



Manual Para Miembros

STAR Kids

Áreas de servicio de Dallas, El Paso, Harris, Lubbock, y Medicaid Rural West

Miembros que tienen cobertura de Medicare y Medicaid

Septiembre de 2022

844-756-4600 (TTY 711)

myamerigroup.com/TX



Amerigroup Manual Para Miembros STAR Kids

Áreas de servicio de Dallas, El Paso, Harris, Lubbock, y
Medicaid Rural West

Miembros que tienen cobertura de Medicare y Medicaid

844-756-4600 (TTY 711)

myamerigroup.com/TX

Septiembre de 2022

Estimado miembro:

¡Bienvenido a Amerigroup! Estamos contentos que nos haya elegido como su plan de atención médica de STAR Kids.

Este manual del miembro le ayuda a entender cómo trabajar con Amerigroup y cómo podemos ayudarle a atender bien la salud de su hijo. Le dice cómo obtener la atención médica adecuada en el momento adecuado.

Obtendrá la tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo de nosotros en unos cuantos días. Por favor revise la información que está en la tarjeta de identificación de inmediato. Si cualquier información no es correcta, por favor llámenos al **844-756-4600 (TTY 711)**. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con la información correcta. También puede registrarse en Internet en myamerigroup.com/TX para actualizar su dirección.

Queremos saber de usted.

- Llame al **844-756-4600 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro si necesita contactarnos por cualquier razón o tiene preguntas acerca de los beneficios.
- Si necesita consejos médicos o quiere hablar con una enfermera autorizada, llame a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al mismo número de teléfono gratuito — a cualquier hora, del día o de la noche.
- También puede buscar proveedores en la red con nuestra herramienta de directorio de proveedores en Internet. Visite myamerigroup.com/TX y seleccione el enlace **Find a Doctor (Encontrar un médico)** para buscar por nombre de proveedor o tipo de especialidad. Facilitamos encontrar a un proveedor cerca de usted. Si necesita ayuda o le gustaría obtener un directorio impreso, llame a Servicios para Miembros.

De nuevo, gracias por ser miembro nuestro. Quedamos a la espera de trabajar con usted.

AMERIGROUP
PROGRAMA STAR KIDS
MANUAL DEL MIEMBRO PARA MIEMBROS TANTO CON COBERTURA
DE MEDICARE Y DE MEDICAID

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

844-756-4600 (TTY 711)
myamerigroup.com/TX

¡Bienvenido a Amerigroup!

Este manual del miembro le dirá como lo podemos ayudar a obtener el cuidado que usted necesita.

Índice

¡BIENVENIDO A AMERIGROUP!	1
Información acerca del nuevo plan de atención médica de su hijo	1
Su manual del miembro de Amerigroup	1
NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES	1
Línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup	1
Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup	2
Servicios de Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y línea de Where's My Ride? (¿Dónde Está Mi Traslado?).....	3
Otros números telefónicos importantes	3
LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP DE SU HIJO	3
¿Qué información está en la tarjeta de identificación de Amerigroup de mi hijo?	3
¿Cómo leo la tarjeta de identificación de STAR Kids de Amerigroup de mi hijo?	4
¿Cómo reemplazo la tarjeta de identificación de Amerigroup de mi hijo si la pierdo o la roban?	4
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid	5
¿Y si necesito un formulario de verificación temporal de identificación?.....	6
PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA	7
¿Qué es un proveedor de atención médica?	7
¿Qué necesito traer conmigo a la cita médica de mi hijo?.....	7
PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	7
CAMBIO DE PLAN DE SALUD	8

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?.....	8
¿A quién llamo?	8
¿Cuántas veces puedo cambiar el plan de salud de mi hijo?	8
¿Cuándo entrará en vigor el cambio de plan de salud de mi hijo?	8
¿Puede Amerigroup dar de baja a mi hijo del plan de salud por incumplimiento?.....	8
MIS BENEFICIOS.....	9
¿Cuáles son los beneficios de atención médica de mi hijo?.....	9
¿Cómo obtiene mi hijo estos servicios?.....	11
¿Existen límites para cualquier servicio cubierto?	11
¿Cuánto debo pagar por la atención médica de mi hijo?.....	11
¿Cuáles son los beneficios de atención aguda de mi hijo?.....	11
¿Cuáles servicios de atención aguda están cubiertos por Medicaid?	12
¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?	12
¿A cuál número llamo para averiguar acerca de estos servicios?	12
¿Cuáles son los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo de mi hijo?.....	12
¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo? ¿A quién llamo?	13
Estoy recibiendo servicios del Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?.....	13
Estoy recibiendo Servicios de Empoderamiento Juvenil (programa opcional YES). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?	13
Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?	13
Estoy recibiendo servicios del programa opcional para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?...	14
Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?.....	14
Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Texas para Vivir en Casa (TxHmL). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?.....	14
¿Qué es coordinación de servicios?.....	14
El plan de servicios de Amerigroup de su hijo	15
¿Cómo cambio el plan de servicios de Amerigroup de su hijo?	15
¿Qué hará un coordinador de servicios por mí?.....	15
¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?	16
¿Cómo sé quién es el coordinador de servicios de mi hijo?.....	16
¿Qué es un especialista de transición?.....	16
¿Qué hará el especialista de transición por mi hijo?.....	16
¿Cómo puedo hablar con un especialista de transición?	17
¿Qué es un hogar de salud?.....	17
¿Qué es un centro de atención pediátrica extendida recetada (PPECC)?.....	17
¿Qué es la Verificación Electrónica de Visita (EVV)?	18
¿Cambiarán los beneficios de STAR Kids de mi hijo si él o ella se encuentra en un centro para convalecientes?.....	18
¿Seguiré recibiendo los beneficios de STAR Kids si ingreso a un centro para convalecientes?.....	18
¿Y si Amerigroup no cuenta con un proveedor para uno de los beneficios cubiertos de mi hijo?.....	18
¿Cuáles servicios no están cubiertos?	18

¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados de mi hijo?	19
¿Y si mi hijo también tiene Medicare?.....	19
¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	19
¿Y si voy a una farmacia que no está en la red?.....	19
¿Qué debo llevar conmigo a la farmacia?.....	19
¿Y si necesito que los medicamentos de mi hijo sean entregados?.....	19
¿A quién llamo si tengo problemas para obtener los medicamentos de mi hijo?.....	19
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?	19
¿Y si pierdo el(los) medicamento(s) de mi hijo?.....	20
¿Cómo obtiene los medicamentos mi hijo si él o ella se encuentra en un centro para convalecientes?.....	20
¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) u otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?.....	20
¿Cuáles beneficios adicionales obtiene mi hijo como miembro de Amerigroup?.....	20
¿Cómo puedo obtener estos beneficios adicionales para mi hijo?.....	22
¿Cuáles clases de educación sobre la salud ofrece Amerigroup?	22
Disease Management.....	23
¿Qué es la Administración de caso complejo?	24
¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?	24
¿Qué es un miembro con necesidades especiales de atención médica?.....	24
¿Qué otros servicios puede ayudar Amerigroup a que obtenga mi hijo?.....	25
Eventos comunitarios	25
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS	25
¿Qué significa médicamente necesario?	25
¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?.....	26
¿Qué es la atención médica de rutina?	26
¿Cuánto esperaré para que mi hijo sea visto?.....	27
¿Qué es la atención médica urgente?	27
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?.....	27
¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?	27
¿Qué es la atención médica de emergencia?	27
¿Cuándo puedo esperar que mi hijo sea visto?.....	28
¿Qué es la poestabilización?	28
¿Qué hago si mi hijo se enferma cuando estamos fuera de la ciudad o viajando?	28
¿Qué hago si mi hijo está fuera del país?	28
¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?	28
¿Alguien puede servir de intérprete cuando hablo con proveedores de servicios y apoyos a largo plazo? ¿A quién llamo cuando necesite un intérprete?	28
¿Con cuánta anticipación necesito llamar?	28
¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en la oficina del proveedor?	29
SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT).....	29
¿Qué son los servicios de NEMT?	29
¿Que servicios forman parte de los servicios de NEMT?.....	29
¿Y si mi hijo no puede ser transportado por taxi, camioneta u otros vehículos estándar para llegar a las citas de atención médica?	30

¿Qué es Head Start?	30
¿Y si mi hija está embarazada? ¿A quién tengo que llamar?	30
¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Amerigroup a las mujeres embarazadas?.....	30
¿Dónde puedo encontrar un listado de los centros de maternidad?.....	31
¿Cómo inscribo al bebé recién nacido de mi hija?	31
¿Cómo y cuándo informo a Amerigroup?.....	32
¿Cómo y cuándo informo al asistente social de mi hija?.....	32
¿Qué es la administración de casos para mujeres embarazadas y niños?.....	32
Administración de casos para mujeres embarazadas y niños	32
¿Cómo reporto sospechas de abuso, descuido o explotación?	33
¿Qué es abuso o maltrato, descuido y explotación?.....	33
¿Y si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre atención médica?.....	34
¿Que son las directivas anticipadas?	34
¿Cómo obtengo una directiva anticipada?.....	34
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?.....	34
Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo.....	34
¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar la solicitud de renovación de mi hijo?.....	34
¿Y si recibo una factura del médico de mi hijo? ¿A quién llamo?	35
¿Qué información necesitan?.....	35
¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?.....	36
¿Qué tengo que hacer si me mudo?.....	36
¿Y si tengo otro seguro de salud además de Medicaid?	36
Medicaid y el seguro privado.....	36
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	36
ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD	39
¿Qué hace la administración de la calidad por usted?.....	39
¿Cuáles son las pautas de práctica clínica?	39
PROCESO DE QUEJAS	40
¿QUÉ HAGO SI TENGO UNA QUEJA? ¿A QUIÉN LLAMO?	40
¿Alguien de Amerigroup puede ayudarme a presentar una queja?	40
¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?.....	40
¿Cuáles son los requerimientos y marcos de tiempo para presentar una queja?.....	40
¿Cómo presento una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos una vez haya agotado el trámite de quejas de Amerigroup?.....	40
PROCESO DE APELACIONES.....	41
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que está cubierto, pero Amerigroup lo deniega o lo limita?	41
¿Cómo me enteraré si deniegan algún servicio?.....	41
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?	41
¿Cómo puedo seguir recibiendo los servicios que ya estaban aprobados?.....	42
¿Alguien de Amerigroup puede ayudarme a presentar una apelación?.....	42
¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?.....	42
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?	42

APELACIONES DE EMERGENCIA	43
¿Qué es una apelación de emergencia?	43
¿Cómo solicito una apelación de emergencia? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?	43
¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?	43
¿Qué sucede si Amerigroup deniega la solicitud de una apelación de emergencia?	43
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?	43
AUDIENCIAS IMPARCIALES ANTE EL ESTADO	44
¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?.....	44
INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA.....	45
¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?	45
FRAUDE Y ABUSO	46
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	46
INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE	47
GUÍA PARA MIEMBROS SOBRE TÉRMINOS DEL CUIDADO ADMINISTRADO.....	49

¡BIENVENIDO A AMERIGROUP!

Información acerca del nuevo plan de atención médica de su hijo

Bienvenido a Amerigroup. Somos una organización de atención administrada, y queremos ayudar a que su hijo obtenga el cuidado correcto cerca de casa. STAR Kids de Amerigroup proporciona ciertos servicios y apoyos a largo plazo para su hijo a través del programa Texas Medicaid. Los miembros de STAR Kids de Amerigroup son atendidos por Amerigroup Insurance Company. Para conocer acerca de los proveedores en su zona, visite myamerigroup.com/TX y diríjase a la página **Find a Doctor (Encontrar un médico)**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

Nuestros registros muestran que la atención regular de su hijo (atención aguda) viene de su proveedor de atención primaria de Medicare. Su hijo obtiene medicamentos recetados a través de un plan de medicamentos recetados de Medicare o un Medicare Advantage Plan que incluye cobertura de medicamentos recetados de la Part D. Usted puede haber elegido el Amerigroup Amerivantage Plan, nuestro Medicare Advantage Plan, para los beneficios de Medicare de su hijo. Si su hijo está inscrito en el Amerivantage Plan, por favor vea la Evidencia de cobertura de Amerivantage para detalles completos de los beneficios de Medicare y de medicamentos recetados de su hijo y cómo trabajan juntos con los beneficios de Medicaid. Si su hijo tiene cobertura de Medicare con otro asegurador de Medicare, refiérase al manual y la información que ellos le enviaron.

