo obtengo estos servicios?	13
ADMINISTRACIÓN DE CASOS – NECESIDADES ESPECIALES DE CUIDADO DE LA SALUD.....	13
¿A quién debo llamar si tengo necesidades especiales de cuidado de la salud y necesito que alguien me ayude?	13
¿En qué me puede ayudar la Administración de Casos?	13
PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE RIGHTCARE	14
Objetivos del Programa de Mejoramiento de la Calidad.....	14
BENEFICIOS ADICIONALES DE RIGHTCARE	14
¿Qué beneficios adicionales puedo obtener como miembro de RightCare?	14
¿Cómo puedo recibir estos beneficios adicionales?.....	17
¿Qué cursos de educación sobre la salud ofrece RightCare?.....	18
¿Qué otros servicios puede RightCare ayudarme a recibir? (Servicios sin tarifa fija)	18
PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)	18
¿Qué es un proveedor de cuidado primario (PCP)?.....	18
¿Qué necesito llevar a mi cita con mi médico?	18
¿Cómo puedo elegir un proveedor de cuidado primario (PCP)?	18
¿Una clínica puede ser mi proveedor de cuidado primario (PCP)?.....	19
¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario (PCP)?	19
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi proveedor de cuidado primario (PCP)?	19
¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?.....	19
¿Existen razones por las cuales pueda rechazarse una solicitud de cambio de un proveedor de cuidado primario?	19
¿Qué tan pronto me atenderán?	20
¿Mi proveedor de cuidado primario puede remitirme a otro por incumplimiento?	20
¿Qué ocurre si decido ir a otro doctor que no es mi proveedor de cuidado primario (PCP)?.....	20
¿Cómo recibo cuidado médico cuando el consultorio de mi proveedor de cuidado primario (PCP) está cerrado?.....	20
CUIDADO OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO	20
Cómo elegir un ginecoobstetra	21
¿Qué tan pronto me atenderán?	21
¿Puedo continuar atendiéndome con mi ginecoobstetra si este no pertenece a RightCare?.....	21
¿Qué ocurre si estoy embarazada?.....	21
¿Qué otros servicios, actividades o información ofrece RightCare a las mujeres embarazadas?.....	21
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?	22
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	22
¿Cómo puedo recibir servicios de planificación familiar?	22
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	22
ADMINISTRACIÓN DE CASOS PARA MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS (CPW)	22
¿Quién puede obtener un administrador de casos?.....	22
¿Qué hacen los administradores de casos?.....	22
¿Qué tipo de ayuda puede recibir?.....	23
¿Cómo puede usted obtener un administrador de casos?	23
RECIÉN NACIDOS.....	23
¿Puedo elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para mi bebé antes de que nazca?	23

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario (PCP) de mi bebé?	23
¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?	23
¿Cómo debo inscribir a mi bebé recién nacido?	23
PASOS SANOS DE TEJAS	23
¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Tejas?	23
¿Cómo y cuándo puedo obtener los exámenes médicos y las revisiones dentales de Pasos Sanos de Tejas para mi hijo?	25
¿Es necesario que mi médico forme parte de la red de RightCare?	25
¿Necesito un envío?	25
¿Qué ocurre si tengo que cancelar una cita?	25
¿Qué ocurre si estoy fuera de la ciudad y llega el momento en que mi hijo debe hacerse un examen de Pasos Sanos de Tejas?	26
¿Qué ocurre si me mudo a otro lugar?	26
CUIDADO DE LA SALUD PARA LAS MUJERES DESPUÉS DEL PARTO	26
¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no reciba cobertura de Medicaid)?	26
Programa Healthy Texas Women	26
Programa Atención Primaria de Salud del DSHS	26
Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS	27
Programa de Planificación Familiar del DSHS	27
INTERVENCIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA (ECI)	28
¿Necesito un envío para este programa?	28
¿Dónde puedo encontrar un proveedor del programa ECI?	28
TRABAJADORES DE CAMPO Y SUS HIJOS (CMFW)	28
¿Quién es un trabajador de campo?	28
¿Y si soy trabajador de campo migrante?	28
¿QUÉ SIGNIFICA “MÉDICAMENTE NECESARIO”?	28
ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA	29
¿Qué es la Atención Médica de Rutina?	29
¿Qué tan pronto me atenderán?	29
ATENCIÓN MÉDICA URGENTE	30
¿Qué es la atención médica urgente?	30
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?	30
¿Qué tan pronto me atenderán?	30
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	30
¿Qué es la atención médica de emergencia?	30
Padecimiento médico de emergencia significa:	30
Padecimiento de salud mental y abuso de sustancias de emergencia significa:	31
Servicios de emergencia y atención de emergencia significan:	31
Ejemplos de cuándo ir a la sala de emergencias:	31
¿Qué debo hacer si voy a la sala de emergencias?	31
¿Qué es la postestabilización?	32
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	32
¿Qué hago si estoy fuera del país?	32
DOCTOR ESPECIAL (ESPECIALISTA)	32

¿Qué es un envío?	32
¿Qué tan pronto me darán una cita con un especialista?.....	32
¿Qué servicios no necesitan un envío?	33
¿Puede un especialista ser considerado un proveedor de atención primaria (PCP)?	33
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	33
PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	33
MEDICAMENTOS RECETADOS	33
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	33
¿Cómo puedo averiguar qué medicamentos están cubiertos?.....	33
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	34
¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?	34
¿Qué ocurre si voy a una farmacia que no pertenece a la red?	34
¿Qué debo llevar a la farmacia?.....	34
¿Qué pasa si necesito que me entreguen los medicamentos?	34
¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?	34
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?	35
¿Qué ocurre si pierdo mis medicamentos?	35
¿Qué ocurre si saldré del estado y necesito mis medicamentos?.....	35
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS (DME).....	35
¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?	35
SUMINISTROS LIMITADOS PARA SALUD EN EL HOGAR	35
PROGRAMA CERRADO DE MEDICAID	35
¿Qué es el Programa Cerrado de Medicaid?	35
PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME A RIGHTCARE AL 1-855-897-4448.	35
SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN.....	36
¿Puedo tener un intérprete cuando hablo con mi doctor?	36
¿Con cuánta anticipación debo llamar?.....	36
¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?	36
TRANSPORTE – PROGRAMA DE TRANSPORTE MÉDICO (MTP)	36
¿Qué es el MTP?.....	36
¿Qué servicios ofrece el MTP?.....	36
¿Cómo puedo recibir servicios de transporte?	36
Si no tengo un automóvil, ¿cómo puedo obtener un viaje al consultorio de un doctor?	36
¿A quién debo llamar si tengo una queja sobre el servicio o el personal?	36
¿Cuál es el horario de atención y cuáles son las limitaciones de los servicios de transporte?	37
DIRECTIVAS ANTICIPADAS.....	37
¿Qué ocurre si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi cuidado médico?	37
¿Qué son las directivas anticipadas?	37
¿Cómo obtengo una directiva avanzada?	38
¿QUÉ HAGO SI RECIBO UNA FACTURA DE MI DOCTOR?	38
MEDICAID Y EL SEGURO PRIVADO	38
AUTORIZACIÓN PREVIA	38

GRUPO DE MIEMBROS ASESORES	39
¿Cómo puedo formar parte del Grupo de Miembros Asesores?	39
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO.....	39
LOS MIEMBROS DE RIGHTCARE TIENEN DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON SU MEMBRESÍA Y SU ATENCIÓN.	39
Derechos del miembro:.....	39
Responsabilidades del miembro:.....	41
Información que debe estar disponible para usted anualmente	41
Aviso de Prácticas de Privacidad.....	42
TRÁMITE DE QUEJAS	42
¿Qué hago si tengo una queja?	42
¿Cuáles son los requisitos y los plazos para tramitar una queja?	43
¿Qué debo hacer si no estoy satisfecho con el resultado de mi queja?	43
Cómo tramitar una queja ante la HHSC	43
DETERMINACIONES DE COBERTURA Y PROCESO APELACIONES	43
Determinaciones de cobertura.....	43
¿Qué puedo hacer si mi doctor solicita un servicio o un medicamento para mí que está cubierto, pero RightCare lo niega o lo limita?	43
¿Cómo voy a saber si se niegan los servicios?	43
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?.....	44
¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una apelación?.....	44
¿Cómo puedo solicitar la continuación de los servicios actuales autorizados?.....	44
¿Alguien de RightCare puede ayudarme a presentar una apelación?	44
¿Mi solicitud de apelación debe ser presentada por escrito?	44
¿Cuándo puedo solicitar una audiencia imparcial ante el estado?	45
PROCESO DE APELACIÓN ACELERADA.....	45
¿Qué es una apelación acelerada?	45
¿Cómo debo solicitar una apelación acelerada?	45
¿Mi solicitud debe ser presentada por escrito?	45
¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?.....	45
¿Qué sucede si RightCare se niega a aprobar la solicitud de una apelación acelerada?	45
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?	45
AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO.....	45
¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?	45
MALGASTO, ABUSO O FRAUDE.....	46
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?.....	46
AUTORIZACIONES PREVIAS	47



RIGHTCARE

Estimado Miembro:

Bienvenido al Plan de Salud RightCare de Scott & White. Nos complace que nos elija como su socio en la salud y esperamos poder proporcionarle la ayuda que necesita para recibir sus beneficios de STAR Medicaid.

Este manual para miembros le indica cómo funciona RightCare. También le indica cómo obtener atención médica cuando la necesita. Asimismo, puede consultar a un Representante del Departamento de Servicios para Miembros acerca de sus beneficios. Llame al **1-855-897-4448** y un Representante de Servicios para Miembros le ayudará.

Le enviaremos su tarjeta de identificación de RightCare y más información en unos pocos días. Su tarjeta de identificación indica cuándo comienza su membresía RightCare.

Cuando una enfermedad pone en peligro la vida o una extremidad, o implica heridas graves o amputaciones, los miembros deben acudir a la sala de emergencias. Si la enfermedad no pone en peligro la vida, puede buscar atención en un centro de atención de urgencias u obtener atención médica urgente de su proveedor de cuidado primario (PCP) en el transcurso de 24 horas. Llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** si desea obtener ayuda para solicitar una cita urgente o para encontrar una clínica de atención urgente.

RightCare tiene un Portal para Miembros para ayudarle, que le brinda acceso por Internet 24/7 para:

- Buscar un médico o una farmacia
- Elegir o actualizar su proveedor de cuidado primario (PCP)
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación
- Actualizar su información personal
- Consultar el Manual para Miembros

Visite hoy <https://rightcare.firstcare.com> para configurar sus datos. Si necesita ayuda para configurar su acceso al Portal para Miembros, llámenos al 1-855-897-4448.

Si es necesario, usted puede obtener esta carta en letra más grande, audio (CD), braille o en cualquier otro formato de idioma. Si necesita alguno de estos servicios o un intérprete de lenguaje de señas, llame a Servicio al Cliente de RightCare al 1-855-897-4448 (TTY: 7-1-1). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.

CONTÁCTENOS

Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-855-TX-RIGHT (1-855-897-4448)**. El personal del departamento de Servicios para Miembros de RightCare está aquí para ayudarle. Nuestro personal es bilingüe en inglés y español. Si usted habla otro idioma o tiene dificultades de audición, llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-TX-RIGHT** y solicite ayuda.

Lista de teléfonos

Plan de salud RightCare de Scott & White:	
Servicios para Miembros (inglés y español)	1-855-897-4448
Línea para Crisis de Salud Mental (inglés y español) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	1-844-436-8781
Superior Vision – Línea de Beneficios de la Vista (inglés y español)	1-800-879-6901
Número de TTY del plan de salud RightCare	7-1-1
Administración de casos – Salud general (inglés y español)	1-855-691-7947
Administración de casos – Salud mental (inglés y español)	1-855-395-9652
Línea de Ayuda sobre Cumplimiento – Línea directa para casos de fraude, desaprovechamiento y abuso (inglés y español)	1-888-484-6977
Telesalud – MD Live	1-800-718-5082
Beneficios y servicios dentales:	
Información sobre beneficios dentales – DentaQuest	1-800-516-0165
Información sobre beneficios dentales – MCNA Dental	1-800-494-6262
Mujeres embarazadas – Servicio de Valor Agregado – Liberty Dental	1-877-550-4374
Servicios de transporte:	
Programa de Transporte Médico (MTP)	1-877-633-8747
Otros números:	
Equipo de Asistencia de Atención Administrada del Ombudsman (Defensor del Pueblo)	1-866-566-8989
Línea de Ayuda de TTD de Atención Administrada de Medicaid	2-1-1
Verificación de elegibilidad (Línea IVR)	1-800-925-9126
Línea de Ayuda de Texas STAR	1-800-964-2777
WIC (Mujeres, Bebés y Niños)	1-800-942-3678
Línea de Atención de ECI (Intervención de Primera Infancia)	1-800-628-5115
Asistencia para la Adopción/Ayuda para el Cuidado de Permanencia – Línea directa del DFPS	1-800-233-3405

* Usted tiene la opción de elegir un representante que hable inglés o español. Si lo necesita, podemos hacer los arreglos para ofrecerle un intérprete.

Si tiene una situación de crisis, puede llamar a la línea para crisis de salud mental en cualquier momento del día, los 7 días de la semana. No será grabado. El número es **1-844-436-8781**.

Horario de atención normal: de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora central (a excepción de los días feriados aprobados por el estado).

Para correspondencia escrita:

RightCare from Scott & White Health Plan
MS-A4-144
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502



TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE STAR MEDICAID

Apelación – Una solicitud para que su organización de atención administrada revise un rechazo o una queja.

Atención de enfermería especializada – Servicios de enfermeras con licencia en el hogar del paciente o en un hogar de ancianos.

Atención de urgencia – Atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable solicite atención médica inmediata, pero no tan grave como para requerir la atención médica de una sala de emergencias.

Atención en hospital como paciente no internado – Atención en un hospital que generalmente no requiere internación con cama.

Atención en sala de emergencias – Servicios de emergencia que una persona recibe en una sala de emergencias.

Atención médica a domicilio – Servicios de atención médica que una persona recibe en un hogar.

Autorización previa – Una decisión de su aseguradora o plan de salud de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero que usted o su proveedor han solicitado es médicamente necesario. Esta decisión o aprobación, a veces llamada autorización previa, aprobación previa o certificación previa, se debe obtener antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su plan o seguro de salud cubrirá el costo.

Cobertura de medicamentos con receta – Plan o seguro de salud que ayuda a pagar el costo de medicinas y medicamentos de venta con receta.

