



STAR

Manual Para Miembros

Áreas de servicio de Bexar, Dallas, Harris, Jefferson, Lubbock,
Medicaid Rural Central, Medicaid Rural Northeast, Medicaid Rural West y Tarrant

Septiembre de 2022

800-600-4441 (TTY 711) | myamerigroup.com/TX



TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS  STAR
Su Plan de Salud ★ Su Opción

Amerigroup

Manual del miembro de STAR

Áreas de servicio de Bexar, Dallas, Harris, Jefferson, Lubbock,
Medicaid Rural Central, Medicaid Rural Noreste, Medicaid
Rural Oeste y Tarrant

800-600-4441 (TTY 711)

myamerigroup.com/TX

Septiembre de 2022

¡Bienvenido a Amerigroup! ¡Nos complace que usted sea nuestro miembro!

Estas son algunas cosas que debe hacer para comenzar:

Busque su tarjeta de identificación de Amerigroup en el correo. Conserve la tarjeta con usted. La usará para recibir todos sus servicios, como visitas al doctor, recetas y más. Si tiene seguro privado, también tendrá otra tarjeta del plan de salud para mostrarla cuando visite a su proveedor.

Si no recibe su tarjeta de identificación de miembro en su primer día como miembro, llámenos al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m.

Manténgase conectado con su salud. Descargue hoy la aplicación gratuita Amerigroup para acceder a su tarjeta de identificación, buscar un doctor y más.

Regístrese en nuestro sitio web seguro. Visite **myamerigroup.com/TX** y regístrese para tener acceso seguro. Al crear una cuenta, obtendrá herramientas útiles a su alcance:

- Elegir o cambiar su proveedor de cuidado primario
- Actualizar su dirección o número telefónico
- Enviarnos un mensaje seguro
- Solicitar que le devuelvan una llamada
- Y más

¿Quiere cambiar su proveedor de cuidado primario? Elija de un extenso grupo de doctores que trabajan con nuestro plan. Para cambiar su proveedor de cuidado primario en línea:

1. Vaya a **myamerigroup.com/TX**.
2. Use nuestra herramienta **Find a Doctor (Encontrar un doctor)** para buscar proveedores del plan que le queden cerca a su casa, hablen su idioma y puedan satisfacer sus necesidades.
3. Inicie sesión en su cuenta.
4. Seleccione **Your Account (Su cuenta)**.
5. Seleccione **Change Your Primary Care Provider (Cambiar médico de atención primaria)**.

También puede encontrar doctores en nuestro plan usando el directorio de proveedores de STAR para su ubicación en la página **Find a Doctor (Encontrar un doctor)** en **myamerigroup.com/TX**. Para recibir una copia impresa sin costo del directorio de proveedores o si necesita ayuda para cambiar su proveedor de cuidado primario, llame al Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Usted debe hacerse chequeos regulares con su doctor a toda edad. Aprenda más sobre chequeos y visitas de bienestar en las secciones **¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?** y **¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?** de este manual del miembro.

Estamos a su disposición cuando nos necesite. Si tiene preguntas sobre sus beneficios o su cuidado de la salud, puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. hora del Centro. Puede llamar al mismo número de Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas para hablar con una enfermera a cualquier hora, de día o de noche.

CONSEJOS PARA LOGRAR UNA BUENA SALUD

¡Debe acudir a su doctor ahora!

¿Cuándo se debe acudir a una visita de bienestar?

Todos los miembros de Amerigroup necesitan chequeos regulares de Pasos Sanos de Texas o tener visitas de bienestar de adultos. De esta forma, su proveedor de cuidado primario puede ver si hay un problema antes de que sea algo malo. Al afiliarse a Amerigroup, llame a su doctor y haga la primera cita para usted y sus hijos en un plazo de 90 días.

Cuidado de bienestar para niños: Programa Pasos Sanos de Texas

Los niños necesitan más chequeos de bienestar que los adultos. Para niños desde el nacimiento hasta los 20 años de edad que tienen Medicaid, estos chequeos médicos se llaman Pasos Sanos de Texas. Cuando su hijo se convierta en miembro de Amerigroup, podemos contactarlo para recordarle que lleve a su hijo para un chequeo médico. Su hijo debe hacerse chequeos médicos de Pasos Sanos de Texas en los momentos listados a continuación:

Programación de chequeos médicos de Pasos Sanos de Texas para su hijo	
Nacimiento	9 meses de edad
3-5 días de nacido	12 meses de edad
2 semanas de edad	15 meses de edad
2 meses de edad	18 meses de edad
4 meses de edad	2 años de edad
6 meses de edad	2 1/2 años de edad
Después de los 2 1/2 años de edad su hijo debe visitar al doctor cada año. Amerigroup exhorta y cubre chequeos anuales para niños de 3 hasta 20 años de edad.	

Asegúrese de hacer estas citas y llevar a su hijo a su doctor cuando está programado. Encuentre problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar. Prevenga problemas de salud que dificultan el aprendizaje y crecimiento de su hijo. Si el doctor o dentista de su hijo encuentra un problema durante un chequeo, su hijo puede recibir el cuidado que necesita tal como exámenes de la vista y anteojos, pruebas de audición y prótesis auditivas, o cuidado dental.

¿Es usted un trabajador agrícola migrante? Le ayudaremos a encontrar doctores y clínicas y le ayudaremos a programar citas para sus hijos. Su hijo puede recibir su chequeo o servicio más pronto si usted está abandonando el área.

¿Qué pasa si me embarazo?

Si piensa que está embarazada, llame a su doctor u OB/GYN (obstetra/ginecólogo) inmediatamente. Usted no necesita un referido para ver a un OB/GYN. Esto puede ayudarla a tener un bebé sano.

Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para hacer una cita con su doctor u obstetra/ginecólogo, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¡CUIDADO! NO PIERDA SUS BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD — RENUEVE SU ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS DE MEDICAID A TIEMPO.

MANUAL DEL MIEMBRO DE AMERIGROUP

2505 N. Highway 360
Suite 300
Grand Prairie, TX 75050

800-600-4441 (TTY 711)
myamerigroup.com/TX

¡Bienvenido a Amerigroup!

Recibirá la mayoría de su cuidado de la salud a través de Amerigroup. Este manual del miembro le indicará cómo lo podemos ayudar para recibir el cuidado de la salud que necesita.

ÍNDICE

INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN DE SALUD	9
Su manual del miembro de Amerigroup	9
NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES.....	9
Línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup.....	9
Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup.....	10
Línea de servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias.....	10
Servicios de Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y línea de Where's My Ride? (¿Dónde Está Mi Traslado?).....	10
Otros números telefónicos importantes	11
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP	12
¿Cómo se ve mi tarjeta de identificación de Amerigroup? ¿Cómo la uso?.....	12
¿Cómo leo mi tarjeta de identificación de Amerigroup?	12
¿Cómo reemplazo mi tarjeta de identificación de Amerigroup si la pierdo o me la roban?.....	13
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid.....	13
Si no tiene su tarjeta consigo, el médico, el dentista o la farmacia pueden verificar por teléfono o en línea que usted es beneficiario de Medicaid.	14
Nota: El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo de los beneficiarios actuales. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.	14
¿Qué pasa si necesito un formulario de verificación de identificación temporal?	15
PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO.....	15
¿Qué es un proveedor de cuidado primario?.....	15
¿Puede un especialista ser considerado alguna vez como proveedor de cuidado primario?	15
¿Qué debo llevar conmigo a mi cita con el doctor?	16
¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario?	16
¿Puede una clínica ser mi proveedor de cuidado primario?.....	16
¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?	16
¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi proveedor de cuidado primario?	16
¿Hay algún motivo por el que una solicitud de cambiar un proveedor de cuidado primario pueda	

ser denegada?.....	16
¿Puede mi proveedor de cuidado primario trasladarme a otro proveedor de cuidado primario por falta de cumplimiento?.....	16
¿Qué pasa si elijo ir a otro doctor que no sea mi proveedor de cuidado primario?.....	17
¿Cómo recibo cuidado médico después de que el consultorio de mi proveedor de cuidado primario esté cerrado?	17
¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?.....	17
PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	18
CAMBIO DE PLAN DE SALUD	18
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?.....	18
¿A quién llamo?	18
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?	18
¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi plan de salud?.....	18
¿Puede Amerigroup pedir que sea retirado de su plan de salud (por falta de cumplimiento, etc.)?.....	18
BENEFICIOS.....	19
¿Cuáles son mis beneficios de cuidado de la salud?	19
¿Cómo obtengo estos servicios?	21
¿Qué pasa si Amerigroup no tiene un proveedor para uno de mis beneficios cubiertos?	21
¿Hay alguna limitación para algunos servicios cubiertos?	21
¿Qué es una aprobación previa?	21
¿Cuáles servicios no están cubiertos por Amerigroup?	22
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	22
¿Cuánto tengo que pagar para mi cuidado de la salud?	22
¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Amerigroup? ¿Cómo puedo recibir estos servicios?.....	22
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece Amerigroup?	27
¿Qué es manejo de enfermedades?.....	27
¿Qué es un miembro con necesidades especiales de cuidado de la salud (MSHCN)?.....	30
¿Qué es coordinación de servicios para miembros con necesidades especiales de cuidado de la salud? ¿Cómo puedo obtener coordinación de servicios?	31
¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?	31
¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?.....	31
¿Qué es manejo de caso?	32
¿Qué otros servicios puede Amerigroup ayudarme a recibir?.....	32
CUIDADO DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS	32
¿Qué significa necesario por motivos médicos?	32
¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?.....	34
¿Qué es cuidado médico de rutina?	34
¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?	34
¿Qué es la atención médica urgente?	34
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?	34
¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?.....	35
¿Qué es cuidado médico de emergencia?.....	35
¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?	35
¿Que es la posestabilización?	36
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan de salud?.....	36
¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?.....	36

¿Cuán pronto puedo ver a mi doctor?.....	36
¿Cómo recibo cuidado médico después de que el consultorio de mi proveedor de cuidado primario esté cerrado?	37
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?.....	38
¿Qué pasa si estoy fuera del estado?.....	38
¿Qué hago si estoy fuera del país?	38
¿Qué pasa si necesito ver a un médico especial (especialista)?.....	38
¿Qué es un referido?	38
¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un especialista?	38
¿Qué servicios no necesitan un referido?	38
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?.....	39
¿Cómo recibo ayuda si tengo problemas de salud del comportamiento (mental), de alcohol, o drogas?.....	39
¿Necesito un referido para esto?	39
¿Qué son servicios de rehabilitación de salud mental y manejo de caso dirigido de salud mental?	39
¿Cómo obtengo estos servicios?	39
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	40
¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	40
¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está en la red?	40
¿Qué debo llevar a la farmacia?	40
¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicamentos?	40
¿A quién debo llamar si tengo problemas para recibir mis medicamentos?.....	40
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?	40
¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?	40
¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?	41
¿Cómo transfiero mis recetas a una farmacia del plan?	41
¿Tendré un copago?	41
¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy de viaje?.....	41
¿Qué pasa si pagué una medicina de mi bolsillo y quiero que me hagan el reembolso?	41
¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?	41
¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?	42
¿Necesito un referido para esto?	42
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	42
¿Qué es la administración de casos para mujeres embarazadas y niños?.....	42
Administración de casos para mujeres embarazadas y niños	42
¿Qué es intervención a edad temprana (ECI)?	43
¿Necesito un referido para esto?	43
¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?	43
¿Qué es Head Start?	43
¿Qué es Pasos Sanos de Texas?	44
¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?	44
¿Cómo y cuándo recibo chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?	44
¿Tiene que ser mi doctor parte del plan de Amerigroup?	45
¿Necesito tener un referido?	45
¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?	45
¿Qué debe hacer si está fuera de la ciudad y su hijo tiene una visita de Pasos Sanos de Texas?... 45	
¿Y si soy trabajador de campo migrante?	45

¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?	46
¿Qué debo hacer si pierdo mis visitas de bienestar o el chequeo de Pasos Sanos de Texas de mi hijo?.....	46
SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT).....	46
¿Qué son los servicios de NEMT?	46
¿Que servicios forman parte de los servicios de NEMT?	47
¿Qué pasa si no puedo ser transportado por taxi, camioneta u otros vehículos estándares para ir a citas de cuidado de la salud?	48
¿Cómo recibo servicios de cuidado de la vista?	48
¿Qué servicios dentales cubre Amerigroup para los niños?	48
¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi médico? ¿A quién debo llamar para un intérprete?	49
¿Con cuánta anticipación debo llamar?	49
¿Cómo puedo obtener un intérprete cara a cara en el consultorio del proveedor?	49
¿Qué pasa si necesito cuidado de obstetricia/ginecología?.....	49
¿Tengo derecho a elegir un ginecoobstetra?.....	49
¿Cómo escojo a un obstetra/ginecólogo?	49
Si no escojo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?	49
¿Necesitaré un referido?	50
¿Cuán pronto puedo ser atendida después de contactar a mi obstetra/ginecólogo para una cita?.....	50
¿Puedo seguir con mi obstetra/ginecólogo si él o ella no está con Amerigroup?.....	50
¿Qué pasa si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?	50
¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Amerigroup a embarazadas?	50
Ayudar a que usted y su bebé se mantengan sanos.....	51
Programas de NICU	52
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de parto?	52
¿Puedo escoger un proveedor de cuidado primario para mi bebé antes de que nazca?.....	52
Cuando tenga a un nuevo bebé.....	52
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi bebé?	53
¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?	53
¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?	53
¿Cómo y cuándo le informo a Amerigroup?.....	53
¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no reciba cobertura de Medicaid)?	53
¿Cómo y cuándo le informo a mi asistente social?	55
¿A quién debo llamar si tengo necesidades especiales de cuidado de la salud y necesito que alguien me ayude?	55
¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi cuidado médico?.....	56
¿Qué son directivas anticipadas?	56
¿Cómo consigo una directiva anticipada?	56
Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo.....	56
¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?	56
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?.....	57
¿Qué pasa si recibo una factura de mi doctor? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitarán?	57
¿Qué tengo que hacer si me mudo?.....	58
¿Qué pasa si tengo otro seguro médico además de Medicaid?.....	58
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	58

CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE SU CUIDADO.....	61
PROCESO DE RECLAMO.....	62
¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién llamo?	62
¿Puede alguien de Amerigroup ayudarme a presentar un reclamo?	62
¿Cuánto tiempo tomará procesar mi reclamo?	62
¿Cuáles son los requisitos y plazos de tiempo para presentar un reclamo?	62
¿Cómo presento un reclamo ante la Health and Human Services Commission una vez haya agotado el proceso de reclamo de Amerigroup?	63
¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación de reclamos?.....	63
PROCESO DE APELACIONES.....	64
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que está cubierto, pero Amerigroup lo deniega o lo limita?	64
¿Cómo me enteraré si deniegan algún servicio?.....	64
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?	64
¿Cómo puedo seguir recibiendo los servicios que ya estaban aprobados?.....	65
¿Alguien de Amerigroup puede ayudarme a presentar una apelación?.....	65
¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?	65
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?	65
APELACIONES DE EMERGENCIA	66
¿Qué es una apelación de emergencia?	66
¿Cómo solicito una apelación de emergencia? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?	66
¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?	66
¿Qué sucede si Amerigroup deniega la solicitud de una apelación de emergencia?	66
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?	66
AUDIENCIAS IMPARCIALES ANTE EL ESTADO	67
¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?.....	67
INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA.....	68
¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?	68
¿Puedo pedir una revisión médica externa de emergencia?	69
¿CÓMO INFORMO UN SUPUESTO ABUSO, DESCUIDO O EXPLOTACIÓN?	69
¿Qué es abuso, descuido y explotación?	69
INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO.....	70
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	70
ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD	71
¿Qué hace la administración de la calidad por usted?	71
¿Qué son normas de práctica clínica?	72
INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE UNA VEZ AL AÑO.....	72
Guía Para Miembros Sobre Términos Del Cuidado Administrado.....	74

INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN DE SALUD

¡Bienvenido! Como miembro del programa STAR de Amerigroup, usted y su proveedor de cuidado primario trabajarán juntos para que llegue a estar y se mantenga saludable. Los miembros de Amerigroup en el Área de Servicio Rural de Medicaid y el programa STAR Kids son atendidos por Amerigroup Insurance Company. Todos los otros miembros de Amerigroup en Texas son atendidos por Amerigroup Texas, Inc. Para encontrar doctores y hospitales en su área, visite myamerigroup.com/TX o póngase en contacto con Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Su manual del miembro de Amerigroup

Este manual le ayudará a entender su plan de salud de Amerigroup. Si tiene preguntas o necesita ayuda para entender o leer su manual del miembro, llame a Servicios para Miembros. Puede pedir este manual en letras grandes, audio, braille, u otro idioma.