Su manual del miembro de Amerigroup

Este manual le ayudará a entender el plan de salud de Amerigroup de su hijo y los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo de STAR Kids Medicaid que usted obtiene de nosotros. Sus beneficios de Amerigroup son los beneficios de STAR Kids Medicaid de su hijo más los beneficios adicionales de valor agregado que su hijo obtiene por ser nuestro miembro. Su hijo podría obtener beneficios de Medicare de nosotros o de cualquier otro plan de salud. A usted le deberían enviar la información del plan Medicare de su hijo para sus beneficios de Medicare.

Si tiene preguntas acerca de cualquier cosa que usted lea en este libro, llame a Servicios para Miembros. Usted también puede solicitar este manual en letras grandes, audio, Braille u otro idioma.

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

Línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup

Si tiene cualquier pregunta acerca del plan de salud de Amerigroup de su hijo, usted puede llamar a la línea gratuita de nuestro departamento de Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**. Puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro, excepto por los feriados aprobados por el estado. Si llama después de las 6 p.m. o en un fin de semana o feriado, puede dejar un mensaje de correo de voz. Un representante de Servicios para Miembros lo llamará de vuelta el día hábil siguiente.

Estas son algunas de las cosas con las que Servicios para Miembros puede ayudarle:

- Este manual del miembro

- Tarjetas de ID del miembro
- Servicios y apoyos a largo plazo
- Coordinación de servicios y acceso a servicios
- Qué hacer en una emergencia o crisis
- Clases especiales de atención médica
- Vida saludable
- Reclamos y apelaciones médicas
- Derechos y responsabilidades

Para miembros que no hablan en inglés, podemos ayudarlo en muchos idiomas y dialectos diferentes, incluyendo español. También puede obtener un intérprete para visitas al médico de su hijo sin costo alguno para usted. Por favor déjenos saber si necesita un intérprete con por lo menos 24 horas antes de su cita. Llame a Servicios para Miembros para conocer más.

Para miembros que son sordos o tienen problemas de audición, llame al **711**. Si usted necesita a alguien que sepa lenguaje de señas para ayudarlo en sus visitas al médico, coordinaremos y pagaremos a un intérprete de lenguaje de señas. Por favor déjenos saber si necesita un intérprete con por lo menos 24 horas antes de su cita.

Si su hijo tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano inmediatamente. Si necesita consejos, llame al proveedor de atención primaria de su hijo o a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los siete días de la semana al **844-756-4600 (TTY 711)**.

Para atención urgente (vea la sección **¿Qué es la atención médica urgente?** de este manual), usted debería llamar al proveedor de atención primaria de su hijo aun en las noches y los fines de semana. Él o ella le dirá qué hacer. Llámenos para encontrar una clínica de atención urgente cerca de usted. O llame a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al **844-756-4600 (TTY 711)** para obtener consejos en cualquier momento, del día o de la noche.

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas está disponible para todos los miembros 24 horas del día, los siete días de la semana. Llame a la línea gratuita al **844-756-4600 (TTY 711)** si necesita consejos sobre:

- Qué tan pronto su hijo necesita atención para una enfermedad.
- Cuál clase de atención médica necesita su hijo.
- Cómo cuidar de su hijo antes de que vea a un médico.
- Cómo puede obtener la atención que su hijo necesita.

Enfermeras de Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas también saben acerca del programa y los miembros de STAR Kids, servicios cubiertos y recursos para los proveedores. Puede hablar con alguien en inglés o en español. Para otros idiomas, están disponibles servicios de intérpretes.

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 **844-864-2443**.

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.

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

Otros números telefónicos importantes

Línea de ayuda del programa STAR Kids	877-782-6440
Equipo de asistencia de atención administrada del Ombudsman	866-566-8989
Línea de notificación de clientes de Texas	800-414-3406
Atención dental a través de:	
DentaQuest	800-516-0165
MCNA Dental	800-494-6262
UnitedHealthcare Dental	877-901-7321

LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP DE SU HIJO

¿Qué información está en la tarjeta de identificación de Amerigroup de mi hijo?

Si aún no tiene la tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo, la recibirá pronto. Por favor llévala con usted en todo momento. También puede imprimir la tarjeta de identificación de su hijo desde

nuestro sitio de Internet en myamerigroup.com/TX. Necesitará registrarse e iniciar sesión en nuestro sitio de Internet para acceder a la información de la tarjeta de identificación de su hijo.

Ya que su hijo está inscrito en Amerigroup solamente para los servicios y apoyos a largo plazo de STAR Kids, muestre la tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo a cualquier proveedor de servicios y apoyos a largo plazo que consulte. Ningún médico de cuidado primario será enumerado en la tarjeta ya que la atención (aguda) regular de su hijo está cubierta a través de Medicare.

Si está inscrito en el plan Amerivantage de Amerigroup, su hijo obtendrá una tarjeta de identificación para presentarla a los proveedores. Usted debe usar la tarjeta de identificación de Amerivantage de su hijo para obtener los servicios cubiertos. Esta les indica a los proveedores que él o ella tiene cobertura de Medicare, Medicaid, y Medicare Part D para medicamentos recetados a través de Amerivantage. Si la cobertura de Medicare de su hijo se encuentra con otro asegurador de Medicare, él o ella tendrá una tarjeta propia.



¿Cómo leo la tarjeta de identificación de STAR Kids de Amerigroup de mi hijo?

La tarjeta les indica a los proveedores de servicios y apoyos a largo plazo y hospitales que su hijo es miembro de Amerigroup. También indica que Amerigroup pagará por los beneficios enumerados en la sección **Mis beneficios**.

Su tarjeta de identificación de Amerigroup muestra la fecha en la que su hijo se convirtió en miembro de Amerigroup. También enumera muchos de los números telefónicos importantes que necesita saber, como el de nuestro departamento de Servicios para Miembros y Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas.