Condición médica de emergencia – Una enfermedad, lesión, síntoma o afección cuya gravedad llevaría a una persona razonable a obtener atención médica de inmediato para evitar mayores daños.

Copago – Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención de la salud cubierto, generalmente en el momento de recibirlo. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (DME) – Equipo solicitado por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura de DME puede incluir, entre otros, los siguientes equipos: equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas y suministros para personas diabéticas.

Especialista – Un médico especialista que se dedica a un área específica de la medicina o a un grupo de pacientes, a fin de diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Hospitalización – Atención médica en un hospital como paciente internado que generalmente requiere internación con cama.

Medicamento necesarios – Suministros o servicios de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar un malestar, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas, que cumplen los estándares aceptados de la medicina.

Medicamentos de venta con receta – Medicamentos y remedios que, por ley, requieren una receta.

Médico de atención primaria – Un médico, tal como un Doctor en Medicina (M.D.) o un Doctor en Medicina Osteopática (D.O.) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Plan – Un beneficio, como Medicaid, que le brinda servicios de atención médica y paga por ellos.

Prima – El monto que debe pagar por su plan o seguro de salud.

Proveedor de atención primaria – Un médico, tal como un Doctor en Medicina (M.D.) o un Doctor en Medicina Osteopática (D.O.), o una enfermera especializada, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo establecido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Protesta – Una queja presentada a una aseguradora o plan de salud.

Proveedor – Un médico, tal como un Doctor en Medicina (M.D.) o un Doctor en Medicina Osteopática (D.O.), o un profesional o centro de atención médica con licencia, certificación o acreditación, según lo requerido por la ley estatal.

Proveedor no participante – Un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para proporcionarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora o plan de salud para obtener servicios de un proveedor no participante que de un proveedor participante. En casos limitados, como cuando no dispone de otros proveedores, su aseguradora de salud puede contratar a un proveedor no participante.

Proveedor participante – Un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para proporcionarle servicios cubiertos.

Queja – Una protesta que usted presenta a su aseguradora o plan de salud.

Red – Los establecimientos, proveedores y abastecedores que su aseguradora o plan de salud han contratado para brindar servicios de atención médica.

Seguro de salud – Un contrato que requiere a una aseguradora de salud pagar costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

Servicios de emergencia – Evaluación de una condición médica de emergencia y su tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios de hospicio – Servicios que brindan comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Servicios de médicos – Servicios de atención médica provistos o coordinados por un médico con licencia, tal como un Doctor en Medicina (M.D.) o un Doctor en Medicina Osteopática (D.O.).

Servicios excluidos – Servicios de atención médica que un plan o seguro de salud no paga ni cubre.

Servicios y dispositivos de rehabilitación – Servicios de atención médica, tales como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar sus habilidades y funcionalidad para la vida diaria que ha perdido o se han deteriorado debido a una enfermedad, lesiones o discapacidad.

Servicios y dispositivos para recuperación funcional – Servicios de atención médica, como terapia física y ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionalidad para la vida diaria.

Transporte médico de emergencia – Servicios de ambulancia terrestre o aérea para una condición médica de emergencia.

TARJETA DE ID DE RIGHTCARE STAR MEDICAID

Cuando usted se convierta en miembro del plan de salud RightCare de Scott & White, recibirá una tarjeta de identificación (ID) de STAR por correo. Si no recibe su tarjeta por correo, llame al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-TX-RIGHT (1-855-897-4448)**. A continuación se incluye una copia de la tarjeta de ID de RightCare.

Cómo leer el frente de su tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid

El frente de la tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid contiene información importante sobre usted o su hijo, así como el nombre y el número de teléfono del proveedor de cuidado primario (PCP).

Cada miembro de STAR recibirá su propia tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid. Usted no recibirá una nueva tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid cada mes. Recibirá una nueva si pierde la anterior o si nos llama para cambiar su proveedor de cuidado primario (PCP).

Cómo leer el dorso de su tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid

El dorso de su tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid contiene información importante para usted y su proveedor de cuidado primario (PCP). Incluye números de teléfono para casos de emergencia o para recibir otra ayuda del departamento de Servicios para Miembros de RightCare.

	
STAR/Medicaid	
Member Name: JOHN A. SAMPLE	
Member ID#: 123456789	
Effective Date: 01/01/2020	
PCP: SAMPLE DOCTOR	
PCP Phone #: (512) 111-2222	
Effective Date of PCP: 01/01/2020	
Customer Service Phone #: 1-855-TX-RIGHT (1-855-897-4448)	
RCSWHP 6145	

Important Information/Información Importante	
24/7 Member Services/24-7 Departamento de Servicios para Miembros (gratis)	1-855-897-4448
24/7 Behavioral Health Crisis Line/24/7 Línea de Crisis de Salud Mental	1-844-436-8781
Vision Services/Servicios para la Vista	1-800-879-6901
Member Portal/Portal para miembros	https://rightcare.firstcare.com
Directions for what to do in an emergency. In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.	
Instrucciones en caso de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de las 24 horas o tan pronto como sea posible.	
NOTICE TO PROVIDER: The member whose name appears on the face of this card is covered by RightCare from Scott & White Health Plan for STAR/Medicaid services. For Medical Prior Authorization or UM questions, call 1-855-691-7947. The Medical UM FAX number is 1-800-292-1349.	
For Behavioral Health Prior Authorization or UM questions, call 1-855-395-9652.	
The Behavioral Health UM FAX number is 1-844-436-8779.	
Submit Claims to: RightCare from Scott & White Health Plan	
PO Box 981727, El Paso, TX 79998-1727 Payer ID: 74205	
Prescription Drug Information (Navitus): 1-877-908-6023	
BIN: 610602 PCN: MCD GROUP: SWH	
www.RightCare.SWHP.org	
REV 10/19	

Uso de su tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid

Siempre lleve con usted su tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid (o la de su hijo) y muéstrela al doctor, la clínica o el hospital para recibir la atención que necesita. **Debe** mostrar su tarjeta de ID de RightCare cada vez que necesite un servicio de salud.

Pérdida de la tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid

Si pierde su tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid, llámenos de inmediato al **1-855-897-4448** para que le enviemos una nueva. Si no tiene la tarjeta, de todos modos puede ir al doctor, la clínica o el hospital. Es posible que tenga que esperar para recibir servicios mientras se verifica su membresía de RightCare. Si cambia su nombre o necesita elegir un nuevo proveedor de cuidado primario (PCP), llámenos para que podamos enviarle una nueva tarjeta de ID.

TARJETA DE ID DE RIGHTCARE STAR MEDICAID

Cuando lo aprueban para recibir Medicaid, usted recibirá una tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de Medicaid de todos los días. Debe llevarla y protegerla como lo haría con la licencia de manejar o una tarjeta de crédito. El doctor puede usar la tarjeta para saber si usted tiene beneficios de Medicaid cuando vaya a una cita.

A usted solo se le emitirá una tarjeta y recibirá otra nueva únicamente si le roban o pierde su tarjeta. Si su tarjeta de Medicaid se pierde o es robada, puede recibir una nueva llamando gratis al **1-800-252-8263**.

Si no está seguro de que tiene cobertura de Medicaid, puede llamar gratis al **1-800-252-8263** para saberlo. También puede llamar al **2-1-1**. Primero, escoja un idioma y después escoja la opción 2.

Su historia médica es una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted recibió por medio de Medicaid. La divulgamos a los doctores de Medicaid para ayudarles a decidir qué atención médica necesita usted. Si no quiere que los doctores vean su historia médica por medio de una red segura en Internet, llame gratis al **1-800-252-8263**.

La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits tiene impreso en el frente estos datos:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid.
- La fecha en que se le envió la tarjeta.
- El nombre del programa de Medicaid en que está inscrito:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa Healthy Texas Women
 - Atención paliativa
 - STAR Health
 - Medicaid de Emergencia, o
 - Elegibilidad Presunta para Mujeres Embarazadas (PE)
- La información que la farmacia necesita para cobrar a Medicaid.
- El nombre de su doctor y de su farmacia si está en el Programa de Plan Cerrado de Medicaid.

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? Pharmacies can use the non-managed care billing information on the back of this card.

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 / RvPCN: DRTXPROD / RvGRP: MEDICAID TX-CA-1215

El dorso de la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits tiene un sitio web al que puede ir (www.yourtexasbenefits.com) y un número de teléfono al que puede llamar sin cargo (**1-800-252-8263**) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si se le olvida la tarjeta, el doctor, dentista o farmacéutico puede usar el teléfono o Internet para asegurarse de que usted recibe beneficios de Medicaid.

Formulario de verificación para Medicaid temporal (Formulario 1027-A)

El formulario 1027-A de la HHSC se llama “Formulario de verificación para Medicaid temporal”. Su propósito es proporcionar a los miembros elegibles o que pueden ser elegibles para Medicaid un documento que verifica su elegibilidad. Este formulario solo se emite cuando ocurre una de las siguientes situaciones:

- La elegibilidad del miembro para Medicaid se relaciona con cuidado de crianza o adopción.
- No se ha asignado al miembro un número de cliente de Medicaid.
- No se ha emitido una tarjeta de Medicaid vigente para el miembro.
- La tarjeta se ha perdido o no es posible acceder a ella.
- El caso de Medicaid está en espera.

Si usted pierde su tarjeta de ID de Medicaid, comuníquese con la Línea de Ayuda de Texas STAR al **1-800-964-2777**.

ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID

Usted debe informar a su Trabajador de Caso de Salud y Servicios Humanos sobre cualquier cambio que pueda afectar su elegibilidad. Por ejemplo, cambios en el ingreso, si se muda, o si obtiene otra cobertura de seguro.

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid, pero la vuelve a tener dentro de seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo proveedor de cuidado primario de antes.

Usted puede perder su cobertura de RightCare si:

- Usted se muda fuera del área de servicio de RightCare (Área de Servicio Rural-Región Central de Medicaid).
- Usted deja de ser elegible para Medicaid.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**. Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a RightCare, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de RightCare, hasta que la HHSC cambie su dirección. **Fuera de nuestra área de servicio, los servicios que no sean de emergencia pueden estar limitados. Asegúrese de informar a la HHSC de su mudanza tan pronto como pueda.**

(Asistencia para la Adopción/Ayuda para el Cuidado de Permanencia SOLAMENTE)

¿Qué debo hacer si necesito actualizar mi dirección o número de teléfono?

- El padre o madre adoptivo o el cuidador del programa de ayuda para el cuidado de permanencia deben comunicarse con el especialista regional de elegibilidad en asistencia para la adopción del DFPS asignado a su caso.
- Si el padre, madre o cuidador no saben quién es su especialista de elegibilidad asignado, pueden averiguarlo comunicándose con la línea directa del DFPS, **1-800-233-3405**.
- El padre, madre o cuidador deben comunicarse con el especialista de elegibilidad en asistencia para la adopción para informar el cambio de dirección.

RENOVACIÓN DE BENEFICIOS

Cómo renovar

Las familias deben renovar su cobertura del programa CHIP o de Children's Medicaid todos los años. Meses antes de que la cobertura de un niño esté por terminar, la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) enviará a la familia un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación contiene una solicitud. También incluye una carta que solicita actualizar los datos sobre los ingresos y deducciones de costos de la familia. La familia debe hacer lo siguiente:

- Revisar la información contenida en la solicitud de renovación.
- Corregir toda información que no sea correcta.
- Firmar y colocar la fecha en la solicitud.
- Observar las opciones de planes de salud, si se dispone de planes de salud de Medicaid.
- Devolver la solicitud de renovación y los documentos de prueba antes de la fecha de vencimiento.

Una vez que la HHSC reciba la solicitud de renovación y los documentos de prueba, el personal verificará si los hijos de la familia aún califican para el programa actual o si califican para otro programa. Si un niño es enviado a otro programa (Medicaid o CHIP), la HHSC enviará a la familia una carta para informarle sobre el envío y luego comprobará si el niño puede recibir beneficios en el otro programa. Si el niño califica, la cobertura del nuevo programa (Medicaid o CHIP) comenzará 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/Children's Medicaid al 1-800-964-2777 o visitando www.yourtexasbenefits.com.

Cómo completar el proceso de renovación

Cuando los niños continúen calificando para la cobertura de su programa actual (CHIP o Medicaid), la HHSC enviará a la familia una carta que indicará la fecha de inicio del nuevo período de cobertura. Si los niños califican para CHIP y debe pagarse un cargo de inscripción, la familia deberá pagar este cargo antes de la fecha de vencimiento para evitar el riesgo de perder la cobertura.

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

Llame a Servicios para Miembros de RightCare al 1-855-897-4448 si tiene preguntas o necesita ayuda para renovar sus beneficios de Medicaid.

CAMBIO DEL PLAN DE SALUD

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de STAR de Texas al **1-800-964-2777**. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

Si está en el hospital, un centro de tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias (SUD) o centro residencial de desintoxicación para SUD, no puede cambiar de plan de salud hasta que lo den de alta.

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

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

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

¿Puede RightCare solicitar que me retiren de su plan (por incumplimiento, etc.)?

Sí. RightCare puede solicitar la cancelación de su inscripción si:

- Un miembro comete fraude o abuso;
- Usted permite que otra persona utilice su tarjeta de ID de RightCare o su tarjeta de Your Texas Benefits;
- Usted no sigue el consejo de su proveedor, ya sea para usted o su hijo;
- Usted continúa asistiendo a la sala de emergencias cuando no tiene una verdadera emergencia;
- Usted causa problemas en el consultorio del proveedor, por ejemplo, gritando o peleándose;
- Usted falta reiteradamente a las consultas con su proveedor;
- Usted se comporta con descortesía o incorrectamente con un proveedor o un miembro del personal;
- o bien
- Usted dificulta la acción del proveedor para ayudarlo o para ayudar a otras personas.

RightCare no le solicitará que se retire del programa sin tratar de trabajar con usted. Si tiene alguna pregunta acerca de este proceso, llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**. La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas decidirá si es posible solicitar a un miembro que se retire de ese plan de salud.