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

Línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup

Si tiene alguna pregunta sobre su plan de salud de Amerigroup, puede llamar a la línea gratuita del departamento de Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. Puede llamarnos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m. hora del Centro, excepto en días feriados estatales. Si llama después de las 6 p.m. o en un fin de semana o día feriado, puede dejar un mensaje en el correo de voz. Un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada al siguiente día laboral.

Hay algunas cosas con las que Servicios para Miembros puede ayudarlo:

- Este manual del miembro
- Tarjetas de identificación del miembro
- Sus doctores
- Citas con el doctor incluyendo llamadas de conferencia con usted y el consultorio del doctor
- Transporte
- Beneficios de cuidado de la salud
- Acceso a servicios
- Lo que debe hacer en una emergencia o crisis
- Cuidado de bienestar
- Tipos especiales de cuidado de la salud
- Vida saludable
- Reclamos y apelaciones médicas
- Derechos y responsabilidades

Para miembros que no hablan inglés, podemos ayudarlos en muchos diferentes idiomas y dialectos diferentes, incluyendo español. También puede obtener los servicios de un intérprete para las visitas al doctor sin costo para usted. Infórmenos si necesita un intérprete por lo menos 24 horas antes de su cita. Llame a Servicios para Miembros para saber más.

Para miembros que son sordos o tienen problemas auditivos, llame al **711**. Si necesita a alguien que conozca el lenguaje de señas para ayudarlo en sus visitas al doctor, haremos arreglos y pagaremos a un intérprete de lenguaje de señas. Infórmenos si necesita un intérprete por lo menos 24 horas antes de su cita.

Si pide un intérprete menos de 24 horas antes de su cita, aún haremos nuestro mayor esfuerzo para tener un intérprete a su disposición.

Si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si necesita consejos, llame a su proveedor de cuidado primario o Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los siete días de la semana al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Para cuidado urgente (vea la sección **¿Qué es la atención médica urgente?** de este manual), usted debe llamar a su proveedor de cuidado primario, incluso en las noches y fines de semana. Su proveedor de cuidado primario le dirá qué hacer. Llámenos para encontrar una clínica de cuidado urgente cerca de usted. O llame a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **800-600-4441 (TTY 711)** para pedir consejos en cualquier momento, de día o de noche.

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup

Puede llamar a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas las 24 horas del día, los siete días de la semana. Llame a la línea gratuita al **800-600-4441 (TTY 711)** si necesita consejos sobre:

- Cuán pronto necesita cuidado para una enfermedad.
- Qué tipo de cuidado de la salud necesita usted.
- Qué hacer para cuidarse antes de ver al doctor.
- Cómo puede recibir el cuidado que necesita.

Queremos que reciba el mejor cuidado posible. Llámenos si tiene algún problema con sus servicios. Deseamos ayudarlo a corregir cualquier problema que pueda tener con su cuidado.

Línea de servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias

La línea de servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias está a disposición de los miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana al **800-600-4441 (TTY 711)**. La llamada es gratuita y puede hablar con alguien en inglés o español. Para otros idiomas, están disponibles servicios de intérpretes. Puede llamar a la línea de servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias por ayuda para recibir servicios.

Si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Servicios de Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y línea de Where's

My Ride? (¿Dónde Está Mi Traslado?)

Llame al número gratuito de nuestra línea de Servicios de NEMT si no tiene transporte a servicios de atención de la salud cubiertos. Estos servicios incluyen traslados al médico, dentista, farmacia, hospital y otros lugares donde usted reciba servicios de Medicaid. Los servicios de NEMT no incluyen viajes en ambulancia.

Amerigroup usará nuestro proveedor de transporte, Access2Care, para coordinar todos los viajes. Para programar un viaje, llame **833-721-8184**. Puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, excepto en días feriados estatales aprobados. Si usted no habla inglés, podemos ayudarle en muchos otros idiomas, incluyendo el español. Los miembros que son sordos o tienen problemas auditivos deben llamar al **711**.

Debe solicitar los servicios de NEMT lo más pronto posible. Llame al menos dos días hábiles antes de que necesite el servicio de NEMT. Para un viaje de larga distancia fuera de su área de servicio, debe solicitar el servicio de NEMT al menos cinco días hábiles antes de que lo necesite. Consulte la sección **“Cómo obtener transporte”** a continuación para ver un listado de situaciones en las que puede recibir transporte con menos de 48 horas de anticipación.

Cuando esté esperando transporte de nuestra parte, ya sea para ir o regresar en un viaje programado, puede llamar a la línea de Servicios de NEMT. Escoja la opción **“Where’s My Ride? (¿Dónde Está Mi Traslado?)”** para averiguar el estado de su traslado. Puede llamar entre las 5 a.m. a 7 p.m. hora local de lunes a sábado o a cualquier hora en que esté esperando un traslado programado.

Otros números telefónicos importantes

Si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Línea de ayuda del programa STAR	800-964-2777
Equipo de asistencia de cuidado administrado del ombudsman	866-566-8989
Línea directa de Medicaid	800-252-8263
Programa de intervención a edad temprana de Texas	800-628-5115
Pasos Sanos de Texas	877-847-8377
Cuidado de los ojos a través de Superior Vision of Texas	800-428-8789
Servicios para Miembros de Farmacia	833-235-2022
Cuidado dental para miembros hasta 20 años a través de:	
DentaQuest	800-516-0165
MCNA Dental	800-494-6262
UnitedHealthcare	877-901-7321

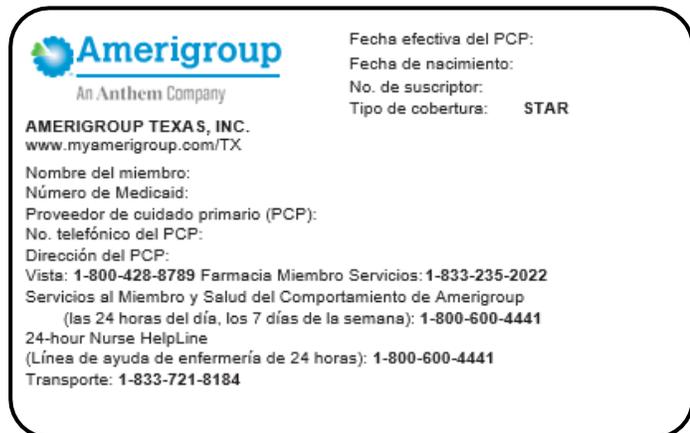
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP

¿Cómo se ve mi tarjeta de identificación de Amerigroup? ¿Cómo la uso?

Si todavía no tiene su tarjeta de identificación de Amerigroup, pronto la recibirá. Llévela con usted en todo momento. Muéstresela a cualquier doctor u hospital que visite. No tiene que mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir cuidado de emergencia. La tarjeta informa a los doctores y hospitales que usted es miembro de Amerigroup y quién es su doctor. También les dice que Amerigroup pagará los servicios necesarios por motivos médicos listados en la sección de **Beneficios**.

También puede imprimir su tarjeta de identificación desde nuestro sitio web en **myamerigroup.com/TX**. Deberá registrarse e iniciar sesión en el sitio web para acceder a la información de su tarjeta de identificación.

Tarjeta de identificación de muestra de Amerigroup para miembros de STAR



Tarjeta de identificación de muestra de Amerigroup para miembros de STAR en el área de servicio rural de Medicaid



¿Cómo leo mi tarjeta de identificación de Amerigroup?

Su tarjeta de identificación de Amerigroup tiene escritos el nombre y número telefónico de su doctor. Su tarjeta de identificación lista muchos de los números telefónicos importantes que

debe saber, como los de nuestro departamento de Servicios para Miembros y Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas. También lista los números para el cuidado de la vista y Servicios para Miembros de Farmacia.

¿Cómo reemplazo mi tarjeta de identificación de Amerigroup si la pierdo o me la roban?

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación, llámenos inmediatamente al **800-600-4441 (TTY 711)**. Le enviaremos una nueva. También puede imprimir su tarjeta de identificación desde nuestro sitio web en **myamerigroup.com/TX**. Deberá registrarse e iniciar sesión en el sitio web para acceder a la información de su tarjeta de identificación.

Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

Cuando alguien es aceptado en el programa Medicaid, recibe la tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta habitual de Medicaid. Debe llevarla consigo debidamente protegida, tal y como lo hace con la licencia de manejar o las tarjetas de crédito. Cuando usted vaya a una cita médica, el consultorio puede usar la tarjeta para verificar que usted es beneficiario de Medicaid.

Recibirá una sola tarjeta; solo en caso de que la pierda o se la roben recibirá una nueva. Si pierde su tarjeta de Medicaid o se la roban, puede obtener una nueva llamando sin costo al **800-252-8263**, o pedir e imprimir una tarjeta temporal por internet en YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro de tener cobertura de Medicaid, llame sin costo al **800-252-8263** para informarse. También puede llamar al **2-1-1**. Seleccione un idioma primero y después oprima el 2.

Su información de salud consta de una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted ha recibido a través de Medicaid. Compartimos esa información con los médicos de Medicaid para ayudarles a decidir qué tipo de atención médica necesita usted. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame sin costo al **800-252-8263**; o bien, visite YourTexasBenefits.com y elija no compartir su información de salud.

The image shows the front of a 'Your Texas Benefits' Medicaid card. At the top left is the logo for the Health and Human Services Commission, featuring a star and the state outline of Texas. The text 'Your Texas Benefits' is in red, and 'Health and Human Services Commission' is in black below it. The card has a white background with a thin black border. Below the header, there are several fields: 'Member name:' followed by a blank line; 'Member ID:' followed by a blank line; 'Issuer ID:' followed by a blank line; and 'Date card sent:' followed by a blank line. To the right of these fields is a 'Note to Provider:' section with the following text: 'Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card? Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.'

La tarjeta YTB de Medicaid tiene estos datos impresos en el frente:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid
- La fecha en que se le envió la tarjeta
- El nombre del programa de Medicaid en el que está inscrito si recibe:

- Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa Healthy Texas Women (HTW)
 - Atención para pacientes terminales
 - Programa STAR Health
 - Medicaid de Emergencia, o
 - Presunción de derecho a beneficios (PE) para mujeres embarazadas
- Los datos que la farmacia necesita para enviar el cobro a Medicaid
 - Si está en el programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in), el nombre de su médico y farmacia

En el reverso de la tarjeta aparecen la dirección web (YourTexasBenefits.com) y el número gratuito **800-252-8263**, recursos que puede usar si tiene preguntas sobre su nueva tarjeta YTB de Medicaid.

Si no tiene su tarjeta consigo, el médico, el dentista o la farmacia pueden verificar por teléfono o en línea que usted es beneficiario de Medicaid.

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

Puede usar el portal para beneficiarios de Medicaid para hacer todo lo siguiente (tanto para usted como para otra persona a cuya información médica o dental tenga acceso):

- Ver, imprimir o pedir una nueva tarjeta de YTB de Medicaid
- Ver sus planes de seguro médico y dental
- Ver los detalles de sus beneficios
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids Texas Health Steps
- Ver las alertas públicas
- Ver los diagnósticos y tratamientos
- Ver su historial de vacunas
- Ver los medicamentos recetados
- Elegir si da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental

Para acceder al portal:

- Visite **YourTexasBenefits.com**.
- Haga clic en **Entrar al sistema**.
- Introduzca su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una cuenta**.
- Haga clic en **Maneje su cuenta o sus aplicaciones**.
- Vaya a la sección “Enlaces rápidos”.
- Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP**.
- Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponibles**.

Nota: El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo de los beneficiarios actuales. Un representante legalmente autorizado puede ver la

información de cualquier persona que forme parte de su caso.

¿Qué pasa si necesito un formulario de verificación de identificación temporal?

Si ha perdido o no tiene acceso a la tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid y necesita una tarjeta de identificación temporal de Medicaid, deberá llenar un formulario de verificación de identificación temporal (Form 1027-A). Puede obtener este formulario llamando a su oficina local de beneficios de la HHSC. Para encontrar su oficina local de la HHSC, llame al **2-1-1**, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2. Muestre este formulario a su proveedor de la misma manera que presentaría la tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid. Su proveedor aceptará este formulario como prueba de elegibilidad para Medicaid. También puede acceder en línea a YourTexasBenefits.com e imprimir una tarjeta de identificación temporal después de iniciar sesión en su cuenta.

PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un proveedor de cuidado primario, llamado también doctor de familia, es el doctor principal que usted ve para la mayoría de su cuidado de la salud regular. Su proveedor de cuidado primario debe estar en el plan de Amerigroup. Su proveedor de cuidado primario le dará un hogar médico. Un hogar médico significa que se familiarizará con usted y su historial médico, y le ayudará a recibir el mejor cuidado posible.

Cuando se inscribió en Amerigroup, usted debió haber escogido un proveedor de cuidado primario de nuestro plan. Si no lo hizo, le asignamos uno que debe estar ubicado cerca de usted. El nombre y número telefónico de su proveedor de cuidado primario están impresos en su tarjeta de identificación de Amerigroup.

Si usted o su hijo han estado recibiendo cuidado de un doctor que atiende niños y necesita cambiar a un doctor que proporciona cuidado para adultos, usted puede cambiar su proveedor de cuidado primario. Podemos ayudarlo a elegir un doctor para adultos y transferir sus registros médicos. Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Su proveedor de cuidado primario también lo enviará a especialistas, otros doctores u hospitales cuando necesite cuidado o servicios especiales que este no pueda proporcionar.

¿Puede un especialista ser considerado alguna vez como proveedor de cuidado primario?

Si necesita cuidado regular de un especialista, podemos aprobar que un especialista lo atienda como su proveedor de cuidado primario. Un especialista puede atenderlo como proveedor de cuidado primario si usted tiene una discapacidad, necesidades especiales de cuidado de salud, o una enfermedad o condición crónica o que amenaza su vida donde:

- Usted pueda necesitar ser hospitalizado muchas veces por su condición.

- Usted necesita obtener más de su cuidado de un especialista.
- Su proveedor de cuidado primario no puede coordinar el cuidado que usted necesita.

¿Qué debo llevar conmigo a mi cita con el doctor?

Cuando vaya a su cita con el doctor, lleve:

- Su tarjeta de identificación de Amerigroup.
- La tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid.
- Todos los medicamentos que está tomando y su registro de vacunas.
- Cualquier pregunta que quiera hacerle a su doctor.

Si la cita es para su hijo, lleve los mismos artículos listados anteriormente.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario?

Llame a Servicios para Miembros si necesita cambiar su proveedor de cuidado primario. Puede ir en línea a myamerigroup.com/TX para encontrar uno nuevo. También puede cambiar su proveedor de cuidado primario en línea cuando configure una cuenta segura.

¿Puede una clínica ser mi proveedor de cuidado primario?

Sí, las Clínicas de salud rural (RHC) y los Centros de salud calificados federalmente (FQHC) de nuestro plan pueden servir como su proveedor de cuidado primario.

¿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 **800-600-4441 (TTY 711)** o escribiéndonos a una de nuestras oficinas que le quede cerca. Las ubicaciones de las oficinas están listadas en el frente de este manual. Dirija su solicitud por escrito al defensor del miembro. También puede hacer el cambio en línea cuando configure una cuenta segura.

¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi proveedor de cuidado primario?

Podemos cambiar su doctor el mismo día en que usted pidió el cambio. El cambio tendrá lugar inmediatamente. Llame al consultorio del doctor si desea hacer una cita. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame a Servicios para Miembros. Le ayudaremos a hacer la cita.

¿Hay algún motivo por el que una solicitud de cambiar un proveedor de cuidado primario pueda ser denegada?