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

Si pierde o le roban la tarjeta de identificación de su hijo, llámenos de inmediato al **844-756-4600 (TTY 711)**. Le enviaremos una nueva. También puede imprimir la tarjeta de identificación de su hijo desde nuestro sitio de Internet en myamerigroup.com/TX. Necesitará registrarse e iniciar sesión en nuestro sitio de Internet para acceder a la información de la tarjeta de identificación de su hijo.

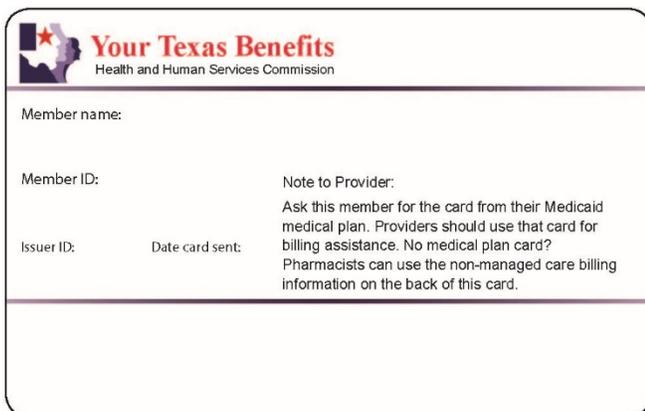
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

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 state of Texas logo. To its right, the text reads 'Your Texas Benefits' in a large, bold, red font, with 'Health and Human Services Commission' in a smaller black font below it. A horizontal line separates the header from the main content area. Below the line, the card contains the following fields: 'Member name:', 'Member ID:', 'Issuer ID:', and 'Date card sent:'. To the right of these fields is a 'Note to Provider:' section with the 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.

¿Y si necesito un formulario de verificación temporal de identificación?

Si ha perdido o no tiene acceso a la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits de su hijo y necesita una tarjeta de identificación temporal de Medicaid, necesitará completar un formulario de verificación de identificación temporal (Formulario 1027-A). Puede obtener este formulario al llamar a su oficina local de beneficios de la HHSC. Para encontrar su oficina local de beneficios de la HHSC, llame al 2-1-1, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2. Muestre este formulario al proveedor de su hijo de la misma manera en la que usted presentaría la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits de su hijo. Su

proveedor aceptará este formulario como prueba de la elegibilidad de Medicaid de su hijo. Usted también puede ingresar en Internet en YourTexasBenefits.com e imprimir una tarjeta de identificación temporal después de ingresar a su cuenta.

PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Qué es un proveedor de atención médica?

Un proveedor de atención primaria es el médico principal que proporciona la mayoría de la atención médica regular de su hijo. Al proveedor de atención primaria de su hijo también se le conoce como médico familiar. Él o ella llegará a conocer a su hijo y el historial de salud previo para ayudarlo o ayudarla a obtener el mejor cuidado posible. Él o ella también enviará a su hijo a especialistas, otros médicos, u hospitales cuando sean necesarios atención o servicios especiales.

Ya que su hijo tiene Medicare, su atención (aguda) regular está cubierta a través del plan Medicare de su hijo. Usted escoge un proveedor de atención primaria con el plan de Medicare de su hijo. Por favor revise la Evidencia de cobertura para el plan de Medicare de su hijo para comprender el papel de un proveedor de atención primaria, quién puede ser un proveedor de atención primaria, cómo puede cambiar de proveedor de atención primaria y cómo obtener atención.

¿Qué necesito traer conmigo a la cita médica de mi hijo?

Cuando vaya a una cita médica para su hijo, traiga:

- La tarjeta de identificación regular de Medicare de su hijo o tarjeta de identificación del plan Medicare Advantage.
 - Si el plan de Medicare de su hijo es el plan Amerigroup Amerivantage, muestre la tarjeta de identificación de Amerivantage de su hijo.
- La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits de su hijo.
- Cualquier medicina que su hijo esté tomando.
- Los registros de vacunas de su hijo.
- Cualquier pregunta que desee realizar al médico.

Amerigroup pagará el coseguro y los deducibles de Medicare de su hijo.

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 **844-756-4600 (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 Kids de Texas al **877-782-6440**. 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 feliz con nosotros, por favor llame a Servicios para Miembros. Trabajaremos con usted para tratar de arreglar el problema. Si aún no está feliz, puede cambiarse a otro plan de salud.

¿A quién llamo?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de ayuda del programa STAR Kids de Texas al **877-782-6440**.

¿Cuántas veces puedo cambiar el plan de salud de mi hijo?

Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

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

Si llama para cambiar de plan de salud de su hijo 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 dar de baja a mi hijo del plan de salud por incumplimiento?

Existen varias razones por las cuales se puede dar la cancelación de la inscripción de su hijo, o darle de baja, de Amerigroup. Estas razones están enumeradas a continuación. Si usted o su hijo han hecho algo que pueda llevar a la cancelación de la inscripción, lo estaremos contactando. Le pediremos que nos indique qué sucedió.

A su hijo se le podría cancelar la inscripción en Amerigroup si:

- Su hijo ya no es elegible para Medicaid.
- Usted permite que alguien más use la tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo.
- Usted o su hijo intenta lastimar a un proveedor, miembro del personal o a un asociado de Amerigroup.
- Usted o su hijo roba o destruye propiedad del proveedor o de Amerigroup.
- Usted o su hijo intenta lastimar a otros pacientes o dificulta que otros pacientes obtengan la atención que necesitan.

Si tiene alguna pregunta acerca de su inscripción, llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

MIS BENEFICIOS

¿Cuáles son los beneficios de atención médica de mi hijo?

Puesto que su hijo tiene Medicare y Medicaid, él o ella tiene beneficios para atención (aguda) regular y para servicios y apoyos a largo plazo. Los beneficios de atención aguda de su hijo, tales como visitas al médico, hospitalizaciones, medicamentos y servicios de salud conductual están cubiertos por Medicare o el plan de Medicare que usted eligió. Ciertos beneficios de servicios y apoyos a largo plazo de Medicaid se llaman STAR Kids y están cubiertos por Amerigroup.