BENEFICIOS DE STAR MEDICAID

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

RightCare le ofrece todos los servicios cubiertos que usted tiene derecho a recibir a través de Medicaid. Usted recibe:

- Servicios de cuidado primario para ayudar a usted y su hijo a mantenerse bien
- Programa Pasos Sanos de Tejas (controles médicos y vacunas para niños)
- Atención del embarazo o prenatal
- Atención médica necesaria para adultos y niños
- Inmunizaciones para niños y jóvenes menores de 21 años de edad
- Servicios de proveedores especializados (algunos pueden requerir un envío)
- Cuidado en hospital (como paciente interno y externo)
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de podiatría (doctor especialista en pies)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de radiología
- Cirugía sin permanecer en el hospital durante la noche
- Cuidado en hospital
- Atención de emergencia las 24 horas en una sala de emergencias
- Medicamentos recetados
- Exámenes de la vista y anteojos
- Consultas al especialista en oídos y audífonos
- Servicios de salud en el hogar (cuidado de la salud en el hogar; necesita ser referido)
- Servicios de ambulancia, si los necesita
- Terapias (física, del habla y ocupacional)

- Diálisis (ayuda de una máquina) para problemas renales
- Servicios y suministros de planificación familiar (como métodos anticonceptivos)
- Servicios de salud del comportamiento (mental)
- Ayuda con el abuso de sustancias (como alcohol o drogas)
- Centro de atención prolongada pediátrica prescrita (niños de hasta 20 años que dependen de servicios médicos o tecnológicos)
- Un control de la salud para adultos todos los años

¿Cómo debo recibir estos servicios?

Su proveedor de cuidado primario (PCP) trabajará con usted para asegurarse de que reciba los servicios que necesita. Estos servicios DEBEN ser proporcionados por su PCP, o bien usted debe ser enviado por su PCP a otro proveedor. En cualquier momento que tenga preguntas, puede llamar al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

¿Hay algún límite para los Servicios Cubiertos?

La mayoría de los servicios de Medicaid para niños, adolescentes y adultos jóvenes (menores de 21 años) no tienen límites. Algunos servicios de Medicaid para adultos (mayores de 21 años) sí tienen límites, como el cuidado de la salud mental como paciente internado, los servicios de salud en el hogar y los servicios de terapia. Si usted tiene preguntas acerca de los límites de cualquier servicio cubierto, consulte a su proveedor o llame a RightCare al **1-855-897-4448**. Le informaremos si un servicio cubierto tiene un límite.

¿Cómo puedo consultar a un proveedor de telesalud?

Hemos llegado a un acuerdo con MDLIVE para prestarle acceso mediante el servicio de telesalud a médicos, terapeutas y más 24/7.

Para consultar a un proveedor por teléfono o video:

- Inicie sesión en el portal de autoservicio de RightCare (RightCare.FirstCare.com) y haga clic en la opción “Virtual Care” (Atención virtual); o
- Descargue la aplicación móvil MDLIVE (MDLIVE.com/mobileapp); o
- Llame al 1-800-718-5082.

Hable con un proveedor por teléfono o por video. Repasarán sus síntomas con usted, le darán un plan de atención y pueden enviar un medicamento a su farmacia.

¿Qué puedo hacer para dejar de fumar?

Los miembros mayores de 18 años pueden llamar a YES QUIT, un programa del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas. Los miembros pueden inscribirse por teléfono llamando al 1-877-YES-QUIT (1-877-937-7848) o visitando www.yesquit.org. Su proveedor de cuidado primario (PCP) también puede trabajar junto a usted para asegurarse de que reciba los servicios, las referencias y el asesoramiento que necesita.

¿Qué servicios no están cubiertos por STAR Medicaid?

Algunos servicios de salud no están cubiertos por STAR Medicaid. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Acupuntura (curación con agujas y alfileres)
- Hipnosis
- Cirugía estética (como estiramiento facial)
- Inseminación artificial
- Perforación de la oreja

- Atención por duelo en hospital
- Trasplante capilar
- Tratamiento contra la infertilidad
- Fertilización *in vitro*
- Medicamentos o procedimientos experimentales
- Asesoramiento conyugal
- Documentos e informes médicos
- Servicios no autorizados
- Implante peniano
- Queratotomía radial
- Cuidado de relevo
- Reversión de esterilización
- Cualquier servicio que no sea imprescindible (que no sea médicamente necesario)
- Cualquier servicio que su PCP no autorice
- Cualquier servicio que reciba fuera de los Estados Unidos

Si tiene alguna pregunta acerca de qué beneficios están o no están cubiertos, llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

BENEFICIOS DE LA VISTA

¿Cómo obtengo servicios de la vista?

Los niños desde recién nacidos y los jóvenes hasta los 20 años pueden recibir un examen de la vista y anteojos recetados una vez cada 12 meses. También pueden recibir exámenes de la vista y anteojos recetados adicionales como parte del programa Pasos Sanos de Tejas. RightCare está asociada con Superior Vision para proporcionar estos servicios a nuestros miembros. Para obtener información sobre el cuidado de la vista y saber dónde puede encontrar a un oftalmólogo, llame al **1-800-879-6901**.

Si usted tiene más de 21 años, puede recibir un examen de la vista y anteojos recetados una vez cada 24 meses.

RightCare ofrece beneficios de la vista adicionales para los adultos mayores de 21 años. Los miembros tendrán acceso a un examen anual de la vista a través del proveedor de RightCare, Superior Vision. Este beneficio de valor agregado solo incluye el examen de la vista, no los anteojos, lentes de contacto, etc.

BENEFICIOS Y SERVICIOS DENTALES

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan de salud?

RightCare cubre los servicios dentales de emergencia que su hijo recibe en un hospital o centro de cirugía ambulatoria, lo cual incluye el pago de lo siguiente:

- Tratamiento por luxación mandibular
- Tratamiento de traumatismo de los dientes y estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías
- Tratamiento y aparatos correctivos de anomalías craneofaciales
- Hospital, médico y servicios médicos relacionados, como medicamentos, para cualquiera de los padecimientos anteriores

RightCare cubre el hospital, el médico y los servicios médicos relacionados para los padecimientos anteriores. Esto incluye los servicios del médico y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia.

Asimismo, RightCare es responsable de pagar el tratamiento y los aparatos correctivos de anomalías craneofaciales.

¿Qué servicios dentales cubre RightCare para los niños?

El plan dental de Medicaid de su hijo ofrece todos los demás servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Llame al plan dental de Medicaid de su hijo para aprender más sobre los servicios dentales que se ofrecen.

DentaQuest
1-800-516-0165
www.dentaquest.com

MCNA Dental
1-800-494-6262
www.mcna.net

¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos gratis al **1-855-897-4448** o llame al 9-1-1.

SALUD DEL COMPORTAMIENTO (MENTAL)

¿Cómo puedo obtener ayuda si tengo problemas de salud del comportamiento (mental), de alcohol o de drogas?

RightCare puede ayudarle a obtener ayuda para los problemas de salud del comportamiento (mental) y de abuso de sustancias (drogas o alcohol). Usted puede acudir a un proveedor de salud conductual sin un envío de su proveedor de cuidado primario (PCP). El proveedor que seleccione debe ser un proveedor de RightCare. Si tiene dificultades para manejar sus necesidades de salud conductual, un miembro de nuestro equipo de Administración de Casos de Salud Conductual puede ayudarle a organizar sus citas médicas, programar su transporte y obtener respuestas a preguntas sobre servicios, medicamentos y otras cuestiones. Para pedir ayuda al Departamento de Administración de Casos de Salud Conductual, puede llamar al número indicado en su tarjeta de ID de RightCare, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. El número de teléfono es **1-855-395-9652**.

Si usted tiene una crisis o se siente abrumado, llame a la línea de crisis de salud conductual en cualquier momento, 24 horas al día y 7 días a la semana. Será atendido por un miembro del personal. El número al que debe llamar es **1-844-436-8781**.

¿Qué tipo de ayuda puede ofrecer RightCare?

El equipo de salud conductual de RightCare puede ayudarle en las siguientes situaciones:

- Se siente muy triste, estresado o preocupado (deprimido)
- No puede hacer frente a la vida diaria
- No está durmiendo o comiendo bien
- Piensa en hacerse daño o en dañar a otras personas
- Está perturbado por pensamientos extraños (como escuchar voces)
- Está consumiendo drogas o bebiendo alcohol en mayor medida
- Tiene problemas en el trabajo o el hogar

LÍNEA PARA CRISIS
1-844-436-8781

- Tiene un hijo con problemas en la escuela

Recuerde que los servicios de salud mental son privados, por lo cual no necesita el permiso de su PCP.

Si usted tiene una emergencia debido a problemas de salud mental o de abuso de drogas o alcohol, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 9-1-1 para pedir una ambulancia.

¿Qué son los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental y la Administración Especializada de Casos de Salud Mental?

RightCare ofrece Servicios de Rehabilitación y Administración de Casos de Salud Mental, los cuales ayudan a los miembros que han sido evaluados con las siguientes características:

- Enfermedad mental grave y persistente, como esquizofrenia, depresión mayor, trastorno bipolar u otro trastorno mental gravemente incapacitante.
- Niños y adolescentes de 3 a 17 años con diagnóstico de enfermedad mental o con un trastorno emocional grave.

Los servicios de rehabilitación de salud mental pueden incluir:

- Programa diario para necesidades agudas
- Capacitación y apoyo farmacológico
- Intervención en caso de crisis
- Capacitación y desarrollo de habilidades
- Servicios de rehabilitación psicosocial

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a Administración de Casos de Salud Mental de RightCare al **1-855-395-9652** para obtener ayuda.

ADMINISTRACIÓN DE CASOS – NECESIDADES ESPECIALES DE CUIDADO DE LA SALUD

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

Si usted tiene necesidades especiales de cuidado de la salud, como condiciones médicas crónicas, enfermedades graves o una discapacidad, llame a la Administración de Casos al **1-855-691-7947**, **Opción 3**. Podemos ayudarle a obtener los servicios especiales que RightCare tiene para usted, y también ayudarle a programar sus citas. Puede ser asignado a un administrador de casos que podrá:

- ayudarle a recibir el cuidado y los servicios que usted necesita;
- ayudarle a desarrollar un plan de cuidado con usted y su proveedor;
- responder sus preguntas sobre el cuidado de su salud.

¿En qué me puede ayudar la Administración de Casos?

Nuestros Administradores de Casos de RightCare pueden ayudarle mejorar su salud y a mantenerse saludable. RightCare tiene Administradores de Casos y Trabajadores Sociales experimentados que pueden ayudarle con lo siguiente:

- Problemas relacionados con el embarazo
- Asma
- Diabetes
- Trasplantes
- Necesidad de ir con frecuencia a un hospital o una sala de emergencias
- Ayuda para recibir los servicios necesarios

- Más de una enfermedad o condición de salud
- Programas comunitarios que pueden ayudarle

Si usted tiene necesidades especiales de cuidado de la salud, como enfermedades crónicas, padecimientos graves o una discapacidad, llame al Administrador de Casos al **1-855-691-7947**, **Opción 3**, o envíenos un correo electrónico a CaseManagement@BSWHealth.org. Podemos ayudarle a recibir los servicios especiales que RightCare tiene para usted, y también podemos ayudarle con sus citas. Trabajaremos con usted y su proveedor para ayudarle a recibir los servicios que necesita.

Usted puede recibir la llamada de un Administrador de Casos si su proveedor nos solicita que lo llamemos o si RightCare considera que podemos ayudarle.

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE RIGHTCARE

Queremos mejorar su salud. El Departamento de Mejoramiento de la Calidad (QI) de RightCare se centra en crear programas para lo siguiente: diabetes, asma, enfermedades cardíacas, inmunizaciones (vacunas), controles rutinarios del niño, EPOC y salud de la mujer (incluido el cuidado prenatal y de posparto). El personal del Departamento de Mejoramiento de la Calidad obtiene datos para medir sus necesidades de salud. Los datos sobre su salud ayudan a RightCare a mejorar su salud y sus servicios.

Objetivos del Programa de Mejoramiento de la Calidad

- Mejorar los resultados en cuanto a la salud
- Aumentar la satisfacción de los miembros
- Mejorar la seguridad de los miembros
- Reducir el uso excesivo e incorrecto de los servicios de salud
- Satisfacer las necesidades culturales y lingüísticas de los miembros
- Mejorar la calidad general del cuidado

Si tiene preguntas o desea recibir información sobre los objetivos, procesos o resultados del Mejoramiento de la Calidad, póngase en contacto con el Departamento de QI de RightCare al **1-855-897-4448**.

BENEFICIOS ADICIONALES DE RIGHTCARE

¿Qué beneficios adicionales puedo obtener como miembro de RightCare?

Todos los miembros elegibles de RightCare recibirán los siguientes beneficios adicionales (servicios de valor agregado):

- **Exámenes físicos anuales para deportes y la escuela**—Los miembros de hasta 19 años pueden hacerse cada año un examen físico deportivo. El miembro debe estar al día con los controles de salud de Pasos Sanos de Tejas.
- **Tarjeta de regalo de \$50 por un control de salud de Pasos Sanos de Tejas a los 4 meses**—Los miembros menores de 5 meses que se hacen el control de salud de Pasos Sanos de Tejas a los 4 meses reciben una tarjeta de regalo de \$50. El cupón de la tarjeta de regalo está disponible por Internet en www.RightCare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. El límite de por vida es de una tarjeta de regalo por miembro. El miembro debe solicitarla dentro de los 2 meses siguientes al control de salud.

- **Tarjeta de regalo de \$50 por realizarse los 6 controles de salud de Pasos Sanos de Tejas antes de los 15 meses**—Los miembros de hasta 15 meses que se realicen los 6 controles de salud de Pasos Sanos de Tejas a tiempo pueden obtener una tarjeta de regalo de \$50. El cupón de la tarjeta de regalo está disponible por Internet en www.RightCare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. El límite de por vida es de una tarjeta de regalo por miembro. El miembro debe solicitarla dentro de los 3 meses siguientes al 6.º control de salud.
- **Tarjeta de regalo de \$50 para la compra de un autoasiento para niño**—Los miembros que se hagan oportunamente un control de salud de Pasos Sanos de Tejas a los 15, 18 o 24 meses pueden recibir una tarjeta de regalo de \$50 para la compra de un autoasiento para niño. El cupón de la tarjeta de regalo está disponible por Internet en www.RightCare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. Para que una visita se considere “oportuna”, el control de salud de Pasos Sanos de Tejas debe hacerse dentro de los 60 días desde que el niño cumple 15 o 18 meses. Para el control médico de 24 meses, el niño debe asistir antes de cumplir 2 años de edad. El límite de por vida es de una tarjeta de regalo por miembro. El miembro debe solicitarla dentro de los 3 meses siguientes al control de salud.
- **Tarjeta de regalo de \$20 para la compra de un asiento elevador**—Los miembros que se hagan controles de salud oportunos de Pasos Sanos de Tejas a los 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 años pueden recibir una tarjeta regalo de \$20 para la compra de un asiento elevador para niño. El cupón de la tarjeta de regalo está disponible por Internet en www.RightCare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. Dentro de los 90 días siguientes a la inscripción en RightCare, deberá hacerse un control de salud de Pasos Sanos de Tejas para nuevos miembros de RightCare. El límite de por vida es de una tarjeta de regalo por miembro. El miembro debe solicitarla dentro de los 3 meses siguientes al control de salud.
- **Tarjeta de regalo de \$25 por un control de salud oportuno de Pasos Sanos de Tejas**—Los miembros menores de 21 años que se hagan su control de salud de Pasos Sanos de Tejas de manera oportuna pueden recibir una tarjeta de regalo de \$25. El cupón de la tarjeta de regalo está disponible por Internet en www.RightCare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. Dentro de los 90 días siguientes a la inscripción en RightCare, deberá hacerse un control de salud de Pasos Sanos de Tejas para nuevos miembros de RightCare. El límite de por vida es de una tarjeta de regalo por miembro. El miembro debe solicitarla dentro de los 3 meses siguientes al control de salud.
- **Servicios de visión adicionales para adultos**—Los miembros tienen acceso a un examen de ojos anual por parte de cualquier proveedor Superior Vision. Este servicio de valor agregado solo incluye el examen de ojos y no los anteojos, lentes de contacto, etc. Los servicios de visión están disponibles a través de Pasos Sanos de Tejas para miembros menores de 21 años. Llame a Superior Vision al 1-800-879-6901.
- **Asignación de \$150 para anteojos, lentes o lentes de contacto**—Los miembros tienen una asignación de \$150 para determinados marcos de anteojos, lentes o lentes de contacto que no están cubiertos por Medicaid. Hay un límite de \$150 cada 24 meses para determinados marcos de anteojos, lentes y lentes de contacto que no están cubiertos por Medicaid. Esta asignación está disponible a través de cualquier proveedor Superior Vision. Llame a Superior Vision al 1-800-879-6901.