No podrá cambiar su doctor si:

- El doctor que ha escogido no puede tomar nuevos pacientes.
- El nuevo doctor no está en nuestro plan.

¿Puede mi proveedor de cuidado primario trasladarme a otro proveedor de

cuidado primario por falta de cumplimiento?

Su proveedor de cuidado primario puede pedirle que se cambie a otro proveedor de cuidado primario si:

- Usted no sigue sus consejos médicos una y otra vez.
- Su doctor está de acuerdo con que un cambio es lo mejor para usted.
- No tiene la experiencia adecuada para tratarlo.
- Usted fue asignado al doctor por error (como un adulto asignado a un doctor de niños).

¿Qué pasa si elijo ir a otro doctor que no sea mi proveedor de cuidado primario?

Hable primero con su proveedor de cuidado primario acerca de cualquier cuidado que necesite de otros doctores. Este puede referirlo a otros doctores en nuestro plan y ayudar a coordinar todo el cuidado que usted necesita.

¿Cómo recibo cuidado médico después de que el consultorio de mi proveedor de cuidado primario esté cerrado?

Si necesita conversar con su proveedor de cuidado primario después de que ha cerrado el consultorio, llame a su número de teléfono que está en su tarjeta de identificación. Alguien debería devolverle la llamada dentro de 30 minutos para decirle lo que debe hacer. También puede llamar por ayuda a Línea de Ayuda de Enfermería de 24 Horas las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Si cree que necesita cuidado de emergencia, vea la sección **¿Qué es cuidado médico de emergencia?** de este manual, llame al **911** o vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede que le asignen al Programa Lock-in. 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 pongan en el Programa Lock-in 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 Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

En algunos casos, se puede aprobar que usted reciba medicamentos de otra farmacia, tal como:

- Se muda fuera del área geográfica (más de 15 millas desde la farmacia de lock-in).
- La farmacia de lock-in no tiene el medicamento recetado y el mismo no estará disponible durante más de 2 a 3 días.
- La farmacia de lock-in está cerrada por el día y usted necesita el medicamento inmediatamente.

Debe llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** si necesita aprobación para recibir un medicamento en una farmacia distinta a la farmacia de lock-in.

PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

Amerigroup 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 **800-600-4441 (TTY 711)** para más información.

CAMBIO DE 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 **800-964-2777**. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

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.

Si no está satisfecho con nosotros, llame a Servicios para Miembros. Trabajaremos con usted para intentar solucionar el problema. Si aún no está satisfecho, puede cambiarse a otro plan de salud.

¿A quién llamo?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda del programa Texas STAR al **800-964-2777**.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

¿Cuándo se hará efectivo el cambio de 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 Amerigroup pedir que sea retirado de su plan de salud (por falta de cumplimiento, etc.)?

Hay varios motivos por los que usted podría ser retirado de Amerigroup, incluyendo:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Deja que otra persona use su tarjeta de identificación de Amerigroup.
- Intenta causar lesiones a un proveedor, miembro del personal o asociado de Amerigroup.
- Roba o destruye una propiedad de un proveedor o de Amerigroup.
- Va a la sala de emergencias una y otra vez cuando no tiene una emergencia.
- Va a doctores o centros médicos fuera del plan de Amerigroup una y otra vez.
- Intenta lesionar a otros pacientes u ocasiona dificultades para que otros pacientes reciban el cuidado necesario.

Si ha hecho algo que pueda llevar a ser retirado de nuestro plan, lo contactaremos. Le pediremos que nos cuente lo que sucedió. Si tiene alguna pregunta acerca de su inscripción, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

BENEFICIOS

¿Cuáles son mis beneficios de cuidado de la salud?

Su proveedor de cuidado primario le dará el cuidado que necesita o lo referirá a otro doctor. Algunos beneficios de Amerigroup son solamente para miembros que tienen una determinada edad o cierto tipo de problema médico. Si tiene alguna pregunta o si no está seguro de si ofrecemos un beneficio determinado, llame a Servicios para Miembros.

Los servicios cubiertos por STAR incluyen, pero no están limitados a, servicios necesarios por motivos médicos de:

- Servicios de ambulancia de emergencia y que no sea de emergencia.
- Servicios de audiología, incluyendo prótesis auditivas, para adultos y niños.
- Servicios de salud del comportamiento, incluyendo:
 - Servicios de salud mental en hospitalización.
 - Servicios ambulatorios de salud mental.
 - Servicios de psiquiatría.
 - Servicios de rehabilitación de salud mental.
 - Servicios de consejería para adultos (21 años de edad en adelante).
 - Servicios ambulatorios de tratamiento para trastorno por el uso de sustancias, incluyendo:
 - Evaluación.
 - Desintoxicación.
 - Consejería.
 - Terapia asistida por medicamentos.
 - Tratamiento residencial para trastorno por el uso de sustancias (incluyendo alojamiento y comida y servicios de desintoxicación).
- Servicios de parto provistos por un doctor o enfermera-partera certificada en un centro

autorizado de parto.

- Servicios de parto provistos por un centro autorizado de parto.
- Exámenes, diagnóstico y tratamiento contra el cáncer.
- Servicios quiroprácticos.
- Diálisis.
- Equipos médicos duraderos y suministros.
- Intervención a edad temprana.
- Servicios de emergencia.
- Planificación familiar.
- Cuidado de la salud en el hogar.
- Servicios de hospital, incluyendo en internación y ambulatorios.
- Servicios de laboratorio.
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluyendo:
 - o Servicios en hospitalización; servicios ambulatorios provistos en un hospital ambulatorio o centro de cuidado de la salud ambulatorio según sean clínicamente apropiados y servicios médicos y profesionales provistos en un consultorio, entorno de hospitalización o ambulatorio para:
 - Todas las etapas de reconstrucción de las mamas, en las cuales se hayan realizado procedimientos de mastectomía necesarios por motivos médicos.
 - Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir apariencia simétrica.
 - Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas.
 - Mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de mamas.
 - o Prótesis mamaria externa para las mamas, en las cuales se hayan realizado procedimientos de mastectomía necesarios por motivos médicos.
- Chequeos médicos y servicios de Programa integral de cuidado para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años de edad) a través del programa Pasos Sanos de Texas.
- Manejo de caso dirigido de salud mental.
- Servicios de transporte médico que no sea de emergencia
- Evaluación oral y barniz de fluoruro en el hogar médico en conjunto con el chequeo médico de Pasos Sanos de Texas para niños desde los 6 hasta los 35 meses de edad.
- Medicamentos y productos biológicos ambulatorios, incluso aquellos dispensados por un farmacéutico o administrados por un proveedor.
- Medicamentos y productos biológicos provistos en un entorno de hospitalización.
- Podiatría.
- Cuidado prenatal.
- Cuidado primario.
- Servicios preventivos, incluyendo un chequeo anual de adulto sano para pacientes de 21 años de edad en adelante.
- Radiología, imágenes y radiografías.
- Servicios de médicos especialistas.
- Telesalud.
- Telemedicina.
- Telemonitoreo, en la medida cubierto por el Código Gubernamental de Texas §531.01276.
- Terapias — física, ocupacional y del habla.

- Trasplante de órganos y tejidos.
- Vista (incluye optometría y anteojos; los lentes de contacto solo están cubiertos si son necesarios por motivos médicos para corrección de la vista, que no se puede lograr mediante anteojos).

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su proveedor de cuidado primario le ayudará a recibir estos tipos de servicios o puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Qué pasa si Amerigroup no tiene un proveedor para uno de mis beneficios cubiertos?

Si un beneficio del plan no está disponible a través de un doctor de nuestro plan, coordinaremos para que usted vea a uno fuera del plan. Le reembolsaremos a este de acuerdo con las reglas del estado. Debe llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para programar servicios con un doctor fuera de nuestro plan, excepto en una emergencia.

¿Hay alguna limitación para algunos servicios cubiertos?

Es posible que existan límites para el cuidado, tales como servicios de quiropráctico, basado en los beneficios cubiertos por Medicaid. Puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener una lista completa de beneficios y limitaciones.

¿Qué es una aprobación previa?

Algunos tratamientos, cuidado o servicios pueden necesitar nuestra aprobación antes de que su doctor o el de su hijo puedan proporcionarlos. Esto se llama aprobación previa. Su doctor o el de su hijo trabajará directamente con nosotros para obtener la aprobación. Los siguientes requieren aprobación previa:

- La mayoría de las cirugías, incluyendo algunas cirugías ambulatorias
- Todos los servicios y todas las admisiones en internación electivas y no urgentes
- Servicios quiroprácticos
- La mayoría de los servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias (excepto servicios ambulatorios de rutina y de emergencia)
- Ciertas recetas
- Ciertos equipos médicos duraderos, incluyendo prótesis y órtesis
- Ciertos procedimientos de gastroenterología
- Prótesis auditivas digitales
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de hospicio
- Terapia de rehabilitación (terapias física, ocupacional, respiratoria y del habla)
- Estudios del sueño
- Cuidado fuera del área o fuera de la red, excepto en una emergencia
- Diagnóstico por imágenes avanzado (cosas como MRAs, MRIs, escaneos CT y escaneos CTA)
- Ciertas pruebas y procedimientos para control del dolor

Esta lista está sujeta a cambios sin notificación y no es una lista completa de los beneficios cubiertos por el plan. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas acerca de servicios específicos.

¿Cuáles servicios no están cubiertos por Amerigroup?

Amerigroup no ofrece los beneficios y servicios a continuación. Estos servicios tampoco están cubiertos por el programa Medicaid de pago por servicios.

- Nada que no sea necesario por motivos médicos
- Nada que sea experimental, tal como un nuevo tratamiento que está siendo probado o que no ha demostrado que funcione
- Cirugía cosmética que no sea necesaria por motivos médicos
- Esterilización para miembros menores de 21 años
- Cuidado del pie de rutina excepto para miembros con diabetes o mala circulación
- Servicios para el tratamiento de fertilidad
- Tratamiento para discapacidades relacionadas al servicio militar
- Programas de servicios para pérdida de peso
- Reversión de esterilización voluntaria
- Cuarto privado y artículos para comodidad personal cuando esté hospitalizado
- Cirugía de cambio de sexo

Para obtener más información sobre servicios no cubiertos por Amerigroup, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su doctor le receta. Los adultos, al igual que los niños, pueden obtener tantas recetas como sea necesario por motivos médicos para medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos del Vendor Drug Program (VDP). Su doctor usará la VDP al hacer sus recetas. Puede abastecer su receta en cualquier farmacia de nuestro plan a menos que esté en el Programa Lock-in de Medicaid.

¿Cuánto tengo que pagar para mi cuidado de la salud?

No tiene que pagar para beneficios de cuidado de la salud del plan. No paga ninguna prima, cuotas de inscripción, deducibles, copagos o costo compartido.

¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Amerigroup?

¿Cómo puedo recibir estos servicios?

Amerigroup le da beneficios adicionales de cuidado de la salud solo por ser nuestro miembro de STAR. Estos beneficios adicionales también se denominan beneficios de valor agregado. Le ofrecemos estos beneficios para ayudarlo a mantenerse saludable y para agradecerle por haber elegido a Amerigroup como su plan de cuidado de la salud. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre estos beneficios adicionales o visite nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Tarjeta de regalo de Healthy Rewards por completar estas actividades saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$120 por completar 6 chequeos de Texas Health Steps según el programa de consultas de Texas Health Steps, para niños de 0 a 15 meses (vea la sección ¿Qué es Texas Health Steps? de este manual) • \$20 por consulta para chequeos de Texas Health Steps a los 18, 24 o 30 meses • \$20 cada año por completar chequeos de Texas Health Steps, para edades de 3 a 20 años • \$20 por ponerse una serie completa de las vacunaciones contra el rotavirus (inyecciones u otro tipo de vacuna) (2 a 3 consultas en días distintos dependiendo del tipo de vacuna), para niños de 42 días hasta 24 meses • \$25 para una miembro que se haga un chequeo prenatal en el primer trimestre de embarazo o dentro de los 42 días de ingresar al plan médico • \$50 para una miembro quien se haga un chequeo después del parto en un periodo de 7 a 84 días después de dar a luz • \$20 cada 6 meses por hacerse un examen de glucemia (HbA1c) para miembros de 18 años en adelante con diabetes • \$20 cada 6 meses por hacerse un examen de glucemia (HbA1c) con un resultado menor de 8, para miembros de 18 años en adelante con diabetes • \$20 para miembros con un diagnóstico reciente de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que tengan una consulta de seguimiento con su profesional que receta en un plazo de 30 días después de comenzar su tratamiento con medicamentos, para miembros de 6 a 12 años • \$20 por tener una consulta ambulatoria de seguimiento con un proveedor de salud 	<p>Para recibir una recompensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese al programa Healthy Rewards dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Amerigroup. • Su proveedor informará la mayoría de las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su consulta. • Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad. <p>Para ingresar al programa Healthy Rewards o encontrar información sobre el programa y las recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o • Llame a la Línea del Servicio de Atención al Cliente de Healthy Rewards al 888-990-8681 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>conductual dentro de 7 días del alta del hospital por una estadía de salud conductual, hasta 4 veces por año</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por ponerse una serie completa de la vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano) (2 vacunas con diferencia de por lo menos 146 días o 3 vacunas en días distintos), para miembros de 9 a 13 años 	
<p>Asignación de tarjeta de regalo de Healthy Rewards para productos de venta libre por completar estas actividades saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por ponerse una serie completa de vacunas contra la gripe (influenza) (2 vacunas en días distintos), para niños de 6 meses hasta 24 meses • \$20 cada año por ponerse una vacuna contra la gripe, para miembros de 3 años en adelante <p>Excluye cualquier producto cubierto por Medicaid</p>	<p>Para recibir una recompensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese al programa Healthy Rewards dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Amerigroup. • Su proveedor informará las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su consulta. • Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad. <p>Para ingresar al programa Healthy Rewards o encontrar información sobre el programa y las recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o • Llame a la Línea del Servicio de Atención al Cliente de Healthy Rewards al 888-990-8681 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro
<p>Diploma de Educación General (GED): cubriremos la tarifa del examen para su prueba de GED</p>	<p>Llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p> <p>Para miembros de 18 años en adelante.</p>
<p>Salud emocional en línea: sitio web seguro y herramientas móviles que puede usar las 24 horas, los 7 días de la semana para ayudar a mejorar su salud mental y emocional</p>	<p>Acceda a los recursos para el bienestar emocional, organizados por Learn to Live, ingresando en learntolive.com/welcome/TXAmerigroup.</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
	<p>Escriba TXAmerigroup en el campo del código y haga clic en “enviar” (submit). Luego, ingrese su número de identificación del miembro.</p> <p>Para miembros de 13 años en adelante.</p>
<p>Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas: hay enfermeros disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para sus preguntas de atención de la salud</p>	<p>Llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
<p>Ayuda para conseguir traslados para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los familiares vayan con usted a los servicios médicos. • Clases sobre embarazo, parto o recién nacidos para miembros embarazadas. • Visitas a las oficinas del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). • Reuniones del Grupo asesor de miembros. 	<p>Llame al 833-721-8184 (TTY 711).</p> <p>Los traslados para familiares adicionales deben tener aprobación previa.</p> <p>Para traslados a las oficinas de WIC y a reuniones del Grupo asesor de miembros, cada miembro puede obtener un traslado por mes, con hasta 12 traslados cada año.</p>
<p>Hasta \$100 por una membresía básica de Boys & Girls Club para miembros de 6 a 18 años, sujeto a disponibilidad (se pagan \$50 por semestre)</p>	<p>Vaya a su Boys & Girls Club local.</p>
<p>Un examen físico para deportes o escolar cada año para miembros de 4 a 19 años</p>	<p>Vea a su proveedor de atención primaria.</p> <p>Un enfermero practicante o asistente médico que sea proveedor de atención primaria puede hacerle el examen físico para deportes o la escuela.</p>
<p>Kit primeros auxilios y un plan personal para desastres (1 kit por miembro de por vida)</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
<p>Kit de higiene dental para miembros de 21 años en adelante: 1 kit por año</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Programa Cuidando de Mí y de Mi Bebé (Taking Care of Baby and Me®) el cual ayuda a las miembros embarazadas, madres primerizas y a sus bebés a estar y mantenerse saludables.</p> <p>Las miembros embarazadas recibirán materiales educativos sobre el embarazo, el posparto y el recién nacido para ayudarlas a aprender sobre el embarazo y los cuidados de posparto. Esto incluye la importancia de las visitas prenatales y continuas al médico.</p>	<p>Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o vaya a myamerigroup.com/TX para obtener más información.</p>
<p>Teléfono celular/teléfono inteligente gratuito a través del programa Lifeline con minutos mensuales, Internet y mensajes de texto. Si califica, también recibirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamadas ilimitadas a Servicios para Miembros y defensores del miembro para llamadas hechas mediante Servicios para Miembros. • 200 minutos de bonificación al ingresar. • 100 minutos de bonificación para su cumpleaños. 	<p>Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o vaya a myamerigroup.com/TX para obtener más información.</p> <p>Los minutos de bonificación por cumpleaños comienzan el mes después de ingresar.</p> <p>Para ver si usted califica para el programa federal Lifeline Assistance, vaya a safelinkwireless.com y llene la solicitud.</p>
<p>Funda de almohada libre de alergias (1 por año) para miembros hasta los 20 años que han sido diagnosticados con asma y participan en un programa de administración de enfermedades o casos</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
<p>Ayuda para controlar el peso a través de un programa con acceso en línea las 24 horas, los 7 días de la semana a recursos, herramientas y actividades sobre bocadillos saludables, manejo de las porciones, objetivos de peso, calorías extra y consejos de ejercitación</p>	<p>Acceda a la plataforma de la Biblioteca CommonGround iniciando sesión en su cuenta segura en myamerigroup.com/TX.</p> <p>Para miembros de 13 años en adelante.</p>
<p>Programa para el embarazo y la paternidad temprana en línea las 24 horas, los 7 días de la semana, a través del sitio web o la aplicación móvil para brindar apoyo a los padres futuros o recientes</p>	<p>Acceda a la plataforma de la Biblioteca CommonGround iniciando sesión en su cuenta segura en myamerigroup.com/TX.</p> <p>Para miembros de 13 años en adelante.</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Dejar el hábito para adolescentes: Un programa interactivo basado en mensajería de texto que ayuda a jóvenes de entre 13 y 17 años a dejar de vapear o usar cigarrillos electrónicos. El programa se enfoca en brindar consejería en línea por hasta 12 semanas.	Envíe un mensaje de texto con la palabra VAPEOUTTX al 88709 para inscribirse.
Dejar el Hábito: Un programa para dejar de consumir tabaco que incluye productos, materiales educativos y actividades en línea. El programa puede servirle de apoyo a los miembros en su intento de dejar de fumar, vapear, mascar o consumir tabaco.	Acceda al programa en go.theexprogram.com/amerigroup.tx .
Directorio en línea de recursos para servicios sociales con el fin de ayudar a ubicar apoyos comunitarios tales como servicios de alimentos y nutrición, vivienda, educación y empleo	Para encontrar servicios cerca de usted, visite myamerigroup.com/TX y seleccione Community Support (Ayuda comunitaria) bajo <i>Get Help (Obtener ayuda)</i> .