Para obtener cualquier servicio y apoyo a largo plazo, usted **debe** hablar primero con el coordinador de servicios de su hijo. La clase de servicios que su hijo puede obtener está basada en cómo él o ella llena los requisitos para la membresía de STAR Kids. Los tipos de miembros son:

- Recibe ingresos de Seguro Social (SSI) pero no está inscrito en un programa opcional estatal
- Inscrito en el Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP)
- Inscrito en el programa opcional de Servicios de Empoderamiento Juvenil (YES)
- Inscrito en un programa opcional de IDD:
 - Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
 - Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
 - Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)
 - Vivir en Casa de Texas (TxHmL)

La tabla abajo proporciona una visión general de Medicare y los beneficios de servicios y apoyos a larga distancia por tipo y categoría de cobertura.

Tipos de servicios Las marcas de verificación (✓) representan beneficios que están cubiertos por Amerigroup	Beneficiario de SSI no se encuentra en un programa opcional	MDCP	Programa opcional YES	Programa opcional IDD (CLASS, DBMD, HCS o TxHmL)
Servicios médicos (tales como visitas al médico y servicios hospitalarios) y de salud conductual	Medicare o Medicare Advantage Plan			
Medicamentos recetados	Proveedor de medicamentos recetados de la Part D elegido por el miembro	Proveedor de medicamentos recetados de la Part D elegido por el miembro	Proveedor de medicamentos recetados de la Part D elegido por el miembro	Proveedor de medicamentos recetados de la Part D elegido por el miembro
Costo compartido de Medicare	✓	✓	✓	✓

Servicios y apoyos a largo plazo				
Los miembros deberían contactar a un coordinador de servicios o llamar a Servicios para Miembros para averiguar si llenan los requisitos para los servicios				
Servicios de atención personal (PCS)	✓			
Enfermera particular (PDN)	✓	✓	✓	✓
Servicios diarios de actividades y salud (DAHS) (18 años en adelante)	✓	✓	✓	✓
Servicios de atención pediátrica extendida recetada (PPECC)	✓	✓	✓	✓
Servicios de ayudante personal (CFC)	CFC solamente*	✓	✓	El programa opcional determina y proporciona beneficios
Servicios de habilitación	CFC solamente*	✓	✓	
Servicios de respuesta de emergencia (botón de llamada de emergencia)	CFC solamente*	✓	✓	
Gestión de soporte	CFC solamente*	✓	✓	
Ayudas para la adaptación		✓		

Asistencia al empleo	No cubiertas	✓	El programa opcional determina y proporciona beneficios
Servicios de gestión financiera		✓	
Servicios flexibles de apoyo a la familia		✓	
Modificaciones menores en casa		✓	
Servicios de relevo		✓	
Empleo con apoyo		✓	
Servicios de asistencia para transición		✓	

* El miembro debe llenar los requisitos para los beneficios de Community First Choice.

Si su hijo vive en un centro para convalecientes o un Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID), pagaremos por cualquier servicio cubierto por Amerigroup que se reciban fuera de la instalación. También proporcionaremos a su hijo coordinación de servicios.

¿Cómo obtiene mi hijo estos servicios?

Su proveedor de atención primaria ayudará a su hijo a obtener la atención aguda que él o ella necesita. Si usted piensa que su hijo necesita servicios y apoyos a largo plazo, llame al **866-696-0710**. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, llame al 711.

¿Existen límites para cualquier servicio cubierto?

Usted puede conocer acerca de los límites de los servicios de atención aguda de su hijo proporcionados por su plan de Medicare al llamar al 800-MEDICARE (TTY 877-486-2048), en Internet en medicare.gov, o en el manual "Medicare y usted" que recibe cada año. Para beneficios de servicios y apoyos a largo plazo, Amerigroup solamente ofrece servicios cubiertos por Medicaid de pago por servicios. Para obtener más detalles sobre beneficios de servicios y apoyos a largo plazo, llame al coordinador de servicios de Amerigroup de su hijo o a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

¿Cuánto debo pagar por la atención médica de mi hijo?

Usted no tiene que pagar por los beneficios cubiertos de Medicaid. Usted no tiene que pagar ninguna prima, cuotas de inscripción, deducibles, copagos o costo compartido para la parte de Medicaid de su cobertura. Tampoco tiene que pagar ningún costo compartido de Medicare. Para conocer más acerca de los costos de sus beneficios de Medicare, contacte al plan de Medicare de su hijo o refiérase a la información del plan que le enviaron.

¿Cuáles son los beneficios de atención aguda de mi hijo?

Los beneficios de atención aguda de su hijo están cubiertos a través de Medicare. Puede conocer más acerca de estos beneficios al:

- Llamar al 800-MEDICARE (TTY 877-486-2048).
- Ingresar en Internet en medicare.gov.

- Leer el manual “Medicare y usted” que recibe cada año.
- Leer la Evidencia de cobertura que recibió del plan de Medicare de su hijo.

Algunos de los beneficios de Medicare para su hijo se enumeran a continuación:

- Servicios de consultorio del proveedor de atención primaria
- Servicios de especialistas al ser referido por su proveedor de atención primaria
- Servicios médicos hospitalarios en internación y ambulatorios
- Servicios de planificación familiar por cualquier proveedor de atención médica calificado
- Cobertura de servicios para el embarazo y el bebé recién nacido
- Servicios de ambulancia en una emergencia
- Servicios de tratamiento quiropráctico
- Servicios en sala de emergencias y atención urgente
- Servicios de salud mental y dependencia a químicos para pacientes internos
- Servicios de salud mental y dependencia a químicos para pacientes ambulatorios
- Atención médica de rutina

Su hijo también puede obtener servicios de atención aguda de Medicaid, incluyendo servicios, suministros y medicamentos y agentes biológicos para pacientes ambulatorios que están disponibles bajo el programa Texas Medicaid cuando:

- Medicaid cubre un servicio que Medicare no cubre
- Los servicios de Medicare se convierten en un gasto de Medicaid cuando se superan sus límites de Medicare

¿Cuáles servicios de atención aguda están cubiertos por Medicaid?

Medicaid cubre algunos servicios, suministros y medicamentos que no están cubiertos por Medicare. Estos son llamados servicios wrap-around (integrales). Estos servicios (como los medicamentos) serán cubiertos por Medicaid de pago por servicios.

¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

Llame al proveedor de atención primaria de su hijo o al plan de Medicare de su hijo para ayudarlo a obtener servicios de atención aguda.