- **Tarjeta de regalo de \$50 por cumplimiento con medicamentos para el asma**—Los miembros pueden recibir una tarjeta de regalo de \$50 para renovar regularmente sus medicamentos para el control del asma. Los miembros que reciban todas sus renovaciones en un periodo de 12 meses recibirán una tarjeta de \$50. Los miembros deben haber recibido una receta para un medicamento de control del asma, tener entre 5 y 64 años, ser miembros de RightCare durante las 12 renovaciones, y ser miembros de RightCare durante los 6 meses anteriores al conteo de renovaciones. El cupón de la tarjeta de regalo está disponible por Internet en www.RightCare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. El miembro debe solicitarla dentro de los 3 meses siguientes al evento calificador.
- **Tarjeta de regalo de \$20 por el manejo del asma**—Los miembros pueden recibir una tarjeta de regalo de \$20 por participar activamente en el manejo de su caso de asma en casos de asma que no estén bien controlados o bien muy mal controlados (nivel 2 o 3). Los miembros pueden solicitar esta tarjeta de regalo a su administrador de casos de RightCare. Limitado a una tarjeta de regalo por año. Para más información, llame a Servicios para Miembros de RightCare.
- **Tarjeta de regalo de \$20 por una visita de seguimiento de salud conductual luego de una internación**—Los miembros pueden obtener una tarjeta de regalo de \$20 por consultar a su médico de salud conductual después de recibir el alta luego de una internación por salud mental o conductual. El miembro puede recibir una tarjeta de regalo de \$20 por asistir a una visita de seguimiento el día 7. El miembro debe ser mayor de 5 años. El cupón de la tarjeta de regalo está disponible por Internet en www.RightCare.SWHP.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare para más información. Los miembros deben solicitar esta tarjeta de regalo dentro de los 3 meses del evento calificador. Limitado a una tarjeta de regalo de \$20 por año.
- **Fiesta de bienvenida del bebé o baby shower de RightCare**—Las nuevas mamás pueden obtener una bolsa de pañales y artículos nominales por asistir a una fiesta de bienvenida del bebé o baby shower de RightCare. Las fiestas de bienvenida de RightCare se realizan en lugares y horarios establecidos. RightCare notificará a todas las futuras mamás los detalles de las fiestas de bienvenida de bebés o baby showers. Los obsequios se limitan a una bolsa de pañales con otros artículos pequeños y regalos por embarazo. En estas reuniones se incluirá información sobre la salud y recursos comunitarios.
- **Tarjeta de regalo de \$20 para miembros embarazadas que asistan a una fiesta de bienvenida del bebé o baby shower de RightCare y a una visita prenatal**—Las miembros embarazadas pueden recibir una tarjeta de regalo de \$20. Para ello, la miembro debe asistir a una fiesta de bienvenida de bebés o baby shower de RightCare y a una visita prenatal durante el primer trimestre o dentro de los 42 días siguientes a la inscripción. Límite de una tarjeta de regalo por embarazo. El cupón de la tarjeta de regalo está disponible por Internet en www.RightCare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. La miembro debe solicitarla dentro de los 3 meses después del parto.
- **Tarjeta de regalo de \$20 para miembros embarazadas que asistan a una fiesta de bienvenida del bebé o baby shower de RightCare y a una visita de posparto**—Las miembros embarazadas que pueden recibir una tarjeta de regalo de \$20. Para ello, la miembro debe asistir a una fiesta de bienvenida de bebés o baby shower de RightCare y a una visita de posparto entre los 21 y 56 días siguientes al parto. El cupón de la tarjeta de

regalo está disponible por Internet en www.RightCare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. Límite de una tarjeta de regalo por embarazo. La miembro debe solicitarla dentro de los 3 meses después del parto.

- **Tarjetas de regalo para miembros embarazadas**—Las miembros embarazadas pueden obtener tarjetas de regalo por recibir atención médica durante el embarazo:
 - \$75 por completar una visita prenatal durante el primer trimestre o dentro de los 42 días de la inscripción
 - \$75 por hacer una visita de posparto entre los 21 y 56 días después del parto

La miembro debe mantener su membresía durante todas sus visitas de calificación. Además debe solicitar la tarjeta de regalo dentro de los 3 meses posteriores a su visita posparto. Límite de una tarjeta de regalo por visita y por embarazo. El cupón de estas tarjetas de regalo está disponible por Internet en www.RightCare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare.

- **Hasta \$500 al año por servicios dentales adicionales para embarazadas**—Las mujeres embarazadas mayores de 21 años pueden recibir hasta \$500 al año por controles dentales, incluidas radiografías (solo 1 por año), extracciones simples, empastes limitados, tratamientos con fluoruro y limpiezas cada 6 meses a través de Liberty Dental. Los servicios dentales están disponibles a través de Pasos Sanos de Tejas para embarazadas inscritas menores de 21 años. Llame a Liberty Dental al 1-877-550-4374.
- **Visitas a domicilio para miembros con un embarazo de alto riesgo que reciben servicios de administración de casos**—Las miembros embarazadas que reciben servicios de administración de casos y tienen condiciones de alto riesgo, tales como diabetes, presión arterial alta, hipertensión y náuseas intensas, pueden recibir visitas a domicilio. Los servicios serán determinados por un administrador de casos de RightCare y requerirán una orden del proveedor de la miembro.
- **Descuento en farmacias de Baylor Scott & White**—Los miembros pueden obtener hasta un 20% de descuento en las farmacias de Baylor Scott & White Health. El descuento cubre:
 - Artículos de cuidado personal, tales como desodorante, cepillos de dientes, pasta de dientes y champú.
 - Artículos de primeros auxilios, como tiritas, cremas y desinfectante de manos.
 - Artículos para el cuidado del bebé, como termómetros y toallitas.Los miembros simplemente necesitan mostrar su tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid para recibir el descuento en el momento del pagar por su compra.
- **Recursos por Internet sobre bienestar y salud mental**—Los miembros pueden acceder a recursos por Internet sobre bienestar y salud mental en www.RightCare.swhp.org.

RightCare siempre está planificando nuevos programas y servicios para mantener saludables a usted y su familia.

¿Cómo puedo recibir estos beneficios adicionales?

Puede comunicarse con nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para recibir los Servicios de Valor Agregado de RightCare. Nuestro departamento de Servicios para Miembros le explicará cómo puede recibir estos beneficios. También puede encontrar más

información acerca de nuestros Servicios de Valor Agregado por Internet en www.RightCare.swhp.org.

¿Qué cursos de educación sobre la salud ofrece RightCare?

RightCare ofrece a los miembros educación en muchos y diferentes temas de salud. La educación sobre la salud de RightCare se ofrece sin cargo. Puede incluir información sobre:

- Inmunizaciones
- Embarazo de alto riesgo
- Diabetes
- Cuidado del asma

Llame al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448** para obtener más información.

¿Qué otros servicios puede RightCare ayudarme a recibir? (Servicios sin tarifa fija)

RightCare se preocupa por su salud y bienestar. RightCare tiene muchos servicios y trabaja con numerosas agencias para ayudarlo a recibir el cuidado y la ayuda que necesita. Algunos de estos servicios O agencias incluyen:

- Intervención de Primera Infancia (ECI)
- Administración de casos para niños y mujeres embarazadas
- Salud Escolar y Servicios Relacionados de Texas (SHARS)
- Departamento de Adultos Mayores y Servicios de Rehabilitación (DARS), División de Servicios para Ciegos
- Departamentos de Salud Pública
- Otras agencias y programas estatales y locales (como cupones para alimentos), y el programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Servicios de cuidado personal

PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)

¿Qué es un proveedor de cuidado primario (PCP)?

El proveedor de cuidado primario (PCP) es el principal proveedor a quien usted consulta para recibir servicios médicos de Medicaid. Es el médico, la enfermera de práctica avanzada (NP) o el asistente médico (PA) a quién usted (o su hijo) eligió o al cual fue asignado para las necesidades de cuidado de la salud. Este es el miembro más importante de su equipo de cuidado de la salud y la persona responsable de asegurarse de que usted tenga todo lo que necesita para mantenerse saludable.

¿Qué necesito llevar a mi cita con mi médico?

Cuando necesite ver a su PCP, llame a su consultorio con anticipación y programe una cita para visitarlo. Cuando visite a su proveedor, deberá llevar su **tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid**, así como la **tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits**. Si su hijo visita a un proveedor, no olvide llevar sus registros de vacunación.

¿Cómo puedo elegir un proveedor de cuidado primario (PCP)?

Durante el proceso de inscripción, usted eligió un proveedor de nuestra lista para que se desempeñara como su PCP (o el de su hijo).

Cada familiar de RightCare elegirá su propio PCP. Usted puede elegir entre:

- Pediatras (cuidado de niños)
- Ginecoobstetras (cuidado para la mujer)

- Medicina general o familiar (cuidado para niños y adultos)
- Medicina interna (generalmente cuidado solo para adultos)
- Centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) o clínicas de salud rurales (RHC)

¿Una clínica puede ser mi proveedor de cuidado primario (PCP)?

Usted o su hijo pueden seleccionar una clínica como su PCP. Pueden ser clínicas determinadas, como los **centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC)** o las **clínicas de salud rurales (RHC)**. Si tiene preguntas, llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario (PCP)?

Es posible que desee cambiar de PCP si:

- Usted no está satisfecho con el cuidado de su PCP
- Usted necesita un tipo diferente de proveedor que le provea cuidado a usted o su hijo
- Usted se muda a una mayor distancia de su PCP
- Su PCP deja de formar parte de la red de RightCare; o bien
- Usted desea ser examinado por otro PCP

Usted puede cambiar su PCP llamando al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**. El Directorio de Proveedores de RightCare ofrece un listado de todos los PCP de la red. Usted puede solicitar que se le envíe un ejemplar por correo llamando al departamento de Servicios para Miembros al 1-855-897-4448. También puede ver el directorio por Internet, en: www.RightCare.swhp.org.

Recibirá una nueva tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid que muestra la fecha en que su nuevo PCP puede comenzar a proveerle cuidado a usted o su hijo. La nueva tarjeta indicará el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi proveedor de cuidado primario (PCP)?

Usted puede cambiar su PCP en cualquier momento. Si llama **ANTES** del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia inmediatamente. Si llama **DESPUÉS** del día 15 del mes, su PCP continuará siendo el mismo hasta el primer día del mes siguiente. A veces, dependiendo de las circunstancias, es posible cambiar su proveedor de inmediato.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de cuidado primario, o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamándonos gratis al **1-855-897-4448** o escribiendo a:

RightCare from Scott & White Health Plan
MS-A4-144
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502

¿Existen razones por las cuales pueda rechazarse una solicitud de cambio de un proveedor de cuidado primario?

Posiblemente no pueda tener el proveedor de cuidado primario (PCP) que eligió si:

- El PCP que eligió no está aceptando nuevos pacientes.
- El PCP que eligió no forma parte de la red de RightCare.

¿Qué tan pronto me atenderán?

Los nuevos miembros deben consultar a un proveedor de cuidado primario (PCP) tan pronto como sea posible después de la inscripción o dentro de un plazo de dos (2) semanas a partir de la solicitud al PCP. Todos los miembros deben esperar poder consultar a un PCP por motivos no urgentes dentro de los 60 días a partir de la solicitud a su PCP.

¿Mi proveedor de cuidado primario puede remitirme a otro por incumplimiento?

Es importante que siga el consejo de su PCP y que participe en las decisiones sobre el cuidado de su salud (o la de su hijo).

Su PCP puede solicitarnos que le asignemos a usted o su hijo a otro PCP si:

- Usted no sigue el consejo de su PCP o las reglas de su consultorio
- Usted y su PCP no se llevan bien
- Usted suele faltar a las consultas sin llamar al PCP para decirle que no podrá asistir
- Usted falta a muchas citas

Si su PCP solicita un cambio, debe notificarnos al respecto. Usted recibirá una carta por correo. En ese caso, llame a RightCare al **1-855-897-4448**. Le ayudaremos a encontrar un nuevo PCP.

¿Qué ocurre si decido ir a otro doctor que no es mi proveedor de cuidado primario (PCP)?

Si es necesario, usted puede consultar a cualquier proveedor que participe en STAR Medicaid (lo cual incluye la mayoría de los hospitales):

- Cuidado de emergencia las 24 horas en una sala de emergencias
- Servicios y suministros para la planificación familiar
- Consulta de control de la salud del programa Pasos Sanos de Tejas para su hijo

Para todo el resto del cuidado, solo tiene que consultar al PCP indicado en su tarjeta de ID.

Si usted consulta a otro PCP:

- Es posible que usted tenga que pagar la factura.
- Es posible que el proveedor no lo atienda.
- Es posible que el proveedor le diga que visite primero a su PCP.