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece Amerigroup?

Trabajamos para ayudarlo a mantenerse sano al realizar eventos educativos en su área y ayudándole a encontrar programas comunitarios de educación sobre la salud cerca de usted. Estos eventos y programas comunitarios pueden incluir:

- Servicios de Amerigroup y cómo obtenerlos
- Nacimiento
- Cuidado infantil
- Cómo ser padres
- Embarazo
- Técnicas para dejar de fumar
- Protección personal contra la violencia
- Otras clases o eventos sobre temas de salud

Para eventos en su área, consulte la página *Community Support (Ayuda comunitaria)* en **myamerigroup.com/TX** bajo la pestaña **Get Help (Obtener ayuda)**. Si necesita ayuda para encontrar un programa comunitario, llame a Servicios para Miembros o marque **2-1-1**. Tenga en cuenta: Algunas organizaciones comunitarias pueden cobrarle una cuota por sus programas.

¿Qué es manejo de enfermedades?

Manejo de enfermedades

Un programa de Manejo de enfermedades (DM) puede ayudarlo a sacar mejor provecho de la vida. Como parte de sus beneficios de Amerigroup, estamos a su disposición para aprender más sobre su salud, manteniéndolo a usted y sus necesidades en cuenta en cada paso.

Nuestro equipo incluye enfermeras certificadas, denominadas administradoras de casos de DM. Ellas le ayudarán a aprender cómo manejar mejor su condición o problema de salud. Puede elegir ingresar a un programa de DM sin costo alguno para usted.

Puede ingresar a un programa de manejo de enfermedades para obtener cuidado de la salud y servicios de apoyo si tiene una de estas condiciones:

- Asma
- Trastorno bipolar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad arterial coronaria (CAD)
- Trastorno depresivo grave – niños y adolescentes
- Diabetes
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Trastorno depresivo grave - adultos
- Esquizofrenia
- Trastorno por el uso de sustancias

Cómo funciona

Cuando usted ingresa a uno de nuestros programas de DM, un administrador de casos de DM hará lo siguiente:

- Le ayudará a crear metas de salud y hacer un plan para lograrlas.
- Lo orientará y le dará apoyo mediante llamadas telefónicas personalizadas.
- Controlará su progreso.
- Le dará información sobre apoyo local y cuidadores.
- Responderá preguntas sobre su condición y/o plan de tratamiento (formas de ayudar con problemas de salud).
- Le enviará materiales para aprender acerca de su condición, su salud en general y bienestar.
- Coordinará su cuidado con sus proveedores de cuidado de la salud, como ayudarle con:
 - Hacer citas.
 - Llegar a sus visitas al proveedor de cuidado de la salud.
 - Referirlo a especialistas en nuestro plan de salud, de ser necesario.
 - Conseguir cualquier equipo médico que pueda necesitar.
- Ofrecer materiales educativos y herramientas para el control de peso y dejar de usar tabaco (cómo dejar de usar tabaco como dejar de fumar).

Nuestro equipo de DM y su proveedor de cuidado primario están a su disposición para ayudarle con sus necesidades de cuidado de la salud.

Cómo ingresar

Le enviaremos una carta dándole la bienvenida a un programa de DM, si califica. O llámenos a la línea gratuita al **888-830-4300 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local.

Cuando llame:

- Lo ubicaremos con un administrador de casos de DM para que pueda dar los primeros pasos.
- Le haremos algunas preguntas acerca de su salud o la de su hijo.
- Comenzaremos a trabajar en conjunto para crear su plan o el de su hijo.

También enviarnos un correo electrónico a **dmsself-referral@amerigroup.com**. Sepa que los correos electrónicos enviados por la internet son usualmente seguros, pero existe cierto riesgo de que terceros puedan acceder (o conseguir) estos correos electrónicos sin que usted lo sepa. Al enviar su información por correo electrónico, usted acepta (o sabe, entiende) que terceros tal vez accedan a estos correos electrónicos sin que usted lo sepa.

Usted puede elegir excluirse (lo sacaremos del programa) del programa en cualquier momento. Llámenos a la línea gratuita al **888-830-4300 (TTY 711)** de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local de lunes a viernes para no ser incluido. También puede llamar a este número para dejar un mensaje privado para su administrador de casos de DM las 24 horas del día.

Números telefónicos útiles

En una emergencia, llame al **911**.

Manejo de enfermedades

Línea gratuita: **888-830-4300 (TTY 711)**

De lunes a viernes

De 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local

Deje un mensaje privado para su administrador de casos las 24 horas del día.

Después el horario de atención regular:

Llame Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas

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

800-600-4441 (TTY 711)

Derechos y responsabilidades de Manejo de enfermedades

Cuando ingresa a un programa de Manejo de enfermedades, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades.

Usted tiene derecho a:

- Obtener detalles sobre nosotros, tales como:
 - Los programas y servicios que ofrecemos.
 - Nuestro personal y sus calificaciones (habilidades o educación).
 - Cualquier relación contractual (tratamos con otras compañías).
- No incluirse en servicios de DM.
- Saber cuál administrador de casos de DM está manejando sus servicios de DM y cómo pedir un cambio.
- Obtener apoyo de nosotros para tomar decisiones de cuidado de la salud con sus proveedores de cuidado de la salud.

- Preguntar acerca de todas las tratamientos relacionados con DM (opciones de formas de mejorarse) mencionadas en las normas clínicas (incluso si un tratamiento no es parte de los beneficios de su plan de salud) y hablar sobre todas las opciones con los proveedores de cuidado de la salud tratantes.
- Que sus datos personales y su información médica se mantengan en privado.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo nos aseguramos de que su información se mantenga segura, privada y confidencial.
- Recibir un trato cortés y respetuoso de nuestro personal.
- Recibir información que sea clara y fácil de entender.
- Presentar reclamos a Amerigroup llamando a la línea gratuita al **888-830-4300 (TTY 711)**, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora del Centro de lunes a viernes y:
 - Obtener ayuda sobre cómo usar el proceso de reclamo.
 - Saber cuánto tiempo tiene Amerigroup para responder y resolver problemas de calidad y reclamos.
 - Darnos comentarios sobre el programa de Manejo de enfermedades.

También tiene la responsabilidad de:

- Seguir el plan de cuidados acordado por usted y su administrador de casos de DM.
- Darnos la información necesaria para realizar nuestros servicios
- Decirnos a nosotros y a sus proveedores de cuidado de la salud si elige no incluirse (abandonar el programa).

Manejo de enfermedades no mercadea productos o servicios de compañías externas a nuestros miembros. DM no posee ni se beneficia de compañías externas sobre los bienes y servicios que ofrecemos.

¿Qué es un miembro con necesidades especiales de cuidado de la salud (MSHCN)?

Un miembro con necesidades especiales de cuidado de la salud (MSHCN) es un miembro quien:

- Tiene una enfermedad en curso grave, una condición crónica o compleja, o una discapacidad que probablemente dure por un largo periodo de tiempo.
- Requiere tratamiento y evaluación de la condición regulares y continuos por parte del personal adecuado de cuidado de la salud.

Ejemplos son:

- Miembros diagnosticados con enfermedades respiratorias (tales como enfermedad pulmonar obstructiva crónica [COPD], asma crónica o fibrosis quística), diabetes, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, VIH o SIDA.
- Niños miembros que reciben servicios de terapia continua, que pueden incluir terapia física, terapia del habla o terapia ocupacional (como por más de 6 meses).
- Miembros que reciben servicios de cuidado personal, servicios privados de enfermería o servicios de Centro de Cuidado Ampliado Pediátrico Recetado.

MSHN también incluye lo siguiente:

- Participantes del programa de intervención a edad temprana (ECI).
- Mujeres embarazadas que tienen un embarazo de alto riesgo incluyendo aquellas que:
 - Tienen de 35 años en adelante o 15 años o menos
 - Tienen diagnóstico de preeclampsia, presión arterial alta o diabetes
 - Tienen diagnóstico de trastornos de salud mental o uso de sustancias
 - Tienen un parto prematuro anterior, según lo identifica el informe de riesgo perinatal
- Personas que tienen una enfermedad mental con un trastorno de uso de sustancias.
- Personas que tienen problemas de salud del comportamiento, incluyendo trastornos por el uso de sustancias o trastorno emocional grave (SED) o enfermedad mental persistente y graves (SPMI), que afecta su salud física y su capacidad para seguir planes de tratamiento.
- Miembros con casos catastróficos de alto costo o alta utilización de servicios, tales como alto volumen de visitas a la sala de emergencias o al hospital.

Tenemos un sistema para identificar y ponernos en contacto con MSHCN. También puede pedir una evaluación para averiguar si cumple con los criterios para MSHCN.

¿Qué es coordinación de servicios para miembros con necesidades especiales de cuidado de la salud? ¿Cómo puedo obtener coordinación de servicios?

Llamamos coordinación de servicios para MSHCN al trabajo que hace usted junto con un coordinador de servicios que le ayuda a obtener cuidados y servicios cubiertos para tratar una condición médica. Un coordinador de servicios calificado trabajará con usted para desarrollar un plan de servicio y asegurar que todos sus cuidados y servicios funcionen en conjunto. Su coordinador de servicios trabajará con usted y sus médicos para asegurar que usted reciba el cuidado y los servicios que necesita. También puede tener un especialista que actúe como su proveedor de atención primaria.

¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?

Le ayudará a obtener los servicios que necesita de esta manera:

- Identificará sus necesidades de cuidado de la salud a través de una evaluación.
- Creará un plan de servicios para satisfacer esas necesidades.
- Analizará el plan con usted, su familia y su representante (si fuese necesario) para asegurar que usted lo entienda y lo acepte.
- Le ayudará a recibir los servicios necesarios.
- Trabjará en equipo con usted y sus médicos.
- Garantizará que todos los cuidados de la salud y otros servicios que pueda obtener fuera de Amerigroup estén coordinados.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

No necesita una remisión de un médico para hablar con un coordinador de servicios. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** y solicite hablar con uno. Los coordinadores de servicios están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Si no hay uno disponible, puede dejar un mensaje de voz confidencial.

¿Qué es manejo de caso?

Si usted no reúne los requisitos para la coordinación de servicios de MSHCN, también contamos con un programa de administración de casos.

A través de este programa, contamos con administradores de casos que pueden ayudarle a manejar los eventos críticos y los problemas de salud que pueden prolongarse por un tiempo. Un administrador de casos le ayudará a manejar sus necesidades de cuidado de la salud. Para comunicarse con un administrador de casos, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** y solicite hablar con uno. Están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Si necesita dejar un mensaje, tienen un correo de voz confidencial disponible las 24 horas del día.

¿Qué otros servicios puede Amerigroup ayudarme a recibir?

Podemos ayudarlo a recibir algunos servicios cubiertos por Medicaid de pago por servicios en lugar de Amerigroup. No necesita un referido de su doctor para recibir estos servicios. Los beneficios de Medicaid de pago por servicios incluyen:

- Servicio dental de Pasos Sanos de Texas (incluyendo ortodoncia) — Los miembros de Medicaid hasta los 20 años pueden recibir beneficios dentales a través de una organización dental de cuidado administrado.
- Investigación dirigida al entorno (ELI) de Pasos Sanos de Texas.
- Servicios de cuidado personal de Pasos Sanos de Texas para miembros desde el nacimiento hasta los 20 años.
- Manejo de caso/coordinación de servicios de intervención a edad temprana (ECI).
- Capacitación de habilidades especializadas del ECI.
- Servicios de salud escolar y relacionados de Texas (SHARS).
- Programa de descubrimiento vocacional y desarrollo para niños ciegos del Department of Assistive and Rehabilitative Services.
- Servicios contra la tuberculosis provistos por proveedores aprobados por el Department of State Health Services (DSHS) (terapia observada directamente e investigación de contacto).
- Servicios de primera opción comunitaria (CFC).

CUIDADO DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS

¿Qué significa necesario por motivos médicos?

Su doctor lo ayudará a recibir los servicios que usted necesite que sean necesarios por motivos médicos según se define a continuación.

Medicamento necesario significa:

- 1) Para los miembros desde nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - a) Servicios de detección y para la vista y la audición.

- 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 o una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:
- Tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de *Alberto N., et al. v. Traylor, et al.*; y
 - 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 abuso de sustancias que:
- a) Son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que 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.
- 3) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:
- a) Son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o 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.

Si tiene preguntas con respecto a una autorización, una solicitud de servicios o una pregunta de administración de utilización, puede llamarnos al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?

El director médico de Amerigroup y nuestros proveedores ven los avances en la tecnología médica y nuevas maneras para usar la tecnología médica existente. Vemos los avances en:

- Procedimientos médicos.
- Procedimientos de salud del comportamiento.
- Medicamentos.
- Dispositivos.

Revisamos la información científica y aprobaciones gubernamentales para encontrar el tratamiento que funcione y sea seguro. Consideraremos cubrir la nueva tecnología solo si esta ofrece resultados iguales o mejores que el tratamiento o la terapia existentes cubiertos.

¿Qué es cuidado médico de rutina?