¿A cuál número llamo para averiguar acerca de estos servicios?

Llame al plan de Medicare de su hijo o al 800-MEDICARE (TTY 877-486-2048) para preguntas acerca de los beneficios de atención aguda de su hijo.

¿Cuáles son los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo de mi hijo?

Su hijo puede necesitar ayuda con tareas diarias como comer, vestirse o su atención personal. Nuestros coordinadores de servicios pueden ayudarlo a obtener los servicios que él o ella necesite para vivir en el hogar. Si usted lo permite, su coordinador de servicios le hablará a usted, a su hijo y a los médicos de su hijo para determinar las clases de ayuda necesaria. Entonces, el coordinador de servicios le contará acerca de la ayuda que podemos conseguirle a su hijo. También podemos ayudarlo a empezar a obtener los servicios para su hijo. Después de esto, su coordinador de servicios lo llamará para ver cómo le está yendo a su hijo.

Para que su hijo obtenga cualquier servicio y apoyo a largo plazo, usted **debe** hablar primero con el coordinador de servicios de su hijo. La clase de servicios que su hijo puede obtener está basada en cómo él o ella llena los requisitos para la membresía de STAR Kids. Una visión general de los beneficios de Medicare y STAR Kids por tipo y categoría de cobertura se muestra en la sección **¿Cuáles son los beneficios de atención médica de mi hijo?**

¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo? ¿A quién llamo?

Si usted piensa que su hijo necesita servicios y apoyos a largo plazo, llame a la línea de coordinación de servicios al 866-696-0710. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, llame al 711.

Si no hemos hablado con usted durante el primer mes de su hijo como nuevo miembro, por favor llame a Servicios para Miembros de inmediato. Llame antes si recientemente cambió su dirección o número telefónico, o si piensa que su hijo necesita servicios y apoyos a largo plazo. Un coordinador de servicios de Amerigroup hablará con usted o visitará su hogar para averiguar más acerca de la salud de su hijo y cualquier problema que él o ella pueda tener con las tareas de la vida diaria.

Estoy recibiendo servicios del Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como servicios de atención personal (PCS), servicios de una enfermera particular (PDN) y Community First Choice (CFC), así como todos los servicios del MDCP, se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Favor de comunicarse con su coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios.

Estoy recibiendo Servicios de Empoderamiento Juvenil (programa opcional YES). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como servicios de atención personal (PCS), servicios de una enfermera particular (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Los servicios del programa opcional YES se prestarán a través del Departamento Estatal de Servicios de Salud. Favor de comunicarse con su coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al administrador de casos de la Autoridad Local de Servicios de Salud Mental (LMHA) con preguntas específicas sobre el programa opcional YES.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, servicios de atención personal (PCS) y servicios de una enfermera particular (PDN), se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Community First Choice (CFC) y sus servicios opcionales del programa CLASS se prestarán a través la Health and Human Services Commission. Favor de comunicarse con su coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al administrador de casos de CLASS con preguntas específicas sobre el programa opcional CLASS.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, servicios de atención personal (PCS) y servicios de una enfermera particular (PDN), se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Community First Choice (CFC) y los servicios opcionales del DBMD se prestarán a través la Health and Human Services Commission. Favor de comunicarse con su coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al administrador de casos del DBMD con preguntas específicas sobre el programa opcional para DBMD.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, servicios de atención personal (PCS) y servicios de una enfermera particular (PDN), se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Community First Choice (CFC) y los servicios opcionales de HCS se prestarán a través la Health and Human Services Commission. Favor de comunicarse con su coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al coordinador de servicios de HCS por medio de la autoridad local de discapacidad intelectual y del desarrollo (LIDDA) con preguntas específicas sobre el programa opcional de HCS.

Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Texas para Vivir en Casa (TxHmL). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, servicios de atención personal (PCS) y servicios de una enfermera particular (PDN), se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Community First Choice (CFC) y los servicios opcionales de TxHmL se prestarán a través la Health and Human Services Commission. Favor de comunicarse con su coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al coordinador de servicios de TxHmL por medio de la autoridad local de discapacidad intelectual y del desarrollo (LIDDA) con preguntas específicas sobre el programa opcional de TxHmL.

¿Qué es coordinación de servicios?

La coordinación de servicios ayuda a asegurar que su hijo obtenga los servicios necesarios de los proveedores correctos. Le asignaremos a su hijo un coordinador de servicios personal si:

- Él o ella está inscrito en un programa opcional (MDCP, CLASS, DBMD, HCS o TxHmL).
- Su hijo reside en un centro para convalecientes o un ICF/IDD comunitario.
- Encontramos que su hijo necesita uno con base en sus necesidades de servicios y apoyo de salud.
- Usted solicita uno.

Un coordinador de servicios calificado gestionará y supervisará toda la atención y los servicios de su hijo. Él o ella llegará a conocerlo a usted y a su hijo y trabajará con los proveedores de su hijo para asegurar que su hijo obtenga el cuidado correcto.

La coordinación de servicios puede incluir, pero no está limitada a, lo siguiente:

- Identificar las necesidades de su hijo a través de una evaluación

- Trabajar con usted y el equipo de atención de su hijo para crear un plan de servicios para satisfacer esas necesidades
- Conversar sobre el plan de atención con usted, su hijo, su familia y el representante de su hijo (como sea aplicable) para asegurarse de que usted entienda y esté de acuerdo con el mismo
- Hacer citas con los proveedores de su hijo y hacer los arreglos para lograr que obtenga los servicios necesarios
- Trabajar como equipo con usted y con el proveedor de atención primaria de su hijo

El plan de servicios de Amerigroup de su hijo

Su coordinador de servicios trabaja con usted para averiguar si su hijo necesita servicios especiales, como servicios y apoyos a largo plazo. Ejemplos de servicios y apoyos a largo plazo son atención de ayudante personal y enfermera particular.

Su coordinador de servicios trabajará con usted y con sus cuidadores para crear el plan de servicios de su hijo. El plan indica los tipos de servicios que su hijo necesita y con qué frecuencia él o ella los necesita. **Usted y su hijo son la parte más importante de su equipo de coordinación de servicios.** Una vez usted entienda y esté de acuerdo con los servicios en el plan de su hijo, su coordinador de servicios lo ayudará a obtenerlos. Aprobamos la cobertura de los servicios como sea necesario. Estos pueden ser los mismos servicios que tuvo en el pasado, o pueden ser un poco diferentes.