Si usted necesita servicios de salud mental o por abuso de sustancias, puede llamar al Administrador de Casos de Salud Mental al **1-855-395-9652**. Los servicios de salud mental son privados, por lo cual no necesita el permiso de su PCP para recibirlos. Si tiene una situación de crisis, puede llamar a la línea para crisis de salud mental en cualquier momento del día, los 7 días de la semana. No será grabado. El número es **1-844-436-8781**.

¿Cómo recibo cuidado médico cuando el consultorio de mi proveedor de cuidado primario (PCP) está cerrado?

Si usted se enferma durante la noche o en fin de semana y no puede esperar para recibir cuidado médico, llame a su PCP para pedirle consejo. Su PCP u otro proveedor en el consultorio del PCP están disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si el consultorio de su PCP está cerrado, usted puede ser transferido a un servicio de contestador.

CUIDADO OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

Aviso importante para la mujer

RightCare le permite escoger a cualquier ginecoobstetra, esté o no en la misma red que su proveedor de cuidado primario.

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envío a los servicios del proveedor de cuidado primario. Un ginecoobstetra le puede brindar:

- Un examen preventivo para la mujer cada año
- Atención relacionada con el embarazo
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer
- Envíos para ver a un especialista de la red
- Servicios de planificación familiar

Cómo elegir un ginecoobstetra

Usted no está obligada a elegir un ginecoobstetra (proveedor de cuidado de la salud de la mujer). Sin embargo, si usted está embarazada, debe elegir a un ginecoobstetra para que le proporcione cuidado.

Usted solo puede consultar a ginecoobstetras que formen parte de la red de RightCare. No necesita un envío de su PCP. Para elegir un ginecoobstetra, llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**. También puede elegir que su ginecoobstetra sea su PCP, pero solo si el profesional está de acuerdo. Si desea que su ginecoobstetra sea su PCP, llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

Si no elige un ginecoobstetra como su PCP, puede recibir la mayoría de los servicios de un ginecoobstetra de la red de estos especialistas de RightCare sin llamar a su PCP y sin obtener un envío o aprobación de RightCare. Todos los servicios de planificación familiar, cuidado obstétrico y servicios ginecológicos de rutina pueden obtenerse directamente a través del ginecoobstetra de la red de RightCare que usted elija.

¿Qué tan pronto me atenderán?

Si usted está embarazada, será atendida dentro de las 2 semanas de haber solicitado una cita. Si no está embarazada, será atendida dentro de las 3 semanas de haberla solicitado.

¿Puedo continuar atendiéndome con mi ginecoobstetra si este no pertenece a RightCare?

Si usted ya ha sido examinada por un ginecoobstetra que no forma parte de RightCare, en ciertos casos usted puede seguir visitándolo. Por ejemplo, si usted está al menos en su sexto mes de embarazo cuando se inscribe en RightCare, puede continuar consultando al profesional que esté atendiéndola. A tal fin, debe llamar a Administración de Casos de RightCare al **1-855-395-9652**.

¿Qué ocurre si estoy embarazada?

Si usted piensa o sabe que está embarazada, programe una cita con su PCP o su ginecoobstetra. Ellos podrán confirmar si está embarazada o no y analizar la atención que usted y su niño por nacer necesitarán. Seguramente podrá obtener una cita dentro de las dos semanas posteriores a haberla solicitado.

Es muy importante que llame a RightCare para informarnos que está embarazada y qué proveedores están atendiéndola. Llame al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**. Es muy importante que comience su cuidado prenatal de inmediato.

¿Qué otros servicios, actividades o información ofrece RightCare a las mujeres embarazadas?

Las mujeres embarazadas pueden recibir servicios de administración de casos y educación para la salud. Una enfermera administradora de casos puede:

- comunicarse con usted por teléfono

- comunicarse con usted por correo
- ofrecerle educación acerca de su embarazo
- ayudarle a encontrar un proveedor ginecoobstetra
- evaluar sus necesidades de cuidado de la salud
- ayudarle a coordinar sus necesidades especiales de transporte
- ayudarle a elegir un pediatra para su bebé
- proporcionarle información sobre los beneficios adicionales que RightCare ofrece a las mujeres embarazadas, incluidos los siguientes:
 - Tarjetas de regalo
 - Fiestas de bienvenida de bebés o baby showers
 - Programa de Administración de Casos de Maternidad *Expecting the Best*®

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Para encontrar un centro de maternidad cercano a su hogar, llame al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

RightCare ofrece servicios de planificación familiar, incluso a los miembros menores de 18 años de edad. Los servicios de planificación familiar ayudan a las personas a determinar el número de sus hijos y el espaciamiento entre un embarazo y otro. Esto promueve resultados positivos en los nacimientos y familias saludables.

¿Cómo puedo recibir servicios de planificación familiar?

Los servicios de planificación familiar (como métodos anticonceptivos y el asesoramiento correspondiente) son muy privados. No es necesario que solicite un envío a su proveedor de cuidado primario (PCP) para recibir estos servicios o suministros.

¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en www.dshs.state.tx.us/famplan/, o puede llamar a RightCare al **1-855-897-4448** si desea recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

ADMINISTRACIÓN DE CASOS PARA MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS (CPW)

¿Necesita ayuda para encontrar y recibir servicios?
Quizás un administrador de casos pueda ayudarle.

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

Los niños, adolescentes, adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años, y las mujeres embarazadas que reciben Medicaid y:

- Tienen problemas de salud, o
- Corren un alto riesgo de desarrollar problemas de salud.

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos se reunirá con usted y entonces:

- Se enterará de qué servicios necesita usted.
- Encontrará servicios cerca de donde vive.
- Le enseñará cómo encontrar y recibir otros servicios.
- Se asegurará de que usted está recibiendo los servicios que necesita.

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

- Recibir servicios médicos y dentales.
- Obtener artículos o equipo médicos.
- Trabajar en asuntos escolares o educativos.
- Tratar otros problemas.

¿Cómo puede usted obtener un administrador de casos?

Llame gratis al programa Pasos Sanos de Tejas al 1-877-847-8377, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Para saber más:

- Vaya a: www.dshs.state.tx.us/caseman
- Para hablar directamente con un administrador de casos, llámenos al **1-855-691-7947**
- Visite www.RightCare.swhp.org

RECIÉN NACIDOS

¿Puedo elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para mi bebé antes de que nazca?

Sí. Llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** y le ayudaremos a seleccionar un PCP pediatra (doctor de bebés) de la red de RightCare para su bebé.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario (PCP) de mi bebé?

Si usted no elige un PCP para su bebé, se le elegirá uno. Si usted no está satisfecha con la decisión, puede llamar al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** a fin de cambiarlo. Por favor, no cambie su PCP por uno nuevo sin informar a RightCare. Si usted consulta a un nuevo PCP sin informar a RightCare, es posible que los servicios no sean cubiertos.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Por lo menos durante 90 días después de su nacimiento, el bebé tendrá cobertura bajo el mismo plan de salud que usted. Usted puede pedir un cambio de plan de salud antes de los 90 días llamando al agente de inscripción al **1-800-964-2777**.

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

¿Cómo debo inscribir a mi bebé recién nacido?

Cuando nazca su bebé, llame a su administrador de caso del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas para que su bebé pueda ser inscrito en Medicaid. Para inscribir a su bebé, no es necesario esperar hasta que el niño reciba su número de Seguro Social. También es importante que llame al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448** a fin de informarnos sobre el nacimiento del bebé. Usted recibirá una tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits que dice "Newborn Call Plan". Esto significa que el bebé está inscrito en el plan de salud de la madre (RightCare) durante al menos 90 días a partir de la fecha de nacimiento.

PASOS SANOS DE TEJAS

¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Tejas?

Pasos Sanos de Tejas es el programa de atención médica de Medicaid para niños, adolescentes y adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años. Si el proveedor de su hijo encuentra un

problema de salud durante un examen, puede asegurarse de que el niño reciba la atención médica necesaria para ayudar a prevenir problemas que podrían dificultar su aprendizaje y crecimiento.

Pasos Sanos de Tejas le brinda al niño:

- Exámenes médicos periódicos gratis, a partir del nacimiento.
- Exámenes dentales gratis a partir de los 6 meses.
- Un administrador de casos que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtener estos servicios.

Los exámenes de Pasos Sanos de Tejas:

- Encuentran problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- Evitan problemas de salud que dificultan que su hijo aprenda y crezca como otros niños de su edad.
- Ayudan a su hijo a tener una sonrisa sana.

Algunas de las cosas que se hacen en un examen médico de Pasos Sanos de Tejas son:

- examen físico, que incluirá medición de altura y peso
- examen de la audición y la vista
- garantizar que su hijo esté siguiendo una buena dieta
- inmunizaciones (vacunas)
- análisis de sangre (cuando es necesario)
- historial y examen de salud

Los niños y jóvenes menores de 21 años pueden recibir cuidado dental, que incluye:

- evaluación oral y barniz de flúor
- empastes
- extracción de dientes
- coronas
- tratamientos de conducto radicular
- limpieza dental cada 6 meses
- extracción de muelas del juicio

Si usted tiene más de 21 años, STAR Medicaid cubrirá su cuidado dental solo en el caso de una emergencia que ponga su vida (o su salud inmediata) en peligro. Si tiene preguntas, llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

Cuándo programar un examen:

Usted recibirá una carta de Pasos Sanos de Tejas que dice cuándo le toca un examen. Llame al doctor de su hijo para programar un examen. Haga la cita para la hora que le convenga más a su familia.

Si el doctor o dentista encuentra un problema de salud durante un examen, su hijo puede recibir la atención que necesita; por ejemplo:

- Exámenes de la vista y anteojos.
- Pruebas de la audición y audífonos.
- Otros tipos de atención médica y dental.
- Tratamiento de otros padecimientos médicos.

Llame a RightCare al **1-855-897-4448** o gratis a Pasos Sanos de Tejas al 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) si usted:

- Necesita ayuda para encontrar a un doctor o dentista.
- Necesita ayuda para programar un examen.
- Tiene preguntas sobre los exámenes o sobre Pasos Sanos de Tejas.
- Necesita ayuda para encontrar y recibir otros servicios.

Si no tiene cómo llevar a su hijo al examen, Medicaid tal vez pueda ayudar. Los niños con Medicaid y sus padres reciben transporte gratis de ida y vuelta al doctor, dentista, hospital o a la farmacia.

- Área de Houston/Beaumont: 1-855-687-4786.
- Área de Dallas/Ft. Worth: 1-855-687-3255.
- Demás áreas: 1-877-633-8747 (1-877-MED-TRIP).

¿Cómo y cuándo puedo obtener los exámenes médicos y las revisiones dentales de Pasos Sanos de Tejas para mi hijo?

La mayoría de los proveedores de cuidado primario (PCP) de RightCare que trabajan con niños pueden ofrecer los servicios de Pasos Sanos de Tejas. Tal vez sea conveniente que primero hable con el PCP de su hijo. Si por alguna razón su PCP no puede ofrecerle los servicios de Pasos Sanos de Tejas, podemos ayudarle a coordinarlos a través de otro proveedor. Llame al **1-855-897-4448** para solicitar ayuda.

Las revisiones dentales pueden hacerse cada 6 meses, a partir de los 12 meses de edad. Si el dentista encuentra un problema, este puede tratarse en una consulta de seguimiento. Si el dentista tiene que hacer un tratamiento dental en el hospital o en algún lugar que no sea su consultorio, usted tendrá que llamar al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** antes de que se preste el servicio.

Edades correspondientes a los exámenes de Pasos Sanos de Tejas

Nacimiento (paciente internado)	6 meses	24 meses	6 años	11 años	16 años
3 a 5 días	9 meses	30 meses	7 años	12 años	17 años
2 semanas	12 meses	3 años	8 años	13 años	18 años
2 meses	15 meses	4 años	9 años	14 años	19 años
4 meses	18 meses	5 años	10 años	15 años	20 años

¿Es necesario que mi médico forme parte de la red de RightCare?

La mayoría de los proveedores de cuidado primario (PCP) de RightCare que trabajan con niños pueden ofrecer los servicios de Pasos Sanos de Tejas. Sin embargo, su hijo puede consultar a cualquier proveedor de STAR Medicaid para recibir los servicios del programa Pasos Sanos de Tejas. Si tiene preguntas, llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

¿Necesito un envío?

Para recibir los servicios de Pasos Sanos de Tejas, no necesita un envío del PCP de su hijo.

¿Qué ocurre si tengo que cancelar una cita?

Llame y programe una cita para cada familiar que deba ser examinado. Si necesita cancelar su cita, llame al consultorio del proveedor tan pronto como sea posible. Algunos PCP solicitan a los pacientes que llamen al menos 24 horas antes de su cita para que otro paciente pueda utilizar ese espacio de tiempo. Asegúrese de volver a programar su cita tan pronto como sea posible. Es importante mantener a sus hijos al día con respecto a sus exámenes médicos.

¿Qué ocurre si estoy fuera de la ciudad y llega el momento en que mi hijo debe hacerse un examen de Pasos Sanos de Tejas?

Si se encuentra fuera de la ciudad cuando llega el momento de hacer el examen de Pasos Sanos de Tejas de su hijo, llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para recibir asistencia. Para recibir los servicios de Pasos Sanos de Tejas, usted puede consultar a cualquier proveedor de Medicaid de Tejas en el área.

¿Qué ocurre si me mudo a otro lugar?

Si usted se ha mudado, debe notificar su nueva dirección a su administrador de caso de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Además, debe llamar a RightCare al **1-855-897-4448** antes de recibir servicios en su nueva área, a menos que se trate de una emergencia. Usted continuará recibiendo cuidado a través de RightCare hasta que la HHSC cambie su dirección.

CUIDADO DE LA SALUD PARA LAS MUJERES DESPUÉS DEL PARTO

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

Después del nacimiento de su bebé, usted podría perder su cobertura de Medicaid. Podría recibir algunos servicios de atención médica por medio del Programa Healthy Texas Women y del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). Estos servicios son para las mujeres que solicitan los servicios y son aprobadas.

Programa Healthy Texas Women

El Programa Healthy Texas Women brinda exámenes de planificación familiar, pruebas de detección relacionadas y control de la natalidad a las mujeres entre 18 y 44 años cuyos ingresos del hogar no exceden los límites de ingresos del programa (185% del nivel federal de pobreza). Usted tiene que presentar una solicitud para saber si puede recibir servicios por medio de este programa.

Para más información acerca de los servicios disponibles por medio del Programa Healthy Texas Women, escriba, llame o visite el sitio web:

Healthy Texas Women Program
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 1-800-335-8957
Sitio web: www.texaswomenshealth.org/
Fax (sin cargo): 1-866-993-9971

Programa Atención Primaria de Salud del DSHS

El Programa Atención Primaria de Salud del DSHS atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden recibir la misma atención por medio de un seguro u otro programa. Para recibir servicios por medio de este programa, los ingresos de las personas no deben exceder los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Las personas aprobadas para recibir servicios tendrán que pagar un copago, pero a nadie se le niega los servicios por falta de dinero.