El cuidado de rutina incluye chequeos regulares, cuidado y citas preventivas para lesiones y enfermedades menores. Su proveedor de cuidado primario lo atiende cuando no se está sintiendo bien, pero eso solo es parte de su trabajo. Este también lo cuida antes de enfermarse. Esto se llama cuidado de bienestar. Vea las secciones **¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?** y **¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?** de este manual para saber más.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted debería poder ver a su doctor en un plazo de 2 semanas para cuidado de rutina.

¿Qué es la atención médica urgente?

La **atención urgente** es otro tipo de atención. Hay algunas enfermedades y lesiones que quizás no sean emergencias pero pueden convertirse en una emergencia si no se tratan dentro de 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Quemaduras o cortadas pequeñas.
- Dolores de oído.
- Dolores de garganta.
- Torceduras o esguinces musculares.

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

Para la atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el doctor quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el doctor le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Medicaid de Amerigroup. Para recibir ayuda, llámenos gratis al **800-600-4441 (TTY 711)**. También puede llamar a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al mismo número para que le ayuden a obtener la atención que necesita.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

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 Medicaid de Amerigroup.

¿Qué es cuidado médico de emergencia?

Después del cuidado de rutina y el urgente, el tercer tipo es **cuidado de emergencia**. Si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si quiere consejos médicos, llame a su proveedor de cuidado primario o a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los siete días de la semana al **800-600-4441 (TTY 711)**. Reciba el cuidado médico lo más pronto posible.

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.
5. En el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del 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 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.
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 posestabilización.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted debería poder ver a su doctor inmediatamente para cuidado de emergencia.

¿Que es la posestabilización?

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

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

Amerigroup cubre servicios limitados dentales de emergencia en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, lo cual incluye el pago para lo siguiente:

- Tratamiento para luxación mandibular.
- Tratamiento para traumatismo de los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.
- Hospital, doctores y servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

¿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 **800-600-4441 (TTY 711)** o llame al 911.

¿Cuán pronto puedo ver a mi doctor?

Sabemos cuán importante es para usted ver a su doctor. Trabajamos con los proveedores en nuestro plan para asegurarnos de que usted pueda verlos cuando lo necesite. A nuestros proveedores se les exige seguir los estándares de acceso listados a continuación.

Nombre del estándar	Amerigroup
Servicios de emergencia	Tan pronto usted llegue al proveedor buscando cuidado
Cuidado urgente	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Cuidado primario de rutina	En un plazo de 14 días de la solicitud
Cuidado especializado de rutina	En un plazo de 3 semanas de la solicitud
Visita de seguimiento de cuidado primario después de una visita a la sala de emergencias o que lo den de alta del hospital	En un plazo de 14 días de la visita o alta
Cuidado después de horas laborales	Los proveedores de cuidado primario están disponibles 24/7 directamente o a través de un servicio de contestador automático. Refiérase a la sección ¿Cómo recibo cuidado médico después de que el consultorio de mi proveedor de cuidado primario esté cerrado? de este manual.

Nombre del estándar	Amerigroup
Salud preventiva	
Niños (nuevo miembro)	Nuevos miembros desde el nacimiento hasta los 20 años de edad, tan pronto sea posible y a más tardar en 90 días después de la inscripción
Niños menores de 6 meses de edad	En un plazo de 14 días de la solicitud
Miembros de 6 meses hasta 20 años de edad	En un plazo de 60 días de la solicitud
Miembros de 21 años en adelante	En un plazo de 90 días de la solicitud
Cuidado prenatal	
Visita inicial	En un plazo de 14 días de la solicitud
Visita inicial para alto riesgo o 3er trimestre	En un plazo de 5 días o inmediatamente, si existe una emergencia
Después de la visita inicial	Basado en el plan de tratamiento del proveedor
Salud del comportamiento	
Emergencia que no amenaza la vida	En un plazo de 6 horas de la solicitud
Cuidado urgente	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Visita inicial para cuidado de rutina	Lo más temprano de 10 días laborales o 14 días calendario a partir de la solicitud
Visita de seguimiento para cuidado de rutina	En un plazo de 3 semanas de la solicitud
Visita de seguimiento después de una hospitalización	En un plazo de siete días del alta

Debe llamar a su proveedor de cuidado primario dentro de las 24 horas siguientes a su visita a la sala de emergencias. Si no puede llamar, pídale a alguna otra persona que llame por usted. Su doctor le dará o programará cualquier cuidado de seguimiento que necesite.

¿Cómo recibo cuidado médico después de que el consultorio de mi proveedor de cuidado primario esté cerrado?

La ayuda de parte de su proveedor de cuidado primario está disponible las 24 horas del día. Si llama al consultorio de su proveedor de cuidado primario cuando está cerrado, deje un mensaje con su nombre y número telefónico donde lo puedan localizar. Alguien debería devolverle la llamada dentro de 30 minutos para decirle lo que debe hacer. También puede llamar por ayuda a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas las 24 horas del día, los siete días de la semana, para hablar con una enfermera en cualquier momento.

Si cree que necesita cuidado de emergencia, llame al **911** o vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana. Refiérase a la sección **¿Qué es cuidado médico de emergencia?** de este manual para ayudarlo a decidir si necesita cuidado 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 **800-600-4441 (TTY 711)** y le ayudaremos a encontrar a un doctor. Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Qué pasa si estoy fuera del estado?

Si está fuera de Texas y necesita cuidado médico, llámenos a la línea gratuita al **800-600-4441 (TTY 711)**. Si necesita cuidado de emergencia, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al **911**.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

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

Su proveedor de cuidado primario puede atender la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud, pero también puede necesitar cuidado de otros tipos de doctores. Estos doctores se llaman especialistas, porque tienen entrenamiento en un área especial de la medicina. Ejemplos de especialistas son:

- Alergólogos (doctores que tratan alergias).
- Dermatólogos (doctores de la piel).
- Cardiólogos (doctores del corazón).
- Podiatras (doctores de los pies).
- Oncólogos (doctores que tratan cáncer).

Cubrimos servicios de muchos tipos diferentes de doctores que proveen cuidado de especialista. Si su proveedor de cuidado primario no puede darle el cuidado necesario, este puede referirlo a un especialista de nuestro plan. Si tiene discapacidades, necesidades especiales de cuidado de salud, o condiciones complejas crónicas, un especialista puede servir como su proveedor de cuidado primario, si el especialista acepta prestar sus servicios de cuidado primario. Llame a Servicios para Miembros de manera que podamos organizar esto para usted.

¿Qué es un referido?

Un referido es cuando su proveedor de cuidado primario lo envía a otro doctor o servicio para cuidado. Su proveedor de cuidado primario puede referirlo a un especialista de nuestro plan si este no puede darle el cuidado que necesita.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un especialista?

Usted podrá ver a un especialista en un plazo de 3 semanas desde cuando llamó al consultorio del especialista.

¿Qué servicios no necesitan un referido?

No necesita un referido de su proveedor de cuidado primario con el fin de recibir cuidado necesario de proveedores de nuestro plan. Siempre es mejor hablar primero con su proveedor

de cuidado primario acerca de cualquier cuidado adicional que necesite. Su proveedor de cuidado primario puede informarle acerca de otros doctores en nuestro plan y ayudar a coordinar todo el cuidado que usted recibe.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Usted tiene derecho a pedir una segunda opinión sobre los servicios de cuidado de la salud que necesita. Esto no le cuesta nada a usted. Puede obtener una segunda opinión de un doctor en nuestro plan. Si no hay disponible uno para una segunda opinión, su proveedor de cuidado primario puede presentar una solicitud para que autoricemos una vista a un proveedor que no sea de la red.

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

Algunas veces el estrés de la vida puede llevar a depresión, ansiedad, problemas matrimoniales y familiares o abuso de alcohol y drogas. Si usted o alguien de su familia están teniendo este tipo de problemas, tenemos doctores que pueden ayudar. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** por ayuda para encontrar un doctor que lo ayudará. Todos los servicios y tratamientos son estrictamente confidenciales.

¿Necesito un referido para esto?

No necesita un referido para recibir ayuda para problemas de salud del comportamiento, alcohol o drogas.

¿Qué son servicios de rehabilitación de salud mental y manejo de caso dirigido de salud mental?

Los servicios de rehabilitación de salud mental le ayudan a mantener la independencia en su hogar y la comunidad, tales como:

- Entrenamiento y apoyo de medicamentos.
- Servicios de rehabilitación psicosocial.
- Entrenamiento y desarrollo de habilidades.
- Intervención de crisis.
- Programa diurno para necesidades agudas.

El manejo de caso dirigido de salud mental le ayuda a acceder a servicios y apoyos médicos, sociales, educativos y de otra naturaleza que pueden ayudar a mejorar su salud y capacidad para funcionar. Estos servicios están disponibles si los necesita en base a una evaluación estandarizada adecuada por un profesional de salud mental.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener más información sobre los recursos disponibles.

¿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 tal vez pida el medicamento recetado por usted.

Usted o sus hijos pueden obtener tantas recetas como sea necesario por motivos médicos de la lista de medicamentos del Vendor Drug Program (VDP). Puede ir a cualquier farmacia del plan de Amerigroup para abastecer su receta, a menos que esté en el Programa Lock-in de Medicaid.

Debe usar la misma farmacia cada vez que necesite medicamentos. De esta forma, su farmacéutico conocerá todos los medicamentos que usted está tomando. Este puede decirle acerca de las interacciones y efectos secundarios del medicamento. Si usa otra farmacia, debe informarle al farmacéutico sobre cualquier otro medicamento que esté tomando.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Para encontrar una farmacia en nuestro plan, vaya a nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX y seleccione **Find a Doctor (Encontrar un doctor)**. Puede buscar una farmacia que le quede cerca. Si necesita ayuda también puede pedírsela al farmacéutico o llamar a Servicios para Miembros.

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

El farmacéutico le explicará que ellos no aceptan Amerigroup. Deberá llevar su receta a una farmacia en nuestro plan.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Cuando vaya a su farmacia debe llevar:

- Su(s) receta(s) o botella(s) de medicamentos.
- Su tarjeta de identificación de Amerigroup.
- La tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid.

¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicamentos?

Muchas farmacias ofrecen servicios de entrega. Pregunte a su farmacéutico si ellos pueden entregar a domicilio.

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

Si tiene problemas para recibir sus medicamentos cubiertos por Amerigroup, llámenos al **833-235-2022 (TTY 711)**. Trabajaremos con usted y su farmacia para asegurarnos de que reciba el medicamento que necesita.

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

Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación previa. Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 días. Llame a Amerigroup al **833-235-2022 (TTY 711)** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos. Pídale a su farmacéutico que le despache un suministro de 3 días.

¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?

Si pierde sus medicamentos o se los roban, pida a su farmacéutico que llame a Servicios para Proveedores al **800-454-3730**.

¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?

Su doctor puede elegir medicamentos de la lista de medicamentos del Programa de medicamentos de proveedor (VDP) de Texas. Incluye todos los medicamentos cubiertos por Medicaid.

Para ver esta lista, vaya a la página del Formulario de medicamentos de proveedor de Texas en txvendordrug.com/formulary.

Su medicamento puede estar disponible como genérico. Un medicamento genérico tiene la misma indicación de la Food and Drug Administration (FDA) que el medicamento de marca correspondiente y está aprobado por la FDA. Esto significa que ambos medicamentos están aprobados para el tratamiento de las mismas condiciones. Por lo general, su farmacia le dará el medicamento genérico que está en el formulario del Programa de medicamentos de proveedor (VDP). Si su receta dice que usted necesita el medicamento de marca, cubriremos el medicamento de marca en lugar de darle un genérico.

¿Cómo transfiero mis recetas a una farmacia del plan?

Si necesita transferir sus recetas, todo lo que debe hacer es:

- Llamar a la farmacia del plan más cercana y dar al farmacéutico la información necesaria, o
- Traer el envase de su medicamento a la nueva farmacia y ellos manejarán el resto.

¿Tendré un copago?

Los miembros de Medicaid no tienen copagos.

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy de viaje?

Si necesita un reabastecimiento mientras está de viaje, llame a su doctor para que le haga una nueva receta y usted se la pueda llevar. Si usted recibe medicamentos de una farmacia que no está en el plan de Amerigroup, entonces tendrá que pagar por ese medicamento. Si paga un medicamento, puede presentar una solicitud para reembolso. Llámenos al **833-235-2022 (TTY 711)** para obtener información sobre cómo conseguir un formulario de reembolso y presentar un reclamo.

¿Qué pasa si pagué una medicina de mi bolsillo y quiero que me hagan el reembolso?

Si tuvo que pagar por una medicina, puede presentar una solicitud para reembolso. Llámenos al **833-235-2022 (TTY 711)** para obtener un formulario de reembolso y presentar un reclamo. El formulario de reembolso también está disponible en línea en myamerigroup.com/TX bajo **Beneficios para Farmacia**.

¿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, Amerigroup 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), Amerigroup 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 **800-600-4441 (TTY 711)** para más información sobre estos beneficios.

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

Amerigroup organizará servicios de consejería y educación sobre planificación de un embarazo o prevención del embarazo. Puede llamar a su proveedor de cuidado primario para obtener ayuda o vaya a cualquier proveedor de planificación familiar de Medicaid. Un doctor no puede requerir el consentimiento de los padres para que los menores reciban servicios de planificación familiar y debe mantener el uso de planificación familiar confidencial.

¿Necesito un referido para esto?

No necesita un referido de su doctor.

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

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en <https://healthytexaswomen.org/family-planning-program>, o puede llamar a Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)** para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

¿Qué es la administración de casos para mujeres embarazadas y niños?

Administración de casos para mujeres embarazadas y niños

¿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 obtener un administrador de casos?

Comuníquese con Amerigroup para obtener más información o llame a Pasos Sanos de Texas al **877-847-8377** (llamada gratuita) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

- Amerigroup Teléfono de administración de casos: **800-600-4441 (TTY 711)**
- Sitio web de Amerigroup: **myamerigroup.com/TX**

¿Qué es intervención a edad temprana (ECI)?

ECI es un programa estatal para familias con niños desde el nacimiento hasta los 3 años que tienen discapacidades y retrasos del desarrollo. ECI ayuda a las familias a apoyar a sus hijos a través de servicios de desarrollo. ECI evalúa y determina, sin costo para las familias, para ver si son elegibles y qué servicios necesitarán. Las familias y los profesionales trabajan juntos para planificar servicios basados en necesidades únicas del niño y la familia.

La Health and Human Services Commission (HHSC) es la agencia estatal responsable por el ECI. Un programa local de ECI determinará si el niño puede recibir servicios de ECI y desarrollará un plan de servicio individual del niño. Amerigroup es responsable de pagar los servicios en el plan.

¿Necesito un referido para esto?

No necesita un referido del doctor de su hijo para recibir estos servicios.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Para obtener información sobre los servicios de ECI y otros recursos, llame a la HHS Office of the Ombudsman al **877-787-8999**, seleccione un idioma, luego seleccione la opción 3. También puede buscar en línea un programa ECI cerca de usted. Vaya a la página de búsqueda del programa ECI en <https://citysearch.hhsc.state.tx.us>.

La participación en el programa ECI es voluntaria. Si escoge no usar un programa local de ECI, Amerigroup debe proveer los servicios necesarios por motivos médicos para su hijo. Llámenos al **800-600-4441 (TTY 711)** si necesita ayuda para recibir estos servicios.

¿Qué es Head Start?

Head Start es un programa para ayudar a los niños de hasta 5 años de edad a prepararse para la escuela. Este programa puede ayudar con:

- Idioma.
- Alfabetización.
- Desarrollo social y emocional.

Para encontrar un programa de Head Start cerca de usted, llame a la línea gratuita al **866-763-6481** o vaya al sitio web <http://www.benefits.gov/benefits/benefit-details/1941>.

¿Qué es Pasos Sanos de Texas?

¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

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

Pasos Sanos de Texas 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 Texas:

- 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.

Cuándo programar un examen:

- Usted recibirá una carta de Pasos Sanos de Texas que dice cuándo le toca un examen.
- Llame al doctor o dentista 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.
- Servicios dentales
- Otros tipos de atención médica.
- Tratamiento de otros padecimientos médicos.