¿Cómo cambio el plan de servicios de Amerigroup de su hijo?

Su coordinador de servicios lo llamará o lo visitará periódicamente para controlar a su hijo. Si algo cambia en la salud o las capacidades de su hijo, usted debería llamar de inmediato a su coordinador de servicios. No tiene que esperar hasta que él o ella lo contacte. Su coordinador de servicios quiere saber acerca de cualquier cambio en los padecimientos de salud de su hijo o cualquier otro problema nuevo con las tareas diarias, como comer, vestirse o bañarse. Su coordinador de servicios trabajará con el resto del equipo de su hijo para ayudarlo a obtener los servicios o la atención necesaria. Su coordinador de servicios revisará el plan de servicios de su hijo por lo menos una vez al año y hará cambios de ser necesario.

¿Qué hará un coordinador de servicios por mí?

Cuando su hijo se convierte por primera vez en miembro de Amerigroup, el estado nos enviará información acerca de su salud y servicios de Medicaid actuales. Su coordinador de servicios leerá esta información para averiguar más acerca de su hijo. Él o ella sabrá a cuáles proveedores llamar para asegurarse de que su hijo continúe obteniendo la atención correcta. Él o ella le preguntará qué tan útiles han sido los servicios de Medicaid de su hijo. Hablaremos con los proveedores de Medicaid de su hijo acerca de la atención que él o ella ha estado obteniendo. Si está de acuerdo, hablaremos con los médicos de su hijo acerca de sus necesidades de atención médica.

Su coordinador de servicios ayudará a su hijo a obtener la atención necesaria al:

- Visitarlo en su hogar para conocer más acerca de las necesidades de su hijo y ayudarlo a obtener la clase de atención correcta.
- Trabajar con usted para crear un plan de servicios que satisfaga las necesidades de su hijo.
- Ayudar a su hijo a ver a sus proveedores para obtener los servicios necesarios (incluyendo los servicios de salud preventivos correctos).

- Asegurarse de que todos los servicios y apoyos a largo plazo, atención aguda y otros servicios sociales que su hijo obtiene fuera de Amerigroup sean coordinados.
- Ayudarlo a obtener autorizaciones para los servicios necesarios por motivos médicos de su hijo.
- Ayudarlo a usted y a su hijo a que tomen parte en la planificación de servicio.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Usted puede contactar a un coordinador de servicios llamando al **866-696-0710 (TTY 711)**.

¿Cómo sé quién es el coordinador de servicios de mi hijo?

Cuando le asignamos un coordinador de servicios a su hijo, le enviaremos una carta con su nombre y su número telefónico. Le enviaremos esta información cada año y en el momento en el que el coordinador de servicios de su hijo cambie. Usted también puede encontrar el nombre y número telefónico del coordinador de servicios personal de su hijo en nuestro sitio de Internet en **myamerigroup.com/TX**. Deberá seleccionar **Login (Iniciar sesión)** y registrarse para Member Self Service (Autoservicios del miembro) para ver la información personal de su hijo. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener el nombre y la información de contacto del coordinador de servicios de su hijo.

¿Qué es un especialista de transición?

Su hijo hará una transición de salida de STAR Kids y hacia STAR+PLUS para atención médica después de su cumpleaños número 21. Un especialista de transición es un empleado de Amerigroup que trabaja con todos aquellos en el equipo de su hijo para abordar las dudas sobre transición y encontrar los recursos para su hijo a medida que él o ella se convierte en un adulto.

¿Qué hará el especialista de transición por mi hijo?

Un especialista de transición trabajará con el coordinador de servicios de su hijo empezando cuando su hijo cumpla los 15 años. Ellos trabajarán juntos para planear la transición de su hijo hacia la adultez. La planificación de transición puede incluir, pero no está limitada a, lo siguiente:

- Desarrollar un plan de continuidad de atención para hacer la transición de los servicios de salud y beneficios de Medicaid de STAR Kids a STAR+PLUS sin una suspensión en el servicio
- Ayudarlo a usted y a su hijo a entender los beneficios de STAR+PLUS y las diferencias entre STAR Kids y STAR+PLUS
- Actualizar el plan de servicios de su hijo con metas de transición, como sean necesarias
- Coordinar con el Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARS) para encontrar oportunidades futuras de empleo y de capacitación de empleo
- Trabajar con la escuela de su hijo para coordinar las metas consistentes entre el plan de servicio de su hijo y su Plan de educación individual (IEP)
- Proporcionar educación sobre salud y bienestar para ayudar a que su hijo pueda cuidarse de forma independiente
- Identificar otros recursos para prevenir barreras y abrir oportunidades para hacer la transición hacia la edad adulta
- Ayudarlo a solicitar servicios comunitarios y otros bajo el programa STAR+PLUS después de los 21 años de edad
- Ayudarlo a encontrar médicos y otros proveedores que tratan a adultos

¿Cómo puedo hablar con un especialista de transición?

Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** si a usted le gustaría hablar con un especialista de transición.

¿Qué es un hogar de salud?

Un hogar de salud no es un lugar. Es una práctica del proveedor que gestiona todo el cuidado de la salud que una persona necesita a través de un enfoque de equipo. La práctica del proveedor puede ser una práctica de atención primaria, o en algunos casos, una práctica de atención especial. Un hogar de salud puede ofrecer una gama más amplia de servicios que lo que normalmente está disponible de un proveedor de atención primaria. Su hijo puede beneficiarse de este tipo de atención si él o ella tiene uno o más padecimientos serios y en curso de salud conductual o física. Un hogar de salud está diseñado para enfocarse en un enfoque holístico, o integral, de la persona a la atención médica.

Su hijo puede tener un hogar de salud si usted solicita uno. Le podemos recomendar que su hijo se inscriba en un hogar de salud si pensamos que él o ella se beneficiaría de este tipo de atención.