La Atención Primaria de Salud se centra en la prevención de enfermedades y la detección e intervención tempranas de problemas de salud. Los servicios principales que se prestan son:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia

- Planificación familiar
- Servicios de salud preventivos, incluso vacunas y educación sobre la salud, así como pruebas de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico adecuados.

Los servicios secundarios que se podrían prestar son servicios de nutrición, pruebas de detección, atención médica en casa, servicios dentales, transporte a las citas médicas, medicamentos que ordena el doctor (medicamentos recetados), equipo médico duradero, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies (servicios de podología) y servicios sociales.

Usted podrá solicitar los servicios de Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Atención Primaria de Salud, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/phc/
 Teléfono: (512) 776-7796
 Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS

El programa Atención Primaria de Salud Ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección a las mujeres de 18 años o más cuyos ingresos no exceden los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se prestan a través de clínicas comunitarias contratadas por el DSHS. Los trabajadores comunitarios de salud ayudan a asegurar que las mujeres reciban los servicios de prevención y detección que necesitan. Algunas clínicas podrían ofrecer ayuda con la lactancia materna.

Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx
 Teléfono: (512) 776-7796
 Fax: (512)-776-7203
 Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa de Planificación Familiar del DSHS

El Programa de Planificación Familiar tiene clínicas en todo el estado que ofrecen a hombres y mujeres planificación familiar de calidad, a bajo costo y fácil de usar.

Para encontrar una clínica en su región, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Planificación Familiar, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/famplan/
 Teléfono: (512) 776-7796

INTERVENCIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA (ECI)

Intervención Temprana en la Infancia (Early Childhood Intervention o ECI) es el nombre de un programa, que abarca todo el estado de Texas, destinado a las familias con niños con discapacidades y retrasos del desarrollo desde el nacimiento hasta los tres años. El ECI presta apoyo a las familias a fin de ayudar a sus hijos a alcanzar su potencial por medio de servicios para el desarrollo.

¿Necesito un envío para este programa?

No es necesario que su proveedor de atención primaria lo envíe al ECI.

¿Dónde puedo encontrar un proveedor del programa ECI?

Para recibir ayuda a fin de encontrar un proveedor del programa ECI, por favor llame al número de llamadas sin cargo del ECI, **1-800-628-5115**, o busque un proveedor del programa por Internet en: <https://dmzweb.dars.state.tx.us/prd/citysearch>.

TRABAJADORES DE CAMPO Y SUS HIJOS (CMFW)

¿Quién es un trabajador de campo?

Un trabajador de campo es una persona que:

- Trabaja en el campo, en un establecimiento de campo o como empacador de alimentos durante ciertas épocas del año
- Trabaja con cultivos, productos lácteos, aves de corral o ganado
- Ha trabajado por temporadas en los últimos 24 meses
- Vive en viviendas temporales para que le resulte sencillo mudarse debido a su trabajo por temporadas

¿Y si soy trabajador de campo migrante?

Si piensa salir de la región, puede recibir su examen más pronto. Llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**; nos complaceremos en ayudarlo a programar esta cita más pronto.

¿QUÉ SIGNIFICA “MÉDICAMENTE NECESARIO”?

Medicamento necesario significa:

1. Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Tejas:
 - a. servicios de detección y para la vista y la audición; y
 - b. otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto, una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto, una enfermedad o un padecimiento físico o mental:
 - i. tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de *Alberto N., et al. v. Traylor, et al.*; y
 - ii. puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.
2. Para los miembros mayores de 20 años, servicios no relacionados con la salud mental y el abuso de sustancias que:

- a. son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, o prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o limiten el movimiento, causen o empeoren una discapacidad, provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro;
 - b. se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
 - c. cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
 - d. son acordes con el diagnóstico del padecimiento;
 - e. son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
 - f. no son experimentales ni de estudio; Y
 - g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y
3. Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:
- a. son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o abuso de sustancias, para mejorar o mantener el funcionamiento, o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
 - b. cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;
 - c. se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo, y en donde hay un ambiente seguro;
 - d. se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
 - e. no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro, o la calidad de la atención prestada;
 - f. no son experimentales ni de estudio; Y
 - g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA

¿Qué es la Atención Médica de Rutina?

La atención médica de rutina se refiere a los exámenes regulares de su proveedor de cuidado primario (PCP), así como al tratamiento recibido de su PCP cuando usted se enferma. Su PCP se familiarizará con usted, coordinará exámenes regulares y lo tratará cuando esté enfermo. Su PCP le recetará medicamentos y lo enviará a un doctor especial (especialista) si lo necesita.

Es importante que usted haga lo que su PCP le indique y que participe en las decisiones que se tomen sobre el cuidado de su salud. Si usted no puede tomar una decisión sobre el cuidado de su salud, puede elegir a otra persona para que lo haga por usted.

Cuando necesite ver a su PCP, llámelo al número que aparece indicado en su tarjeta de ID de RightCare STAR Medicaid. Alguna persona del consultorio del PCP fijará una fecha para que usted lo visite. Es muy importante que usted asista a su cita, que llame con anticipación para programar las consultas y que vuelva a llamar si tiene que cancelarlas. Si más de un miembro de su familia necesita consultar a un proveedor, es necesario programar una nueva cita para cada persona.

¿Qué tan pronto me atenderán?

Su PCP está disponible las 24 horas del día, ya sea en persona o por teléfono. Si su PCP no está disponible, tendrá otro proveedor disponible para usted. Esto incluye los fines de semana y los días feriados. Seguramente podrá obtener una cita de cuidado de rutina dentro de las dos (2) semanas

siguientes. Si usted tiene un padecimiento que requiere atención médica el mismo día, su PCP puede ayudarle.

Debe ver a un proveedor de RightCare para la atención de rutina y urgente. Si necesita ayuda para elegir un proveedor o programar una cita, puede llamar al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

ATENCIÓN MÉDICA URGENTE

¿Qué es la atención médica urgente?

Otro tipo de atención es la **urgente**. Existen algunas lesiones y enfermedades que probablemente no constituyan emergencias, pero que pueden convertirse en emergencias si no se tratan en el transcurso de 24 horas. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Quemaduras o cortadas menores
- Dolor de oídos
- Dolor de garganta
- Esguinces o distensiones musculares
- Resfriado, tos y gripe
- Problemas de los senos paranasales
- Alergias
- Dolores de cabeza leves
- Sarpullido
- Quemaduras solares menores
- Dolor de muelas o dentición del bebé
- Dolor de espalda crónico
- Resurtido de recetas
- Yeso roto
- Retiro de puntos de sutura

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

Para recibir atención urgente, debe llamar al consultorio de su médico incluso por la noche o los fines de semana. Su médico le dirá qué hacer. En algunos casos, su médico podría decirle que acuda a una clínica de atención urgente. De ser así, no necesita llamar a la clínica antes de ir. Acuda a una clínica que acepte el plan de salud RightCare de Scott & White Medicaid. Si necesita ayuda, llámenos sin costo al **1-855-897-4448**.

¿Qué tan pronto me atenderán?

Podrá ver su doctor dentro de 24 horas para una cita de cuidado urgente. Si su doctor le dice que vaya a una clínica de cuidado urgente, no necesita llamar a la clínica antes de ir. La clínica de cuidado urgente tiene que aceptar el plan de salud RightCare de Scott & White Medicaid.

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

¿Qué es la atención médica de emergencia?

La atención médica de emergencia se presta para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia.

Padecimiento médico de emergencia significa:

Un padecimiento médico que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que la persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, podría deducir que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

1. poner en grave peligro la salud del paciente;
2. ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
3. ocasionar disfunción grave de algún órgano vital o parte del cuerpo;
4. causar desfiguración grave; o
5. en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o el feto.

Padecimiento de salud mental y abuso de sustancias de emergencia significa:

Cualquier padecimiento, sin importar la naturaleza o causa del padecimiento, que según la opinión de una persona prudente y con un conocimiento promedio de salud y medicina:

1. requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; o
2. hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y atención de emergencia significan:

Servicios cubiertos de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un padecimiento médico o de salud mental y abuso de sustancias de emergencia, entre ellos, los servicios de atención de postestabilización.

Los servicios prestados fuera de los Estados Unidos no son beneficios cubiertos del Programa STAR Medicaid.

Ejemplos de cuándo ir a la sala de emergencias:

- Una persona puede morir sin atención médica inmediata.
- Una persona siente intensos dolores en el pecho.
- Una persona no puede respirar o se está asfixiando.
- Una persona se ha desvanecido o tiene una convulsión.
- Una persona está enferma por haber ingerido veneno o una sobredosis de drogas.
- Una persona ha sufrido una fractura ósea.
- Una persona sangra abundantemente.
- Una persona ha sido atacada (violada, apuñalada, herida de bala o golpeada).
- Una mujer está por dar a luz un bebé.
- Una persona tiene una quemadura grave.
- Una persona tiene una reacción alérgica grave o ha sido mordida por un animal.
- Una persona tiene una lesión grave en el brazo, la pierna, la mano, el pie o la cabeza.
- Una persona tiene problemas para controlar su comportamiento y, sin tratamiento, es un peligro para sí misma u otras personas.

Si usted tiene una emergencia, vaya de inmediato a la sala de emergencias más cercana o llame al 9-1-1. El tiempo de espera en el caso de una emergencia se basa en sus necesidades médicas según lo determinado por la sala de emergencias que está atendiéndolo. La atención de emergencia está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Qué debo hacer si voy a la sala de emergencias?

Si usted va a la sala de emergencias, asegúrese de llamar a su PCP tan pronto como pueda. Si usted no puede llamar a su PCP, puede hacerlo un familiar o un amigo.

Si el hospital más cercano no es un hospital de la red de RightCare, usted puede ser trasladado a un hospital de la red de RightCare cuando esté médicamente estable.

Si usted va a una sala de emergencias cuando no está en grave peligro, con frecuencia tendrá que esperar mucho tiempo para ver a un proveedor. En la mayoría de los casos, su proveedor de cuidado primario (PCP) podrá examinarlo más rápidamente en su consultorio. Razones para **NO** ir a la sala de emergencias:

- Quemaduras o cortadas menores
- Dolor de oídos
- Dolor de garganta
- Esguinces o distensiones musculares
- Resfriado, tos y gripe
- Problemas de los senos paranasales
- Alergias
- Dolores de cabeza leves
- Sarpullido
- Quemaduras solares menores
- Dolor de muelas o dentición del bebé
- Dolor de espalda crónico
- Resurtido de recetas
- Yeso roto
- Retiro de puntos de sutura

En su lugar, llame a su PCP y solicite una cita urgente. Si necesita ayuda para programar una cita urgente, puede llamar al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

¿Qué es la postestabilización?

Los servicios de atención de postestabilización son servicios cubiertos por Medicaid que lo mantienen en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia.

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

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al **1-855-897-4448** y le ayudaremos a encontrar un doctor. Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano y luego llámenos gratis al **1-855-897-4448**.

Si usted tiene una emergencia mientras está fuera de la ciudad o fuera del estado, vaya a la sala de emergencias más cercana. Cuando usted tenga que permanecer temporalmente fuera de su casa, deberá comunicarse con anticipación con su PCP para programar citas u obtener medicamentos recetados que le duren para todo su viaje. Si usted se enferma mientras está fuera de la ciudad **y no se trata de una emergencia**, continuará estando bajo el cuidado de su PCP. Con la excepción de la atención de emergencia, si usted ve a un proveedor fuera de la ciudad, es posible que usted tenga que pagar.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

DOCTOR ESPECIAL (ESPECIALISTA)

Para la mayor parte del cuidado médico, su proveedor de cuidado primario (PCP) será el único proveedor que necesite consultar. Sin embargo, si usted tiene un padecimiento de salud especial, posiblemente su PCP desee que usted consulte a un especialista para recibir cuidado. Este especialista ha recibido capacitación y tiene más experiencia en el cuidado de ciertas enfermedades, afecciones y lesiones.

¿Qué es un envío?

Un envío es una aprobación de su PCP para que usted reciba cuidado especializado y tratamiento de seguimiento. Se necesitan envíos para visitar a la mayoría de los proveedores especializados de RightCare. Si usted recibe servicios de un especialista sin el envío de su PCP, o si el especialista no es un proveedor de RightCare, usted podría ser responsable de los gastos. En algunos casos, un ginecoobstetra puede proporcionarle un envío.

¿Qué tan pronto me darán una cita con un especialista?

Todos los especialistas de la red de RightCare seguramente podrán atenderlo dentro de las dos (2) semanas siguientes para citas de rutina, y dentro de las 24 horas para citas de atención urgente.

¿Qué servicios no necesitan un envío?

Usted puede recibir algunos servicios sin tener que consultar primero a su PCP, incluidos los siguientes:

- Atención de emergencia durante las 24 horas (si usted considera que tiene una verdadera emergencia médica)
- Cuidado de la vista de rutina
- Servicios dentales (para niños)
- Cuidado obstétrico y ginecológico
- Servicios y suministros para la planificación familiar
- Servicios de salud del comportamiento (mental) y servicios por abuso de sustancias
- Pasos Sanos de Tejas

¿Puede un especialista ser considerado un proveedor de atención primaria (PCP)?

Es posible que a los miembros con discapacidades, necesidades de atención médica especial o afecciones crónicas complejas se les asigne un especialista como su PCP. Si requiere ayuda, llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Usted tiene derecho a recibir una segunda opinión de un proveedor de la red de RightCare si no le agrada el plan de cuidado ofrecido por el especialista. RightCare pagará por una segunda opinión. RightCare puede ayudarle a obtener una segunda opinión de un profesional de la salud calificado fuera de la red, si no se dispone de ningún proveedor dentro de la red. Llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** si desea obtener una segunda opinión. Debe llamarnos para recibir una autorización **antes** de obtener una segunda opinión.

PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

RightCare no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los servicios médicamente necesarios cubiertos para los miembros. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de cuidado primario (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al **1-855-897-4448** para más información.