Llame a Servicios para Miembros de Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)** o gratis a Pasos Sanos de Texas al **877-847-8377 (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 Texas.
- 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.

¿Cómo y cuándo recibo cheques médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?

La primera visita de niño sano se dará en el hospital justo después del nacimiento de su bebé. Para las siguientes 6 visitas, debe llevar a su bebé al consultorio de su doctor. Los niños necesitan estos chequeos aun cuando estén sanos. Su hijo necesita hacerse chequeos a estas edades.

Programación de chequeos médicos de Pasos Sanos de Texas para su hijo	
Nacimiento	9 meses de edad
3–5 días	12 meses de edad
2 semanas de edad	15 meses de edad
2 meses de edad	18 meses de edad
4 meses de edad	2 años de edad
6 meses de edad	2 1/2 años de edad
<p>Después de los 2 1/2 años de edad su hijo debe visitar al doctor cada año. Amerigroup exhorta y cubre chequeos anuales para niños de 3 hasta 20 años de edad.</p>	

Asegúrese de hacer estas citas. Lleve a su hijo a su doctor cuando esté programado.

¿Tiene que ser mi doctor parte del plan de Amerigroup?

Su hijo puede ver a cualquier doctor de Pasos Sanos de Texas para estos chequeos. El doctor de Pasos Sanos de Texas no tiene que estar en nuestro plan.

¿Necesito tener un referido?

Su hijo puede recibir cuidado de Pasos Sanos de Texas sin un referido.

¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?

Si no puede ir a su cita, debe llamar a su doctor y cancelar. Puede hacer una nueva cita cuando llama.

¿Qué debe hacer si está fuera de la ciudad y su hijo tiene una visita de Pasos Sanos de Texas?

Si está fuera de la ciudad y su hijo tiene una visita de Pasos Sanos de Texas, llame al consultorio de su doctor o a Servicios para Miembros por ayuda.

¿Y si soy trabajador de campo migrante?

Los trabajadores agrícolas migrantes se trasladan a distintos lugares para ir detrás del trabajo agrícola de temporada. Ellos podrían trabajar en granjas, en campos, como procesador o empacador de alimentos, o con productos lácteos, aves de corral o ganado durante ciertas épocas del año. Si piensa salir de la región, puede recibir su examen más pronto. Si usted nos llama y nos dice que es un trabajador agrícola migrante:

- Le ayudaremos a encontrar doctores y clínicas y le ayudaremos a programar citas.
- Les informaremos a los doctores que usted debe ser visto rápidamente porque tal vez usted tenga que abandonar el área para ir a su siguiente trabajo.

¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?

Permanecer sanos significa recibir chequeos regulares. Use el cuadro de abajo para asegurarse de estar al día con sus exámenes anuales de bienestar.

Programa de visitas de bienestar para miembros adultos		
TIPO DE EXAMEN	¿QUIÉN LO NECESITA?	¿CUÁN FRECUENTE?
Visita de bienestar	21 años en adelante	Cada año
Examen pélvico	Mujeres de 18 años en adelante	Cada año
Examen de Papanicolau	Mujeres de 21–29 años de edad	Solo examen de Papanicolau — cada 3 años
	Mujeres de 30–65 años de edad	Solo examen de Papanicolau — cada 3 años Análisis conjunto de examen de Papanicolau/virus del papiloma humano (VPH) — cada 5 años
Examen clínico de mamas	Mujeres de 20-39 años	Cada 3 años
	40 años en adelante	Cada año
Autoexamen de mamas	Mujeres de 20 años en adelante	Una vez al mes
Mamografías (radiografía de mamas)	Mujeres de 40 años en adelante	Cada año o según lo recomendado por su doctor
Análisis de sangre oculta en las heces	50 años en adelante	Cada año
Sigmoidoscopia y DRE/PSA o colonoscopia y DRE/PSA	50 años en adelante	Cada 5 años

¿Qué debo hacer si pierdo mis visitas de bienestar o el chequeo de Pasos Sanos de Texas de mi hijo?

Si usted o su hijo no acuden a una visita de bienestar a tiempo, haga una cita con su doctor lo antes posible. Si necesita ayuda para programar la cita, llame a Servicios para Miembros. Si su hijo no visitó a su doctor a tiempo, le enviaremos una tarjeta para recordarle que debe programar la cita de Pasos Sanos de Texas para su hijo.

SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT)

¿Qué son los servicios de NEMT?

Los servicios de NEMT proporcionan transporte a las citas médicas que no son de emergencia para los miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen los traslados al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares en los que usted recibe servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen viajes en ambulancia.

¿Que servicios forman parte de los servicios de NEMT?

- Pases o boletos para transporte, como el transporte público en y entre ciudades o estados, incluyendo el tren o el autobús.
- Servicios de transporte aéreo comercial.
- Servicios de transporte a la demanda, que es el transporte desde su casa al lugar de la cita en autobús privado, minivan o automóvil, incluidos los vehículos accesibles para sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso del millaje para un participante a cargo del transporte individual (ITP) por un viaje verificado y completo a un servicio médico cubierto. El ITP puede ser usted, un responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo de las comidas relacionadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios médicos. La tarifa diaria de las comidas es de \$25 por día para usted y \$25 por día para un acompañante aprobado.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo del alojamiento relacionado con un viaje de larga distancia para obtener servicios médicos. Los servicios de alojamiento se limitan a la estancia de una noche y no incluyen los servicios utilizados durante la estancia, como llamadas telefónicas, servicio de habitaciones o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios de NEMT autorizados.

Si necesita que un acompañante viaje a su cita con usted, servicios de NEMT cubrirá los gastos de transporte de su acompañante.

Los niños de 14 años o menos deben ir acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado. Los jóvenes de 15 a 17 años deben ir acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado o tener el consentimiento de un padre, tutor u otro adulto autorizado en los archivos para viajar solos. El consentimiento de los padres no es necesario si el servicio médico es de carácter confidencial.

Cómo obtener transporte

Su MCO le proporcionará información sobre cómo solicitar servicios de NEMT. Debe solicitar los servicios NEMT con la mayor anticipación posible, y al menos dos días hábiles antes de necesitar el servicio de NEMT. Solo en determinadas circunstancias, podrá solicitar el servicio NEMT con menos anticipación. Estas circunstancias incluyen la recogida después de recibir el alta de un hospital; los viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y los viajes por problemas de salud urgentes. Un problema de salud urgente es aquel que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o doloroso como para requerir tratamiento en un plazo de 24 horas.

En caso de cancelación de la cita médica, deberá notificar a su MCO tan pronto como sea posible antes del viaje aprobado y programado.

Si tiene una emergencia y necesita transporte, llame al 911 para una ambulancia. También puede consultar la sección **¿Qué es cuidado médico de emergencia?** de este manual para saber más.

¿Qué pasa si no puedo ser transportado por taxi, camioneta u otros vehículos estándares para ir a citas de cuidado de la salud?

Si usted tiene una condición médica que ocasiona que necesite una ambulancia para llevarlo a citas de cuidado de la salud, su doctor puede enviar una solicitud a Amerigroup. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener información sobre cómo su doctor puede enviar una solicitud.

Si necesita una ambulancia para una emergencia, su doctor no tiene que enviar una solicitud.

¿Cómo recibo servicios de cuidado de la vista?

Los miembros de Amerigroup Medicaid son elegibles para beneficios de cuidado de la vista. No necesita un referido de su doctor para estos beneficios. Llame a Superior Vision of Texas al **800-428-8789** si necesita ayuda para encontrar un doctor de ojos (optometrista) del plan en su área.

Los niños hasta los 20 años de edad reciben cobertura para un examen de la vista una vez cada 12 meses y marcos y lentes o lentes de contacto necesarios por motivos médicos una vez cada 24, o cuando de otra forma sea necesario por motivos médicos. Los miembros adultos de 21 años de edad en adelante reciben cobertura para un examen de la vista y marcos y lentes o lentes de contacto necesarios por motivos médicos cada 24 meses.

¿Qué servicios dentales cubre Amerigroup para los niños?

Amerigroup cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro de servicio ambulatorio, lo cual incluye, pero no limitado a, el pago para lo siguiente:

- Tratamiento para luxación de la mandíbula
- Tratamiento para lesiones traumáticas a los dientes y las estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías

Amerigroup cubre el hospital, doctores y servicios médicos relacionados de los padecimientos anteriores. Esto incluye los servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia u otros medicamentos.

Amerigroup también es responsable de pagar el tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

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

- DentaQuest **800-516-0165**

- MCNA Dental **800-494-6262**
- UnitedHealthcare **877-901-7321**

¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi médico? ¿A quién debo llamar para un intérprete?

Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para decirnos si necesita un intérprete por lo menos 24 horas antes de su cita. Este servicio está disponible para visitas al doctor sin costo para usted.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Infórmenos por lo menos 24 horas antes de su cita si necesita un intérprete. Si pide un intérprete menos de 24 horas antes de su cita, aún haremos nuestro mejor esfuerzo para tener un intérprete a su disposición.

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

Llame a Servicios para Miembros si necesita un intérprete cuando hable con su proveedor en el consultorio.

¿Qué pasa si necesito cuidado de obstetricia/ginecología?

Los miembros femeninos pueden ver a un obstetra o ginecólogo (OB/GYN) del plan de Amerigroup para sus necesidades de cuidado de la salud.

AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER:

Amerigroup le permite escoger a cualquier ginecoobstetra, esté o no en la misma red que su proveedor de cuidado primario. El ginecoobstetra que escoja debe estar en el plan de Amerigroup.

¿Tengo derecho a elegir un ginecoobstetra?

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envío a 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.

¿Cómo escojo a un obstetra/ginecólogo?

No se le exige que escoja un médico de ginecología/obstetricia. Sin embargo, si está embarazada, debe elegir uno para que la atienda. Puede escoger cualquier médico de obstetricia/ginecología listado en el directorio de proveedores de Amerigroup. Si necesita ayuda para elegir uno, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

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

Si no desea acudir a un obstetra/ginecólogo, su proveedor de cuidado primario puede ser capaz de atender sus necesidades médicas de cuidado de la salud. Pregunte a su proveedor de cuidado

primario si este puede darle cuidado de obstetricia/ginecología. De no ser así, debe ver a un obstetra/ginecólogo. Encontrará una lista de obstetras/ginecólogos en el directorio de proveedores de Amerigroup. También puede buscar uno en nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX, bajo la pestaña **Find a Doctor (Encontrar un doctor)**.

¿Necesitaré un referido?

No necesita un referido. Puede ver solo a un obstetra/ginecólogo en un mes, pero puede visitar al mismo más de una vez durante ese mes, de ser necesario.

¿Cuán pronto puedo ser atendida después de contactar a mi obstetra/ginecólogo para una cita?

Su obstetra/ginecólogo la debe ver en un plazo de 2 semanas. De ser necesario, podemos ayudarla a encontrar un obstetra/ginecólogo en nuestro plan.

¿Puedo seguir con mi obstetra/ginecólogo si él o ella no está con Amerigroup?

En algunos casos, usted podrá seguir acudiendo a un obstetra/ginecólogo que no esté en nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para saber más.

¿Qué pasa si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?

Si piensa que está embarazada, llame a su proveedor de cuidado primario o al proveedor de obstetricia/ginecología inmediatamente. No necesita una remisión de su proveedor de cuidado primario.

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Amerigroup a embarazadas?

Es muy importante que acuda a su doctor u obstetra/ginecólogo para cuidado cuando esté embarazada. Esta clase de cuidado se conoce como cuidado prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé sano. Siempre es importante el cuidado prenatal, aún si ya ha tenido un bebé.

Nuestro programa Taking Care of Baby and Me® ofrece a mujeres embarazadas información sobre salud y tarjetas de regalo por recibir atención prenatal y post-parto. Puede obtener un encargado de cuidado para ayudarla a recibir el cuidado prenatal y los servicios que necesita durante su embarazo y hasta su chequeo postparto. Su encargado de cuidado puede llamarla para ver cómo está y responder preguntas. Este también puede ayudarla a encontrar recursos prenatales en su comunidad. Para saber más sobre el programa Taking Care of Baby and Me, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con necesidades complicadas de cuidado de la salud. Las enfermeras encargadas de cuidado trabajan estrechamente con estas miembros para proporcionar:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de cuidados del doctor.
- Información sobre servicios y recursos en la comunidad, tales como transporte, el programa Women, Infants, and Children (WIC), lactancia y consejería.

Nuestras enfermeras trabajan con los doctores para ayudar a mantenerla sana y que dé a luz bebés sanos.

My Advocate®

Como parte de Taking Care of Baby and Me, usted también es parte de My Advocate el cual brinda educación sobre la salud prenatal, postparto e infantil por teléfono, la Internet y aplicación de teléfono inteligente que sea útil y divertida. Se familiarizará con MaryBeth, la personalidad automatizada de My Advocate. MaryBeth responde a sus necesidades cambiantes a medida que crece y se desarrolla su bebé. Usted puede contar con:

- Educación que puede usar.
- Comunicación con su encargado de cuidado basado en mensajes de My Advocate si surgen preguntas o dudas.
- Un programa fácil de comunicaciones.
- Sin costo para usted.

Con My Advocate, su información se mantiene segura y privada. Cada vez que MaryBeth llama, le preguntará por su año de nacimiento. No dude en decirle. Ella necesita la información para estar segura de que está hablando con la persona correcta.

Ayudar a que usted y su bebé se mantengan sanos

My Advocate le da respuestas a sus preguntas, además de apoyo médico si lo necesita. Habrá una llamada importante de examen de detección de salud seguida por un alcance educativo continuo. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y contestar una o dos preguntas por teléfono. Si le dice a MaryBeth que tiene un problema, recibirá una llamada de vuelta de un administrador de cuidados. Los temas de My Advocate incluyen:

- Cuidado para el embarazo y postparto.
- Cuidado de niño sano.
- Depresión postparto.
- Vacunas.
- Consejos para una vida saludable.

Para saber más sobre My Advocate, visite myadvocatehelps.com.

Mientras esté embarazada, es especialmente importante cuidar de su salud. Puede obtener alimentos saludables del programa Women, Infants, and Children (WIC). Servicios para Miembros puede darle el número telefónico del programa WIC más cercano a usted. Solo llámenos.

Le enviaremos un libro educativo, llamado Guía de recursos para el embarazo y más allá. Este libro incluye:

- Un libro de autocuidados con información sobre su embarazo.
- Una sección del libro para anotar cosas que suceden durante su embarazo.
- Detalles sobre My Advocate que le informa sobre el programa y cómo inscribirse y recibir información de salud en su teléfono mediante voz automatizada, la Internet o aplicación de teléfono inteligente.

- Una sección de Labor de parto, parto y más allá con información sobre lo que debe esperar durante su tercer trimestre.
- Una sección del libro sobre cómo tener un bebé sano, la depresión posparto y los cuidados para su recién nacido con recursos útiles.
- Información sobre cómo hacer un plan de vida familiar y anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC).

Cuando está embarazada, debe acudir a su doctor u obstetra/ginecólogo por lo menos:

- Cada 4 semanas durante los primeros 6 meses.
- Cada 2 semanas durante el 7mo y 8avo mes.
- Cada semana durante el último mes.

Puede que su doctor u obstetra/ginecólogo deseen que vaya más veces basado en sus necesidades de salud.

Programas de NICU

Para padres de infantes admitidos a la unidad neonatal de cuidados intensivos (NICU), les ofrecemos el programa Usted y su bebé en la NICU y un programa para Trastorno por estrés postraumático de la NICU (NICU PTSD.) Los padres reciben educación y apoyo para estar involucrados en el cuidado de sus bebés, visitan la NICU, interactúan con los proveedores de cuidado del hospital y se preparan para el alta. A los padres les dan un recurso educativo que detalla estrategias exitosas que pueden usar para trabajar con el equipo de cuidados. El programa NICU PTSD busca mejorar los resultados para las familias y los bebés que están en la NICU evaluando y ayudando a hacer referido a tratamiento para PTSD en los padres. Este programa apoya a las madres y familias en riesgo de PTSD debido a la experiencia estresante de tener un bebé en la NICU.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de parto?