MEDICAMENTOS RECETADOS

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Usted obtiene medicamentos a través de STAR Medicaid si va a una farmacia que está en la red de RightCare. Para obtener una lista de los medicamentos cubiertos, visite <http://www.txvendordrug.com>. Si tiene preguntas o necesita una lista impresa, llámenos al **1-855-897-4448** o visite nuestra página de Internet en www.RightCare.swhp.org. La lista impresa está disponible sin cargo. Hay algunos medicamentos que posiblemente no estén cubiertos por STAR Medicaid. Una farmacia de RightCare le permite saber qué medicamentos no están cubiertos o puede ayudarle a encontrar otro medicamento que sí esté cubierto. También puede preguntar a su proveedor de cuidado primario (PCP) qué medicamentos están cubiertos y cuál es el mejor para usted.

¿Cómo puedo averiguar qué medicamentos están cubiertos?

RightCare utiliza la lista de medicamentos del Programa de Medicamentos de Proveedores (VDP) estatal para que su médico pueda elegir. Esta lista incluye todos los medicamentos cubiertos por Medicaid y por CHIP. Para consultar la función de búsqueda del Formulario de Medicamentos de Texas, visite www.txvendordrug.com/formulary/formulary-search.asp. Para consultar la Lista de

Medicamentos Preferidos de Texas, visite <https://www.txvendordrug.com/formulary/prior-authorization/preferred-drugs>. Cuando haya disponible un medicamento genérico, estará cubierto si se encuentra en el formulario de VDP. Los medicamentos genéricos son iguales a otros medicamentos de marca y están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Algunos medicamentos con receta requieren una aprobación previa. Un medicamento con aprobación previa exige que su proveedor presente una serie de datos clínicos como respaldo de la necesidad de ese medicamento. El farmacéutico lo avisará si un medicamento que le haya recetado su médico requiere una aprobación previa. Si fuera así, comuníquese con su proveedor y pídale que envíe la solicitud del medicamento junto con los datos clínicos a RightCare.

Algunos medicamentos requieren modificaciones escalonadas. Una modificación escalonada exige haber probado sin éxito otro(s) medicamento(s) antes de aprobar el medicamento solicitado. Si el farmacéutico le avisa de que su medicamento requiere modificaciones escalonadas, comuníquese con su proveedor y pregúntele si puede probar los otros medicamentos primero.

Su receta se surtirá con un suministro para 30 días.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o podría pedir el medicamento recetado por usted.

¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?

Visite www.RightCare.swhp.org para encontrar un vínculo a un listado de las farmacias de la red de RightCare. También puede llamarnos al **1-855-897-4448** si desea obtener ayuda para buscar una farmacia de la red cerca de usted.

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

Su beneficio de medicamentos recetados de RightCare no estará cubierto en una farmacia, a menos que dicha farmacia esté en la red de RightCare. La farmacia podría pedirle que pague por el medicamento. Llame a RightCare al **1-855-897-4448** si necesita una lista impresa o desea obtener ayuda para encontrar una farmacia de la red cerca de usted.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Lleve su receta escrita (a menos que haya sido enviada a la farmacia directamente desde el consultorio del proveedor), su tarjeta de Your Texas Benefits, su tarjeta de ID de RightCare y el documento de identificación con fotografía del estado (u otro emitido por el gobierno). La farmacia utiliza estas tarjetas de identificación para asegurarse de que usted sea un miembro de RightCare.

¿Qué pasa si necesito que me entreguen los medicamentos?

Algunas farmacias de Texas ofrecen a los miembros de Medicaid un servicio de envío sin cargo de medicamentos recetados. Estas farmacias deben tener un acuerdo con RightCare a fin de proveer este servicio. Comuníquese con su farmacia local a fin de averiguar si tienen un acuerdo con RightCare para ofrecer el servicio.

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

Nosotros podemos ayudarle con esto si necesita ayuda. Llame al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448** para obtener ayuda.

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, usted puede recibir un suministro de emergencia para 3 días. Llame a RightCare al **1-855-897-4448** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué ocurre si pierdo mis medicamentos?

Llame al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448** para obtener ayuda. Volver a surtir medicamentos perdidos podría requerir una nueva receta de su proveedor. Tendremos que obtener información de usted que explique qué ocurrió con sus medicamentos. No todos los medicamentos recetados pueden reemplazarse, por lo cual debe cuidar muy bien de sus medicamentos y mantenerlos en un lugar seguro.

¿Qué ocurre si saldré del estado y necesito mis medicamentos?

Asegúrese de prepararse con anticipación y verificar que haya un proveedor farmacéutico de RightCare en el área a donde viaja. Encontrará el directorio farmacéutico en la página de Internet de RightCare: www.RightCare.swhp.org.

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS (DME)

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

Ciertos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, RightCare paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros artículos y equipo si son médicamente necesarios. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), RightCare también paga artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales.

Llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para más información sobre estos beneficios.

SUMINISTROS LIMITADOS PARA SALUD EN EL HOGAR

Usted puede obtener suministros limitados para el cuidado de la salud en el hogar a través de su farmacia de la red de RightCare. No es necesario que obtenga estos suministros en una tienda de equipos médicos duraderos (DME).

PROGRAMA CERRADO DE MEDICAID

¿Qué es el Programa Cerrado de Medicaid?

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede que le asignen al Programa Cerrado. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid no cambian. Cambiar a una MCO diferente no cambiará su estado en el programa.

Para evitar que lo asignen al Programa Cerrado de Medicaid:

- Escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo.
- Asegúrese de que su doctor de cabecera, dentista primario o los especialistas a los que le envían, sean los únicos doctores que le receten medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores.

Para más información, llame a RightCare al **1-855-897-4448**.

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

¿Puedo tener un intérprete cuando hablo con mi doctor?

Sí. RightCare cuenta con personal que habla inglés y español. Llame al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**. Haremos los arreglos para que un intérprete le ayude a hablar con su proveedor.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Usted tendrá que llamar por lo menos 48 horas (2 días laborables) antes de su cita.

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

Si usted tiene una discapacidad auditiva o es el padre o la madre de un miembro con una discapacidad auditiva, el plan de salud RightCare puede hacer arreglos para contar con los servicios de un intérprete para una consulta con su proveedor. El intérprete que obtendremos para usted puede ser una persona que vaya al consultorio. Este intérprete estará en el consultorio del proveedor con usted. Háganos saber si esto es lo que desea.

TRANSPORTE – PROGRAMA DE TRANSPORTE MÉDICO (MTP)

¿Qué es el MTP?

El MTP es un programa de la HHSC que ayuda con el transporte de clientes de Medicaid, que pueden recibir beneficios y que no tienen otras opciones de transporte a citas de atención médica que no son emergencias. El MTP puede ayudar con el transporte para ir al doctor, dentista, hospital, farmacia y cualquier otro lugar donde recibe servicios de Medicaid.

¿Qué servicios ofrece el MTP?

- Pases o boletos para transporte, como el transporte público entre y dentro de ciudades
- Viajes aéreos
- Taxi, camioneta para pasajeros con silla de ruedas y otros medios de transporte
- Reembolso de millaje para el participante inscrito de transporte individual (ITP). El ITP inscrito puede ser la parte responsable, un miembro de la familia, amigo, vecino o cliente.
- Comidas de un proveedor contratado (por ejemplo, la cafetería de un hospital).
- Alojamiento en un hotel o motel contratado.
- Servicios de ayudante (la parte responsable, como un padre o tutor, etc., que acompaña al cliente a un servicio de atención médica).

¿Cómo puedo recibir servicios de transporte?

Reservaciones por teléfono: 1-877-633-8742 (**1-877-MED-TRIP**).

Todas las solicitudes de servicios de transporte deben realizarse dentro de los 2 a 5 días previos a su cita.

Si no tengo un automóvil, ¿cómo puedo obtener un viaje al consultorio de un doctor?

Si necesita un viaje al consultorio de un proveedor, puede obtener ayuda del Programa de Transporte Médico (MTP) de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

¿A quién debo llamar si tengo una queja sobre el servicio o el personal?

Si usted tiene una queja sobre el servicio o el personal del Programa de Transporte Médico, llame al MTP al **1-877-633-8747** o llame al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**.

¿Cuál es el horario de atención y cuáles son las limitaciones de los servicios de transporte?

El horario de atención del Programa de Transporte Médico (MTP) es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., a excepción de los días feriados del estado. Puede llamar al MTP al **1-877-633-8747**.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

¿Qué ocurre si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi cuidado médico?

A veces las personas están demasiado enfermas como para tomar decisiones sobre su cuidado médico. Antes de que esto ocurra, usted puede hacer una directiva anticipada, una carta que les dice a los demás qué desea que suceda si usted se enferma gravemente. Una directiva anticipada puede resultarle útil a usted, su familia y su proveedor, pues ayuda a su familia al no obligarlos a decidir cómo cuidar de usted si usted no puede tomar decisiones médicas por su cuenta. Si usted no tiene una directiva avanzada, tal vez los miembros de su familia no puedan ponerse de acuerdo con respecto a qué es lo mejor para usted. Además, ayuda a su proveedor proporcionándole pautas para su cuidado.

¿Qué son las directivas anticipadas?

Existen cuatro tipos de directivas anticipadas.

- **Testamento vital.** Un testamento vital informa a su proveedor qué hacer si usted está demasiado enfermo como para informárselo. Esto puede incluir sus deseos acerca de retirar o abstenerse de administrar procedimientos que mantienen la vida. Su proveedor tiene la obligación de cumplir con su testamento vital en caso de que usted se enferme demasiado como para tomar decisiones con respecto a su cuidado. Este documento se activa solo si usted está incapacitado para tomar sus propias decisiones.
- **Poder notarial de carácter médico.** Un poder legal permanente permite a un amigo o familiar (que usted elija) tomar decisiones por usted si usted no es capaz de hacerlo. Esta persona puede empezar a tomar decisiones por usted cuando usted esté incapacitado para tomar sus propias decisiones médicas debido a una enfermedad o lesión (no solo las potencialmente mortales).
- **Orden de no resucitar (DNR) fuera del hospital.** Una DNR puede indicar al personal de servicios de emergencia médica, el personal de la sala de emergencias del hospital y otros profesionales de la salud que actúan en un entorno fuera del hospital que deben abstenerse de administrar resucitación cardiopulmonar (RCP) y otro tratamiento de soporte vital determinado.
- **Declaración de tratamiento de salud mental.** Una declaración de tratamiento de salud mental toma decisiones anticipadas sobre el tratamiento de la salud mental, lo cual incluye el uso de medicamentos psicoactivos, terapia convulsiva y tratamiento de la salud mental de emergencia.

Si usted ha preparado una directiva anticipada, el proveedor basará la decisión de administrar tratamiento para mantener la vida de acuerdo con sus deseos; su proveedor sabe cuáles son. La directiva anticipada se inicia cuando usted se enferma gravemente y se mantiene hasta que usted la modifica o la cancela. Si usted cambia o cancela su directiva anticipada, debe informar a su proveedor.

¿Cómo obtengo una directiva avanzada?

Usted puede hablar con su proveedor acerca de una directiva anticipada. Es posible que su proveedor tenga el formulario correspondiente en su consultorio. También puede llamar al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** y podremos ayudarle a obtenerlo.

¿QUÉ HAGO SI RECIBO UNA FACTURA DE MI DOCTOR?

Usted nunca debe recibir una factura de su PCP o su proveedor de RightCare por los servicios cubiertos.

Solo recibirá una factura si usted acuerda recibir servicios que no son un beneficio de RightCare. Su proveedor debe indicarle que STAR Medicaid no cubre los servicios antes de que usted sea examinado, y además deben solicitarle que firme un formulario de pago privado.

Si usted recibe una factura de su PCP u otro proveedor, llame al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**. Cuando nos llame, tenga a mano su tarjeta de ID y la factura del proveedor. El departamento de Servicios para Miembros de RightCare necesitará esta información para ayudarle.

MEDICAID Y EL SEGURO PRIVADO

Usted tiene que avisar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro médico privado que tenga. Debe llamar a la línea directa de Medicaid de Recursos para Terceros y actualizar el expediente de su caso de Medicaid si:

- le cancelan el seguro médico privado;
- consigue nueva cobertura de seguro;
- tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros.

Puede llamar gratis a la línea directa al **1-800-846-7307**.

Si tiene otro seguro, aun puede llenar los requisitos de Medicaid. Cuando usted le dice al personal de Medicaid que tiene otro seguro médico, asegura que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no paga.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo porque tiene seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro privado.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Hay algunos servicios que exigen que su PCP u otro proveedor de la red se comuniquen con RightCare y obtengan permiso para que usted reciba los servicios. La lista completa se adjunta al final de este manual. Algunos de esos servicios son:

- Todas las admisiones a un hospital (excepto en una situación de emergencia, en cuyo caso el hospital o los proveedores de admisión deberán notificar a RightCare al **1-855-691-SWHP (7947)** tan pronto como sea posible);
- La admisión a un centro de rehabilitación;
- Cirugía para pacientes ambulatorios;
- Terapia de rehabilitación (terapia física, del habla y ocupacional);
- Servicios de salud en el hogar, incluida la terapia intravenosa en el hogar;

- Envío a un proveedor especializado que no sea un ginecoobstetra o un proveedor de servicios de salud mental;
- Servicios de equipo médico duradero que cuesten más de \$300;
- Uso de ambulancia para el transporte médico (que no sea transporte de emergencia);
- Solicitud de servicios por parte de un proveedor que no tiene un contrato con RightCare;
- Otras formas de tratamiento médico (como hipnosis o terapia de masaje).

Para obtener la autorización, el proveedor deberá utilizar el formulario de solicitud de Autorización Previa (disponible en www.RightCare.swhp.org) o puede llamar a la Administración Médica al **1-855-691-SWHP (7947)**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora central.

Si el servicio no recibe autorización, no puede ser pagado por RightCare. Usted tiene derecho a conocer el costo de cualquier servicio antes de que usted o su hijo lo reciban. Si usted acuerda recibir servicios que RightCare no cubre ni autoriza, es posible que tenga que pagar por ellos.

Su internación en el hospital es revisada diariamente. Los servicios pueden ser revisados después de haber sido entregados o pagados.

GRUPO DE MIEMBROS ASESORES

Usted puede ayudar a RightCare con respecto a la manera en que trabaja nuestro plan de salud. Tenemos un Grupo de Miembros Asesores que ofrece a los miembros como usted la oportunidad de compartir con RightCare sus pensamientos e ideas. En las reuniones, usted tendrá la oportunidad de hablar acerca de la manera en que se prestan los servicios. El Grupo de Miembros Asesores se reúne cuatro (4) veces al año. Solicitamos a los miembros, representantes de la comunidad, defensores y miembros del personal de RightCare que participen en la reunión. Esto le ofrece la oportunidad de hablar acerca de sus inquietudes con una variedad de personas. Usted también tiene la oportunidad de decirnos cómo estamos trabajando, así como de hacer preguntas o compartir cualquier inquietud que tenga acerca de la prestación de servicios.

¿Cómo puedo formar parte del Grupo de Miembros Asesores?

Si desea formar parte de este equipo, llame al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Los miembros de RightCare tienen derechos y responsabilidades en relación con su membresía y su atención.

Derechos del miembro:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad y la confidencialidad, y no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:

- a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y proveedor de cuidado primario.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar de proveedor de cuidado primario.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o proveedor de cuidado primario.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
- a. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y de que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
- a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones y audiencias imparciales. Esto incluye el derecho de:
- a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
- a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.

10. Usted tiene derecho a obtener información y hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de nuestros miembros.

Responsabilidades del miembro:

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las políticas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan de salud y Medicaid.
 - b. Escoger su plan de salud y su proveedor de cuidado primario sin demora.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y proveedor de cuidado primario según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre llamar primero a su proveedor de cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista.
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su proveedor de cuidado primario toda la información sobre su salud, otros proveedores y el plan de salud, y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Informar a su proveedor de cuidado primario sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y el personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.
 - f. Seguir los planes e instrucciones de cuidado

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE.UU. al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en www.hhs.gov/ocr.

Información que debe estar disponible para usted anualmente

La siguiente información debe ponerse a disposición de los miembros anualmente (requisito de la Ley de Presupuesto Equilibrado o *Balanced Budget Act*). Dicha información debe proporcionarse como se señala a continuación:

Como miembro de RightCare, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los trámites de queja, apelación y audiencia imparcial.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar y de proveedores que no pertenecen a la red, y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia y de los servicios de emergencia y de postestabilización.
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de **9-1-1** o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia.
 - Las reglas sobre la postestabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta.
- Las pautas de práctica de RightCare.

Aviso de Prácticas de Privacidad

RightCare está obligada por las leyes federales a proteger la privacidad de la Información Protegida de la Salud (IPS). Asimismo, debemos proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad relacionadas con el uso de la IPS, e informarle de sus derechos individuales. El aviso explica los fines para los cuales el plan de salud RightCare tiene permitido usar y divulgar su IPS. Encontrará una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad en Internet en <https://rightcare.swhp.org/privacy-policy/privacy-practice>. También puede solicitar una copia impresa al **1-855-897-4448**.

TRÁMITE DE QUEJAS

¿Qué hago si tengo una queja?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, llámenos gratis al **1-855-897-4448** para explicarnos el problema. Un Defensor de Servicios para Miembros de RightCare puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al **1-855-897-4448**. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

RightCare confirmará la recepción de una queja, la investigará y la resolverá dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que RightCare la reciba.

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

Usted puede tramitar una queja en cualquier momento. Las quejas pueden tramitarse por teléfono o por escrito:

**RightCare from Scott & White Health Plan
ATTN: Complaints and Appeals
MS-A4-144
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502
1-855-897-4448**

También puede presentar una queja por Internet en <https://rightcare.firstcare.com>:

- 1) Inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña.
- 2) Elija "Send a Message" (Enviar un mensaje) en el Centro de Mensajes (Message Center).
- 3) Seleccione "Complaint" (Queja) como Tipo de Mensaje (Message Type).

¿Qué debo hacer si no estoy satisfecho con el resultado de mi queja?

Si usted considera que RightCare no le dio una respuesta correcta a su queja, puede apelar su decisión ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC).

Cómo tramitar una queja ante la HHSC

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de RightCare, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando gratis al **1-866-566-8989**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Si quiere hacer 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, TX 78711-3247
Fax: 1-888-780-8099

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

DETERMINACIONES DE COBERTURA Y PROCESO APELACIONES

Determinaciones de cobertura

Todas las denegaciones de servicios son realizadas por el Director o Directores Médicos de RightCare, luego de evaluar los datos médicos proporcionados por su proveedor. Toda persona que tome decisiones sobre los servicios las basa únicamente en la idoneidad de la atención y los servicios. No se otorgan recompensas basadas en la revisión o denegación de servicios. RightCare tampoco ofrece dinero ni recompensas a los proveedores u otras personas que toman decisiones sobre los servicios.

¿Qué puedo hacer si mi doctor solicita un servicio o un medicamento para mí que está cubierto, pero RightCare lo niega o lo limita?

Puede haber momentos en que el Director Médico de RightCare se niegue a aprobar servicios o medicamentos. En este caso, usted puede apelar esa decisión. Llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para obtener más información.

¿Cómo voy a saber si se niegan los servicios?

RightCare le enviará una carta informándole que los servicios fueron negados o limitados.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Usted puede apelar una decisión si se niegan los servicios cubiertos por Medicaid debido a la falta de necesidad médica. Usted puede apelar la denegación si considera que RightCare:

- negó la cobertura de un cuidado que usted considera que debería estar cubierto;
- suspendió un cuidado que usted considera necesario;
- no pagó por los servicios ni en su totalidad ni en parte; o bien
- limitó la solicitud de un servicio cubierto.

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

Usted dispone de sesenta (60) días desde la fecha en que recibe la carta de denegación para enviarnos una apelación. Usted o su proveedor pueden apelar verbalmente o por escrito.

Le enviaremos una carta dentro de los cinco (5) días después de recibir su solicitud de apelación, para informarle que la hemos recibido. Completaremos la revisión de la apelación dentro de los treinta (30) días. Si necesitamos más tiempo para revisar la apelación, le enviaremos una carta para informarle por qué necesitamos más tiempo.

Si usted desea apelar una denegación de un servicio que no es un beneficio cubierto, tendrá que presentar una queja ante el estado. Vea la sección “Trámite de quejas” para ver cómo tramitar una queja ante el estado.

¿Cómo puedo solicitar la continuación de los servicios actuales autorizados?

Si usted está recibiendo servicios que quedarán finalizados, suspendidos o reducidos, debe presentar una apelación en una de estas fechas, según la que sea posterior:

- Diez (10) días siguientes al envío por correo de la notificación de la carta de denegación por parte de RightCare (utilizando la fecha del sello postal); o bien
- La fecha de vigencia prevista o la fecha propuesta para la finalización, suspensión o reducción del servicio.
- Si usted ya está recibiendo los servicios, puede solicitar que estos continúen hasta que le comuniquen los resultados de su apelación. Si la decisión es confirmada, es posible que deba pagar por los servicios.

Llame a RightCare al **1-855-897-4448** para obtener más información.

¿Alguien de RightCare puede ayudarme a presentar una apelación?

Sí. Un Defensor de Servicios para Miembros de RightCare puede orientarlo a través del proceso de apelaciones. Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para obtener ayuda.

¿Mi solicitud de apelación debe ser presentada por escrito?

Usted puede llamar al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para informarnos que desea apelar una acción, pero debe hacer un seguimiento de su llamada telefónica con una solicitud por escrito. Si necesita ayuda, RightCare puede ayudarle a redactar su apelación. Su apelación por escrito debe ser enviada a:

RightCare from Scott & White Health Plan
ATTN: Complaints and Appeals
MS-A4-144
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502

¿Cuándo puedo solicitar una audiencia imparcial ante el estado?

Usted puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado dentro de los 120 días a partir de la fecha en la carta de Resolución de Apelación. Consulte la sección “Audiencia imparcial ante el estado” más adelante para obtener ayuda para solicitar una audiencia imparcial ante el estado, o llame al departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para obtener ayuda.

PROCESO DE APELACIÓN ACELERADA

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada ocurre cuando el plan de salud tiene que tomar rápidamente una decisión debido a su estado de salud, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo debo solicitar una apelación acelerada?

Usted puede solicitar una apelación acelerada llamando al departamento de Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**.

¿Mi solicitud debe ser presentada por escrito?

No. Usted debe presentar su solicitud de apelación acelerada verbalmente al departamento de Servicios para Miembros de RightCare llamando al **1-855-897-4448**. Puede solicitar una apelación acelerada por escrito, pero es posible que podamos ayudarlo más rápidamente si nos llama.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Si su apelación acelerada se refiere a una emergencia en curso o a la denegación para permanecer en el hospital, RightCare revisará su caso y le informará una decisión en el plazo de un (1) día hábil después de recibir su solicitud. Otras apelaciones aceleradas se decidirán dentro de las 72 horas.

Este proceso puede extenderse hasta 14 días si se necesitan más datos.

¿Qué sucede si RightCare se niega a aprobar la solicitud de una apelación acelerada?

Si RightCare decide que su apelación no debe ser acelerada, se lo hará saber de inmediato. La apelación será revisada de todos modos, pero la resolución puede tardar hasta treinta (30) días.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?

Usted puede hablar de su solicitud de una apelación acelerada con el departamento de Servicios para Miembros de RightCare llamando al **1-855-897-4448**. Las solicitudes de apelación acelerada son muy graves. RightCare desea asegurarse de que usted reciba el cuidado que sea médicamente necesario.

Un Defensor de Servicios para Miembros de RightCare puede orientarlo a través del proceso de apelaciones aceleradas. Comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con una decisión del plan, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial únicamente luego de agotar el Sistema de Apelaciones Interno de la organización de cuidado administrado (MCO) provisto por RightCare. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un doctor u otro proveedor médico puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por el plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial dentro de 120 días de la fecha de la carta de

decisión del plan de salud. Si no pide la audiencia imparcial dentro de los 120 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial. Para pedir una audiencia imparcial, usted o su representante debe enviar una carta al plan de salud.

RightCare from Scott & White Health Plan
ATTN: Fair Hearing Request
MS-A4-144
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502
o llame al **1-855-897-4448**

Usted tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que su plan de salud haya rechazado o reducido, por lo menos hasta que se tome la decisión final en la audiencia, para lo cual debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 10 días calendario. Si no pide una audiencia imparcial antes de esta fecha, el servicio que el plan de salud le negó será suspendido.

Si pide una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se hacen por teléfono. En la audiencia, usted o su representante puede decir por qué necesita el servicio que el plan de salud le negó.

La HHSC le dará la decisión final dentro de 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

MALGASTO, ABUSO O FRAUDE

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios;
- no está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico;
- está dejando que otra persona use una tarjeta de ID de Medicaid;
- está usando la tarjeta de ID de Medicaid de otra persona;
- está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al **1-800-436-6184**;
- Visite <https://oig.hhsc.texas.gov/report-fraud> y haga clic en el botón "Report Fraud" para completar un formulario en Internet;
- Denúncielo directamente al plan de salud llamando a la Línea de Ayuda sobre Cumplimiento o visitando <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>:

RightCare from Scott & White Health Plan
Attn: Compliance Officer
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502
Teléfono: **1-888-484-6977**

Visite: <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

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

- Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:
 - el nombre, la dirección y el teléfono del proveedor;

- el nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.);
- el número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe;
- el tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.);
- el nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
- ⊖ las fechas de los sucesos;
- un resumen de lo ocurrido.
- Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:
 - el nombre de la persona;
 - la fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe;
 - la ciudad donde vive la persona;
 - los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

AUTORIZACIONES PREVIAS

Algunos servicios requieren una autorización previa Visite RightCare.swhp.org para más información

Todos nuestros servicios auxiliares, hospitalarios y médicos fuera de la red requieren autorización previa. No están permitidas las derivaciones entre especialistas. Los miembros deben ser derivados a un PCP primero.



¿CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA?

¿No está satisfecho con los servicios de Medicaid o de su plan médico? Háganoslo saber. Usted puede presentar una queja para explicarnos su situación. Haga lo siguiente:

Paso 1: Llame a su plan médico

Generalmente pueden ayudarle con mayor rapidez.



Scott & White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

RIGHTCARE

855-897-4448

Si no tiene un plan médico, llame a la línea de ayuda de Medicaid al

800-335-8957.

Paso 2: Si todavía necesita ayuda...

Llame a la Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos:

866-566-8989

de lunes a viernes
de 8 a.m. a 5 p.m.
(hora del centro).



Llene este

formulario

en línea

<http://bit.ly/ComplaintSubmission>



El equipo del ombudsman puede ayudar a resolver problemas con su cobertura de Medicaid. Si la situación es urgente, el equipo atenderá su queja lo antes posible.

Lo que debe esperar

- › Se le devuelve la llamada en el plazo de **un día hábil**
- › Se empieza a tramitar su queja
- › Se le contacta cada **cinco días hábiles** hasta que la situación se resuelva
- › Se le explica lo que pasó y lo que quizás deba hacer

Cuando llame, tenga a la mano:

- El número de identificación de Medicaid
- Su nombre, fecha de nacimiento y dirección

Si se trata de un problema con su médico, sus medicamentos o su equipo médico, tenga a la mano:

- El número telefónico de su médico, farmacia o compañía de equipo médico
- Documentación relacionada con su queja como cartas, facturas o recetas médicas

Visite nuestro sitio web: bit.ly/MedicaidCHIPContacts

Expecting the Best®

Información para los miembros de STAR



RightCare de Scott and White Health Plan se complace en ofrecer a nuestros miembros el Programa de Maternidad Expecting the Best®. El objetivo de este programa es ayudar a las madres a disfrutar de un embarazo saludable. Los miembros de Expecting the Best® recibirán consejos útiles y asistencia durante el embarazo y durante un año después del nacimiento.

Beneficios del programa

Embarazo/parto

- Planificación del parto, que incluye el apoyo individual durante y después de un embarazo
- Actividades coordinadas para promover el parto a término en mujeres que ya han dado a luz antes de término
- Apoyo en el hogar para condiciones médicas de alto riesgo, tales como diabetes, hipertensión y náuseas graves
- Inscripción temprana en el programa de apoyo de Administración de Casos

Posparto

- Diagnóstico de la depresión después del parto, que incluye recursos de posparto (postpartum.net)
- Educación parental para la salud del recién nacido durante el primer año
- Recordatorios de inmunizaciones (para obtener más información, visite CDC.gov/vaccines)
- Cómo planificar la vuelta al trabajo

Programa Text4baby

Los miembros pueden obtener apoyo durante todo el embarazo y el primer año de vida del bebé mediante mensajes de texto gratuitos sobre temas como atención prenatal, salud del recién nacido, crianza de los hijos y mucho más. Para inscribirse, descargue la aplicación Text4baby o visite text4baby.org.

Inscríbase en el Programa de Maternidad Expecting the Best®

Para ello, llame al número de servicio al cliente indicado en el reverso de su tarjeta de identificación o envíe un correo electrónico a HPMaternityCaseManagement@BSWHealth.org para obtener más información.





Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-897-4448 (TTY: 711).

Scott and White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott and White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Scott and White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Scott and White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org

Si cree que Scott and White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Scott and White Health Plan, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.