Llámenos al **800-600-4441 (TTY 711)** para saber cuáles centros de parto están en nuestro plan.

¿Puedo escoger un proveedor de cuidado primario para mi bebé antes de que nazca?

Sí, puede escoger un proveedor de cuidado primario para su bebé antes de que este nazca.

Cuando tenga a un nuevo bebé

Cuando dé a luz a su bebé, usted y el bebé deben quedarse en el hospital por lo menos:

- 48 horas después de un parto vaginal.
- 96 horas después de una cesárea.

Puede quedarse menos tiempo en el hospital si su doctor y el doctor del bebé observan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé se van del hospital antes de tiempo, su doctor puede pedir que una enfermera la visite en su casa en un plazo de 48 horas.

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

Para cambiar el proveedor de cuidado primario de su bebé, vaya al enlace **Find a Doctor (Encontrar un doctor)** en myamerigroup.com/TX. Mientras esté ahí, puede encontrar uno nuevo en nuestro plan y cambiar su proveedor de cuidado primario. Para hacer el cambio en línea, deberá registrarse primero. Una vez se registre, inicie sesión y actualice su proveedor de cuidado primario.

También puede llamar a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar uno nuevo. Podemos cambiar el proveedor de cuidado primario de su hijo el mismo día que pide el cambio. El cambio tendrá lugar inmediatamente. Llame al consultorio del proveedor de cuidado primario si desea hacer una cita. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame a Servicios para Miembros.

¿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 **800-964-2777**.

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

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?

El hospital donde nace su bebé debe ayudarla a iniciar el proceso de solicitud de Medicaid para su bebé. Consulte con la trabajadora social del hospital antes de irse a casa para asegurarse de que la solicitud esté completa. También debe llamar al **2-1-1** para encontrar su oficina local de la Health and Human Services Commission (HHSC) para asegurarse de que la solicitud de su bebé haya sido recibida. Si es miembro de Amerigroup cuando da a luz a su bebé, su bebé será inscrito en Amerigroup en su fecha de nacimiento.

¿Cómo y cuándo le informo a Amerigroup?

Recuerde llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup lo más pronto posible para informarle a su encargado de casos que ya tuvo al bebé. También necesitaremos información sobre su bebé. Tal vez ya haya escogido un proveedor de cuidado primario para su bebé antes de que nazca. De no ser así, podemos ayudarla a escoger un proveedor de cuidado primario.

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

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

Programa de Salud para la Mujer de Texas

El Programa de Salud para la Mujer de Texas 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 de Salud para la Mujer de Texas, escriba, llame o visite el sitio web:

Healthy Texas Women Program

PO Box 14000

Midland, TX 79711-9902

Teléfono: **800-335-8957**

Sitio web: <https://healthytexaswomen.org>

Fax: (gratis): **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: 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: 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: <https://healthytexaswomen.org/family-planning-program>

Teléfono: **512-776-7796**

Fax: **512-776-7203**

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

¿Cómo y cuándo le informo a mi asistente social?

Después de dar a luz a su bebé, llame a su oficina de beneficios de la HHSC para decirle que el bebé ha nacido.

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

Los miembros con discapacidades, necesidades especiales de cuidado de la salud o afecciones complejas crónicas tienen derecho a acceso directo a un especialista. Este especialista puede servir como su proveedor de cuidado primario. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para coordinar esto.

¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi cuidado médico?

Puede tener a alguien que tome decisiones en su nombre si está demasiado enfermo para tomar decisiones usted mismo. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** si desea más información sobre los formularios que necesita.

¿Qué son directivas anticipadas?

Los menores emancipados y los miembros de 18 años en adelante tienen derechos especificados en las leyes de directivas anticipadas. Una directiva anticipada habla sobre la preparación de un testamento en vida. Un testamento en vida establece que usted posiblemente no desee recibir cuidado de la salud en caso de que sufra una enfermedad o lesión grave y no se recupere. Para asegurarse de recibir el tipo de cuidado que desea si está muy enfermo para decidirlo usted mismo, puede firmar un testamento en vida. Este es un tipo de directiva anticipada. Es un documento escrito que les dice a su doctor y a su familia qué tipos de cuidado no desea recibir en caso de que esté muy enfermo o lesionado.

¿Cómo consigo una directiva anticipada?

Puede obtener un formulario de directiva anticipada pidiéndoselo a su doctor o llamando a Servicios para Miembros. Los asociados de Amerigroup no pueden ofrecer consejos legales o servir como testigos. De acuerdo con las leyes de Texas, debe tener ya sea dos testigos o notarizar su formulario. Después de completar el formulario, llévelo o envíelo por correo a su doctor. Su doctor sabrá entonces la clase de cuidado que usted desea recibir.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento después de haber firmado una directiva anticipada. Llame a su doctor para retirar la directiva anticipada de su registro médico. También puede realizar cambios en la directiva anticipada llenando y firmando uno nuevo.

También puede firmar un documento llamado poder duradero. Este documento le permitirá designar una persona para que tome decisiones por usted, cuando no pueda hacerlo usted mismo. Pregunte a su doctor sobre estos formularios.

Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo

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

¡No pierda sus beneficios de cuidado de la salud! Podría perder sus beneficios incluso si aún califica para ellos. Debe renovar sus beneficios cada 12 meses. La Health and Human Services Commission (HHSC) le enviará una carta diciéndole que es hora de renovar sus beneficios de Medicaid. La carta tendrá instrucciones para decirle cómo renovar. Si no renueva antes de la fecha indicada en la carta, perderá sus beneficios de cuidado de la salud.

Usted puede solicitar y renovar beneficios en línea en YourTexasBenefits.com. Seleccione **Manage your account or applications (Manejar su cuenta o aplicaciones)** y programe una cuenta para obtener acceso fácil al estado de sus beneficios.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al **2-1-1**, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2, o visite la oficina de beneficios de la HHSC que le quede cerca. Para encontrar la oficina más cercana a su hogar, llame al **2-1-1**, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2, o puede ir a YourTexasBenefits.com y seleccione **Find an Office (Encontrar una oficina)** en la parte inferior de la página.

Deseamos que siga recibiendo sus beneficios de cuidado de la salud si todavía califica. Para renovarlos, vaya a YourTexasBenefits.com y seleccione **Manage your account or applications (Manejar su cuenta o aplicaciones)**. Siga las instrucciones que están ahí para renovar.

¿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.

Si ya no es elegible para Medicaid basado en los ingresos, sus hijos podrían ser elegibles para el Children's Health Insurance Program (CHIP). Para saber más, llame al **2-1-1**, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2.

¿Qué pasa si recibo una factura de mi doctor? ¿A quién llamo?

¿Qué información necesitarán?

Presente siempre su tarjeta de identificación de Amerigroup y la tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid cuando acuda a un doctor, vaya al hospital o se realice análisis. Incluso si su doctor le indicó que asistiera, debe presentar su tarjeta de identificación de Amerigroup o su tarjeta actual de Medicaid de Your Texas Benefits para asegurarse de que no le envíen una factura por servicios cubiertos por Amerigroup. **No tiene que mostrar su tarjeta de identificación de Amerigroup antes de recibir cuidado de emergencia.** Si recibe una factura, envíela con una carta que diga que a usted le han enviado una factura al defensor del miembro de su área de servicio, que se encuentre en la ubicación de Amerigroup, detallada al frente de este libro, más cercana a usted.

En la carta, incluya:

- Su nombre.
- Su número telefónico.
- Su número de identificación de Amerigroup.

Si no puede enviar la factura, asegúrese de incluir en la carta:

- El nombre del proveedor del que recibió servicios.
- La fecha del servicio.
- El número telefónico del proveedor.
- El monto cobrado.
- El número de cuenta, si lo conoce.

Puede llamarnos al **800-600-4441 (TTY 711)** por ayuda.

¿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 Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)**. Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Amerigroup, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Amerigroup, hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Qué pasa si necesito actualizar mi dirección o número telefónico y estoy en el Adoption Assistance and Permanency Care Assistance Program?

El padre adoptivo o el cuidador de asistencia de cuidado de permanencia debe ponerse en contacto con el especialista regional de elegibilidad para asistencia de adopción del DFPS asignado a su caso. Si el padre o cuidador no sabe quién es el especialista de elegibilidad asignado, puede ponerse en contacto con la línea directa del DFPS, **800-233-3405**, para averiguarlo. El padre o cuidador debe ponerse en contacto con el especialista de elegibilidad de asistencia para adopción para que lo ayude con el cambio de dirección.

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

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 **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.

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

DERECHOS DEL MIEMBRO:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de 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 de 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 de 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 a 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, revisiones médicas externas y audiencias imparciales estatales. 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 revisión médica externa y una audiencia imparcial ante el estado del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Pedir una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a 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 siete 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, o 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 el derecho de hacer recomendaciones respecto de los derechos y responsabilidades de los miembros de su plan médico.

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 normas 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 de Medicaid.
 - b. Escoger su plan de salud y su proveedor de cuidado primario sin demora.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y de 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. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su proveedor de cuidado primario toda información sobre su 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 al personal con respeto.
- e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

Responsabilidades adicionales del miembro mientras usa servicios de Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT):

1. Cuando solicite servicios de NEMT, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las normas y reglamentos que afectan a sus servicios de NEMT.
3. Debe devolver los fondos anticipados que no haya utilizado. Debe proporcionar un comprobante de que acudió a su cita médica antes de recibir futuros fondos anticipados.
4. No debe agredir o acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicite o reciba servicios de NEMT.
5. No debe perder los boletos de autobús o las fichas y debe devolver los boletos de autobús o las fichas que no utilizó. Debe utilizar los boletos o las fichas de autobús únicamente para acudir a su cita médica.
6. Solo debe utilizar los servicios de NEMT para ir y volver de sus citas médicas.
7. Si ha hecho arreglos para un servicio de NEMT, pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse lo antes posible con la persona que le ayudó a programar el transporte.

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 **800-368-1019**. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en hhs.gov/ocr.

Usted y sus doctores pueden obtener una copia de estos derechos y responsabilidades por correo, fax o correo electrónico. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** y pida una copia. También puede descargar una copia de nuestro sitio web yendo a myamerigroup.com/TX a **Benefits (Beneficios), Member Resources, (Miembro Recursos), Member Rights & Responsibilities (Derechos y responsabilidades del miembro)**.

CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE SU CUIDADO

Algunas veces, necesitamos tomar decisiones sobre cómo cubrimos el cuidado y los servicios. Esto se llama Administración de utilización (UM). Todas las decisiones de UM están basadas en sus necesidades médicas y beneficios actuales.

No exhortamos a los doctores a subutilizar los servicios. Y no creamos barreras para recibir cuidado de la salud. Los proveedores y otras personas involucradas en las decisiones de UM no reciben premios por limitar o denegar cuidado. Cuando contratamos, ascendemos o despedimos proveedores o miembros del personal, no se basa en la probabilidad de que denieguen beneficios. Los doctores de nuestro plan usan lineamientos de práctica clínica, políticas médicas y los beneficios de su plan para determinar los tratamientos y servicios necesarios.

Cuando usted o su doctor pide un cuidado determinado que necesita aprobación previa, nuestro equipo de revisión de utilización decide si el servicio es necesario por motivos médicos y si es uno de sus beneficios. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted o su doctor pueden pedir una apelación.

Para hablar con alguien de nuestro equipo de UM, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. hora del Centro.

PROCESO DE RECLAMO

¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién llamo?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al **800-600-4441 (TTY 711)** para explicarnos el problema. Un representante de Servicios para Miembros o un defensor del miembro de Amerigroup puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al **800-600-4441 (TTY 711)**. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días. Amerigroup no tomará ninguna medida contra usted en caso de que presente un reclamo.

¿Puede alguien de Amerigroup ayudarme a presentar un reclamo?

Sí, un defensor del miembro o un representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar un reclamo ante nosotros o el programa estatal apropiado. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi reclamo?

Amerigroup contestará su reclamo en un plazo de 30 días de la fecha en que lo recibimos.

¿Cuáles son los requisitos y plazos de tiempo para presentar un reclamo?

Puede contarnos sobre su reclamo llamándonos o escribiéndonos. Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días laborales después de recibir su reclamo. Esto significa que tenemos su reclamo y hemos comenzado a examinarlo. Con nuestra carta, incluiremos un formulario de reclamo si su reclamo fue hecho por teléfono. Debe llenar este formulario y enviárnoslo por correo. Si necesita ayuda para llenar el formulario de reclamo, llame a Servicios para Miembros.

Le enviaremos una carta en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su reclamo. Esta carta le dirá lo que hemos hecho para atender su reclamo.

Si su reclamo es acerca de una emergencia actual o está en el hospital, se resolverá tan pronto sea necesario para la urgencia de su caso y no más tarde de 1 día laboral desde cuando recibimos su reclamo.

¿Cómo presento un reclamo ante la Health and Human Services Commission una vez haya agotado el proceso de reclamo de Amerigroup?

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Amerigroup, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando gratis al **866-566-8989**. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

**Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
PO Box 13247
Austin, TX 78711-3247**

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja a: hhs.texas.gov/managed-care-help

Si presenta un reclamo, Amerigroup no tomará represalias contra usted. Aun estaremos para ayudarle a recibir cuidado de la salud de calidad.

¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación de reclamos?

Sí. Si no está satisfecho con la respuesta a su reclamo, puede pedirnos que lo revisemos otra vez. Debe pedir un panel de apelación de reclamo por escrito. Escribanos a:

**Member Advocates
Amerigroup
2505 N. Highway 360, Suite 300
Grand Prairie, TX 75050**

Cuando recibamos su solicitud, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días laborales. Esto significa que tenemos su solicitud y hemos comenzado a trabajar en ella. También puede llamarnos al **800-600-4441 (TTY 711)** para pedir un formulario de solicitud de panel de apelación de reclamo. Debe completar el formulario y devolvérselo.

Tendremos una reunión con el personal de Amerigroup, los proveedores del plan de salud y otros miembros de Amerigroup para examinar su reclamo. Trataremos de encontrar un día y hora para la reunión, de modo que pueda estar presente. Puede asistir con alguien a la reunión si lo desea. Usted no tiene que venir a la reunión. Le enviaremos una carta por lo menos 5 días laborales antes de la reunión del panel de apelación de reclamo. La carta tendrá la fecha, hora y lugar de la reunión. Le enviaremos toda la información que el panel examinará durante la reunión.

Le enviaremos una carta en un plazo de 30 días después de recibir su solicitud por escrito. La carta le informará la decisión final del panel apelación de reclamo. Esta carta también le dará la información que el panel usó para tomar su decisión.

PROCESO DE APELACIONES

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que está cubierto, pero Amerigroup lo deniega o lo limita?

En ocasiones, es posible que le digamos que no pagaremos toda o parte de la atención que le han recomendado. Tiene derecho a solicitar una apelación. Una apelación se produce cuando usted o su representante designado solicitan a Amerigroup que reconsidere la atención que su médico solicitó y que nosotros dijimos que no pagaríamos. Un representante designado puede ser un miembro de la familia, su proveedor, un abogado, un amigo o cualquier persona que usted elija.

Si pide a alguien (un representante designado) que presente una apelación en su nombre, también debe enviar una carta a Amerigroup para informarnos que ha escogido una persona para que lo represente. Amerigroup debe tener esta carta por escrito para poder considerar a esta persona como su representante. Hacemos esto por su privacidad y seguridad.

Puede apelar nuestra decisión de forma oral o por escrito:

- Puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.
- Puede enviarnos una carta o el formulario de solicitud incluido con nuestra carta de decisión a:

Amerigroup Appeals
PO Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

¿Cómo me enteraré si deniegan algún servicio?

Si denegamos servicios, le enviaremos una carta en el momento en que se decida la denegación.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

Usted o su representante designado pueden presentar una apelación. Debe hacerlo dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de la primera carta de Amerigroup donde se indica que no pagaremos o cubriremos, en parte o en su totalidad, la atención recomendada.

Cuando recibamos su carta o llamada, le enviaremos una carta dentro de un plazo de cinco días hábiles. En esta carta, se le informará que recibimos su apelación. También le informaremos si necesitamos cualquier información adicional para procesar su apelación. Amerigroup contactará a su médico en caso de que necesitemos información médica sobre el servicio.

Un médico que no haya visto su caso antes revisará su apelación. Este decidirá cómo debemos manejar la apelación.

Le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación. Esto lo haremos en un plazo de 30 días calendario a partir de cuando hayamos recibido su apelación, a menos que necesitemos

más información de usted o de la persona que presentó la apelación en su nombre. En caso de que necesitemos más información, podemos extender el proceso de apelación durante 14 días cuando la demora lo beneficie. Si extendemos el proceso de apelación, le informaremos por escrito el motivo de la demora. También puede pedirnos que extendamos el proceso si tiene más información que deberíamos considerar.

¿Cómo puedo seguir recibiendo los servicios que ya estaban aprobados?

Tiene 60 días para presentar una apelación a partir de la fecha de nuestra carta de decisión. Para seguir recibiendo servicios que Amerigroup ya ha aprobado, pero que pueden formar parte del motivo de su apelación, debe presentar una solicitud de continuación de beneficios a más tardar en la fecha que resulte posterior entre las siguientes:

- Diez días después de que le enviemos por correo el aviso para informarle que no pagaremos o cubriremos la atención, en parte o en su totalidad.
- La fecha en la que la notificación indica que finalizará el servicio.

Si la decisión sobre su apelación concuerda con nuestra primera decisión, se le podrá pedir que pague por los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

Si la decisión sobre su apelación revierte nuestra primera decisión, Amerigroup pagará por los servicios que recibió mientras la apelación estaba pendiente.

¿Alguien de Amerigroup puede ayudarme a presentar una apelación?

Sí, un defensor de los miembros o un representante de Servicios para Miembros pueden ayudarlo a presentar una apelación ante Amerigroup o ante el programa estatal apropiado. Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?

Sí, puede solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal después de que se complete el proceso de apelación interna de Amerigroup. Su solicitud debe realizarse dentro de un plazo de 120 días a partir de la fecha de nuestra carta de decisión de la apelación. No se puede solicitar una revisión médica externa sin una audiencia imparcial estatal, pero puede revocar su solicitud para una audiencia después de que haya obtenido la decisión de la revisión médica externa.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?

Sí. Sí, puede solicitar una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa después de que se complete el proceso de apelación interna de Amerigroup. Su solicitud debe realizarse dentro de un plazo de 120 días a partir de la fecha de nuestra carta de decisión de la apelación.

Consulte las próximas secciones, **Apelaciones de emergencia**, **Audiencias imparciales ante el estado** e **Información sobre la revisión médica externa**, para obtener más información.

APELACIONES DE EMERGENCIA

¿Qué es una apelación de emergencia?

Una apelación de emergencia 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 solicito una apelación de emergencia? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?

Usted o la persona a la que pide que presente una apelación en su nombre (un representante designado) pueden solicitar una apelación de emergencia. Puede solicitar una apelación de emergencia de forma oral o por escrito mediante uno de los siguientes medios:

- Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.
- Envíenos una carta o el formulario de solicitud incluido con nuestra carta de decisión a:

Amerigroup Appeals
PO Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?

Después de que recibamos su carta y aceptemos que su solicitud de apelación debe acelerarse, le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación. Haremos esto dentro de un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

Si su apelación se trata de una hospitalización o emergencia en curso, lo llamaremos para darle una respuesta dentro de un día hábil o 72 horas, el plazo que resulte más corto. También le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación dentro de un plazo de 72 horas.

¿Qué sucede si Amerigroup deniega la solicitud de una apelación de emergencia?

Si no aceptamos que su solicitud de apelación debe acelerarse, lo llamaremos de inmediato. Le enviaremos una carta dentro de un plazo de dos días calendario para informarle cómo se tomó la decisión y que su apelación se revisará mediante el proceso de revisión estándar.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

Un Defensor de miembros o representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar una apelación de emergencia. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

AUDIENCIAS IMPARCIALES ANTE EL ESTADO

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si como miembro del plan médico, usted no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan médico con el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si quiere refutar una decisión tomada por el plan médico, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días de la fecha de la carta de decisión de apelación interna del plan médico. Si no pide la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial estatal. Para pedir una audiencia imparcial estatal, usted o su representante deben enviar una carta a Amerigroup a:

**State Fair Hearing/EMR Coordinator
Amerigroup
PO Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429**

O bien, puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico le denegó o redujo, basado en los servicios previamente autorizados, por lo menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal, si pide una audiencia imparcial estatal de los 10 días después de la fecha en que el plan médico envió la carta con la decisión de la apelación interna. Si no pide una audiencia imparcial estatal antes de esta fecha, el servicio que el plan médico le denegó se cancelará.

Si pide una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se hacen por teléfono. En la audiencia, usted o su representante podrá explicar por qué necesita el servicio que el plan médico le denegó.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le dará la decisión final a más tardar 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal de emergencia?

Si cree que esperar hasta que se llegue la fecha de la audiencia imparcial estatal pondría en grave peligro su vida o salud, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar el máximo funcionamiento, usted o su representante puede solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando al Amerigroup. Para llenar los requisitos para una audiencia

imparcial estatal de emergencia por medio de la HHSC, primero tiene que completar el trámite de apelación interna de Amerigroup.

INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA

¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?

Si como miembro del plan médico, usted no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan, tiene el derecho de pedir una revisión médica externa. La revisión médica externa es un paso opcional y adicional que el miembro puede tomar para que se revise el caso antes de que se celebre la audiencia imparcial estatal. El miembro puede nombrar a alguien para que lo represente comunicándose con el plan médico por escrito y dando el nombre de la persona que quiere que lo represente. Un proveedor puede ser el representante del miembro. El miembro o su representante debe solicitar la revisión médica externa en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que el plan médico envíe la carta con la decisión de la apelación interna. Si el miembro no solicita la revisión médica externa en un plazo de 120 días, puede perder su derecho a una revisión médica externa. Para solicitar una revisión médica externa, el miembro o su representante pueden:

- Llenar la *Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal y revisión médica externa* que se adjunta a la carta de notificación al miembro de la decisión de apelación interna de la MCO y enviarlo por correo o por fax a Amerigroup usando la dirección o el número de fax que aparecen en la parte superior de la solicitud; o
- Llamar a Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Si el miembro solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que el plan médico envía por correo la carta con la decisión de la apelación, el miembro tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico denegó, basado en los servicios previamente autorizados, por lo menos hasta que se haya tomado una decisión final sobre la audiencia imparcial estatal. Si el miembro no solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que el plan médico envía por correo la carta con la decisión de la apelación, el servicio que el plan médico le denegó se cancelará.

El miembro puede retirar su solicitud de una revisión médica externa antes de que se asigne a una Organización de Revisión Independiente o mientras esta organización esté evaluando la solicitud de la revisión médica externa. Una Organización de Revisión Independiente es una organización de terceros contratada por la HHSC que realiza las revisiones médicas externas durante los trámites de apelación de los miembros relacionados con las determinaciones adversas de beneficios basadas en necesidades funcionales o médicas. Una revisión médica externa no se puede retirar si una Organización de Revisión Independiente ya terminó la revisión y tomó una decisión.

Una vez recibida la decisión de la revisión médica externa, el miembro tiene derecho a retirar la solicitud de una audiencia imparcial estatal. Si prosigue con el trámite de la audiencia imparcial estatal, el miembro también puede pedir que la Organización de Revisión Independiente esté presente en la audiencia imparcial estatal. El miembro puede hacer estas dos solicitudes al comunicarse con Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)** o con el equipo de admisión de la HHSC en EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us.

Si el miembro prosigue con el trámite de la audiencia imparcial estatal y la decisión que se toma es diferente a la decisión de la Organización de Revisión Independiente, la decisión de la audiencia imparcial estatal es la definitiva. La decisión de la audiencia imparcial estatal solo puede exigir que los beneficios sigan al mismo nivel o aumenten con respecto a la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo pedir una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar la decisión de la revisión médica externa estándar pondría en grave peligro su vida o salud, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar el máximo funcionamiento, usted, uno de sus padres o su representante legalmente autorizado puede pedir una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal escribiendo o llamando a Amerigroup. Para llenar los requisitos para una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia por medio de la HHSC, primero tiene que completar el trámite de apelación interna de Amerigroup.

¿CÓMO INFORMO UN SUPUESTO ABUSO, DESCUIDO O EXPLOTACIÓN?

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, incluso estar libre de abuso, descuido y explotación.

¿Qué es abuso, descuido y explotación?

- El **abuso** es daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir estos daños.
- El **descuido** causa hambre, deshidratación, exceso o falta de medicación, condiciones de vida insalubres, etc. El descuido también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.
- La **explotación** es el mal uso de los recursos de otra persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye cobrar cheques de Seguro Social o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y tomar propiedad y otros recursos.

Cómo reportar el abuso, descuido y la explotación

La ley requiere que usted informe sobre sospechas de abuso, descuido o explotación, incluso el uso no aprobado de restricciones o aislamiento cometido por un proveedor.

Llame al **911** para situaciones de emergencia o que ponen en peligro la vida.

Informe por teléfono (si no es una emergencia): las 24 horas del día, los siete días de la semana, gratis

Informe a la Health and Human Services Commission (HHSC) llamando al **800-458-9858** si la persona que sufre abuso, descuido o explotación vive en o recibe servicios de alguno de los siguientes:

- Un centro para convalecientes
- Un centro de asistencia con la vida diaria
- Un centro de cuidado de adultos durante el día
- Un proveedor de cuidado temporal de adultos con licencia, o
- Una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o una agencia de servicios de salud en casa

Las sospechas de abuso, descuido o explotación cometidos por una HCSSA también se tienen que reportar al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS).

Informe al DFPS sobre cualquier otra sospecha de abuso, descuido o explotación llamando al **800-252-5400**.

Informe electrónicamente (si no es una emergencia)

Vaya a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Usted tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos por una contraseña.

Información útil al presentar un informe

Al informar sobre el abuso, descuido o la explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y los teléfonos de cada persona involucrada.

INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO

¿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 identificación de Medicaid.
- Está usando la tarjeta de identificación 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 **800-436-6184**.

- Visite <https://oig.hhs.texas.gov> y haga clic en “Report Fraud (Denunciar fraude)” para completar el formulario en línea.
- Denúncielo directamente al plan de salud:
Compliance Officer
Amerigroup
2505 N. Highway 360, Suite 300
Grand Prairie, TX 75050
800-839-6275

Otras opciones de denuncia incluyen:

- Línea directa de investigaciones especiales de fraude: **866-847-8247** (la denuncia puede ser anónima)
- Servicios para Miembros de Amerigroup: **800-600-4441**

Para denunciar el 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.

ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD

¿Qué hace la administración de la calidad por usted?

El programa de administración de la calidad de Amerigroup está aquí para asegurarnos de que usted sea atendido. Revisamos servicios que usted ha recibido para ver si usted está recibiendo el mejor cuidado de la salud preventivo. Si tiene una enfermedad crónica, revisamos si usted está recibiendo ayuda para manejar su condición.

El departamento de administración de la calidad desarrolla programas para ayudarle a saber más acerca de su cuidado de la salud. Tenemos equipos de alcance para miembros para ayudarle a

programar citas para el cuidado que necesita y coordinar transporte si lo necesita. Estos servicios son gratuitos porque queremos ayudarle a estar y mantenerse sano.

Trabajamos con los proveedores de nuestro plan para enseñarles y ayudarles a atenderlo. Puede recibir correspondencia nuestra sobre tomar medidas de salud preventiva o manejo de una enfermedad. Queremos que nos ayude a mejorar diciéndonos lo que podemos hacer mejor. Para obtener información acerca de nuestro programa de administración de la calidad, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Qué son normas de práctica clínica?

Amerigroup usa normas nacionales de práctica clínica para darle su cuidado. Las normas clínicas son estándares de cuidado, científicos y comprobados de reconocimiento nacional. Estas normas son recomendaciones para que los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud diagnostiquen y manejen su condición específica. Si desea una copia de estas normas, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE UNA VEZ AL AÑO

Como miembro de Amerigroup, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año.

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los médicos de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio; esta información incluirá el nombre, la dirección, el número de teléfono y los idiomas que habla (aparte del inglés) de cada proveedor de la red, así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes; y, cuando corresponda, las calificaciones profesionales, especialidad, institución de educación médica a la que asistió, finalización de la residencia y estado de certificación del Colegio de médicos
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre los trámites para hacer una queja, una apelación, una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal
- 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, 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 posestabilización
 - 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 911 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 posestabilización
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta
- Las pautas de práctica de Amerigroup

Guía Para Miembros Sobre Términos Del Cuidado Administrado

Término	Definición
Apelación	Una petición de la organización de atención médica administrada para volver a revisar una denegación o querella.
Queja	Una querella que usted comunica a su seguro o plan médico.
Copago	Una cantidad fija (por ejemplo, 15 dólares) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. Esta cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.
Equipo médico duradero (DME)	El equipo ordenado por un proveedor de atención médica para su uso diario o por un periodo extendido. La cobertura de DME puede incluir los siguientes artículos, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o artículos para la diabetes.
Problema médico de emergencia	Una enfermedad, lesión, síntoma o afección lo suficientemente grave como para que cualquier persona razonable busque atención inmediata para evitar daños.
Transporte médico de emergencia	Servicios de una ambulancia por tierra o aire para atender una afección médica de emergencia.
Atención en la sala de emergencias	Los servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencia.
Servicios de emergencia	La evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.
Servicios excluidos	Los servicios de salud que su seguro o plan médico no paga o cubre.
Querella	Una queja hecha a su seguro o plan médico.
Servicios y aparatos de rehabilitación	Servicios de salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias en la vida diaria.
Seguro médico	Un contrato que requiere que su aseguradora médica pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.
Atención médica a domicilio	Los servicios de atención médica que una persona recibe en su propio hogar.
Servicios para pacientes terminales	Servicios que brindan comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización	La atención que se da en un hospital que requiere que el paciente sea ingresado y por lo general requiere pasar allí la noche.
Atención a pacientes ambulatorios	La atención que se da en un hospital que normalmente no requiere pasar allí la noche.
Medicamento necesario	Los servicios o artículos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumple estándares médicos aceptados.
Red	Los centros, proveedores y abastecedores a los que su seguro o plan médico ha subcontratado para que ofrezcan servicios de atención médica.
Proveedor no participante	Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro o plan médico para brindarle a usted servicios cubiertos. Puede que sea más difícil obtener autorización de su seguro o plan médicos para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En contados casos, como cuando no hay otros proveedores, su seguro médico puede subcontratar y pagar por sus servicios a un proveedor no participante.
Proveedor participante	Un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan médico para ofrecerle a usted servicios cubiertos.
Servicios de un médico	Servicios de atención médica que un médico titulado (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) ofrece o coordina.
Plan	Un beneficio, como Medicaid, que ofrece y paga servicios de atención médica.
Autorización previa	La determinación de su seguro o plan médico de que un servicio médico, plan de tratamiento, receta médica o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha pedido es médicamente necesario. Esta determinación o autorización, a veces llamada en inglés prior authorization, prior approval o pre-certification, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es garantía de que su seguro o plan médico cubrirán los costos.
Prima	La cantidad que debe pagarse por su seguro o plan médico.
Cobertura de medicamentos recetados	Un seguro o plan médico que ayuda a cubrir los costos de fármacos y medicamentos recetados.

Medicamentos recetados	Fármacos o medicamentos que, por ley, requieren de receta médica.
Médico de atención primaria	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) que ofrece o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica a un paciente.
Proveedor de atención primaria	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), enfermero especializado en atención primaria, enfermero clínico especializado o médico asistente, como lo permite la ley estatal, que ofrece, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.
Proveedor	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), profesional de la salud o centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.
Servicios y aparatos de rehabilitación	Servicios de atención a la salud como terapia física u ocupacional, que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones de la vida diaria que se han perdido o dañado porque la persona está enferma, lesionada o discapacitada.
Servicios de enfermería especializada	Servicios a cargo de enfermeros titulados a domicilio o en un centro de reposo.
Especialista	Un médico especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.
Atención urgente	La atención dada a una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para acudir a la sala de emergencias.