Algunos servicios de hogar de salud pueden incluir, pero no están limitados a, los siguientes:

- Administración de caso
- Coordinación de atención
- Ayudar a que su hijo desarrolle independencia y hábitos de cuidado propio
- Reunirse con su hijo después de estar en el hospital o en la sala de emergencias
- Apoyar a su familia o a otras personas que cuidan de su hijo
- Ayudarlo a identificar servicios de apoyo comunitario y social
- Coordinar la atención de su hijo con todos sus registros médicos

A hogar de salud no cambia o reemplaza los servicios existentes de su hijo. La meta es hacer que toda la atención de su hijo funcione mejor para él o ella. Usted puede elegir cuándo y si el hogar de salud es el correcto para su hijo. Usted también puede elegir cuándo abandonar el programa. Puede que lo contactemos para hablar acerca de cómo un hogar de salud puede funcionar para su hijo.

Para conocer más acerca de los servicios de hogar de salud, por favor llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

¿Qué es un centro de atención pediátrica extendida recetada (PPECC)?

Un PPECC proporciona a las personas que padecen de un padecimiento de salud médicamente complejo, desde el nacimiento hasta la edad de 20 años, atención médica diaria fuera del hogar.

Si es recetado por un médico, su hijo puede asistir a PPECC por hasta 12 horas al día. La atención puede incluir servicios médicos, de enfermería, psicosociales, terapéuticos y de desarrollo. Los tipos de servicios que su hijo puede recibir están basados en sus necesidades médicas y su estado de desarrollo.

Si desea conocer más acerca de los beneficios de PPECC, por favor llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

¿Qué es la Verificación Electrónica de Visita (EVV)?

EVV es un sistema electrónico usado para documentar y verificar ciertos servicios y apoyos a largo plazo. Si su hijo obtiene servicios de ayudante personal, el ayudante debe registrar sus visitas usando un sistema EVV. El sistema EVV registra cosas como la fecha y hora en el que el servicio empieza y termina, el nombre del ayudante y los servicios proporcionados.

La EVV es gratuita. El ayudante usará su teléfono del hogar para llamar al número de la línea gratuita cuando sus servicios empiezan y terminan. Si no cuenta con un teléfono de línea fija en su hogar, usted puede contar con un pequeño dispositivo instalado en su hogar para que su ayudante pueda registrar con precisión la hora de inicio y fin de los servicios. La agencia que proporciona los servicios puede instalar el dispositivo en su hogar.

La EVV puede ser usada también por servicios de enfermera particular. Contacte a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta acerca de EVV.

¿Cambiarán los beneficios de STAR Kids de mi hijo si él o ella se encuentra en un centro para convalecientes?

Los beneficios de su hijo no cambiarán después de ingresar a un centro para convalecientes o un Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID).

¿Seguiré recibiendo los beneficios de STAR Kids si ingreso a un centro para convalecientes?

Un miembro de STAR Kids que ingresa en un centro para convalecientes o centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID) seguirá siendo miembro de STAR Kids. Cuando un miembro de STAR Kids es residente de un centro para convalecientes o ICF/IID, la MCO tiene que brindar coordinación de servicios y cualquier servicio cubierto que ocurra fuera del centro para convalecientes o ICF/IID. Durante la estancia en el centro para convalecientes o ICF/IID, la MCO de STAR Kids tiene que trabajar con el miembro y el representante legalmente autorizado (LAR) para identificar programas de Servicios en la Comunidad (CS) y programas de servicios de apoyo a largo plazo (LTSS) que le ayudarán al miembro a volver a la comunidad.

¿Y si Amerigroup no cuenta con un proveedor para uno de los beneficios cubiertos de mi hijo?

Si su hijo no puede obtener un beneficio cubierto de un proveedor de la red, haremos los arreglos para que él o ella obtenga los servicios de un proveedor fuera de la red. Pagaremos al proveedor fuera de la red de acuerdo con las reglas estatales. Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** para coordinar los servicios fuera de la red. Usted no tiene que llamarnos para obtener los servicios fuera de la red cuando su hijo tiene una emergencia.

¿Cuáles servicios no están cubiertos?

Para beneficios de servicios y apoyos a largo plazo, Amerigroup solamente ofrece servicios cubiertos por Medicaid de pago por servicios. Para conocer más acerca de cuáles servicios de atención aguda no están cubiertos por Medicare:

- Llame al 800-MEDICARE (TTY 877-486-2048).

- Ingrese en Internet en medicare.gov.
- Lea el manual “Medicare y usted” que recibe cada año.
- Lea la Evidencia de cobertura de su plan de Medicare.

¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados de mi hijo?

Use primero su cobertura de Medicare Part D para obtener las medicinas de su hijo. Si Medicare no las cubre, Medicaid paga por la mayoría de las medicinas que su médico le dice que su hijo necesita.

¿Y si mi hijo también tiene Medicare?

Medicare Part D cubre la mayoría de las medicinas. Muestre la tarjeta de Medicare de su hijo al farmacéutico para surtir sus recetas.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Si no sabe si una farmacia acepta el plan de Medicare o Amerigroup de su hijo, pregúntele al farmacéutico. Usted también puede llamar al asegurador de Medicare Part D de su hijo o a Servicios para Miembros de Amerigroup al **844-756-4600 (TTY 711)**.

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

El farmacéutico le explicará que ellos no aceptan el plan de Medicare de su hijo o Amerigroup STAR Kids. Necesitará llevar la receta de su hijo a una farmacia que acepte su cobertura.

¿Qué debo llevar conmigo a la farmacia?

Cuando usted vaya a la farmacia, usted debería llevar:

- Los botes de medicamentos o medicinas recetadas de su hijo
- La tarjeta de identificación de medicamentos de Medicare Part D de su hijo
- La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits de su hijo

¿Y si necesito que los medicamentos de mi hijo sean entregados?

Muchas farmacias proporcionan servicios de entrega. Pregúntele a su farmacéutico si ellos pueden entregar en su hogar.

¿A quién llamo si tengo problemas para obtener los medicamentos de mi hijo?

Si usted tiene problemas para obtener los medicamentos de su hijo, por favor llame a su asegurador de Medicare Part D o a Servicios para Miembros de Amerigroup al **844-756-4600 (TTY 711)**. Podemos trabajar con usted y su farmacia para asegurar que su hijo obtenga la medicina necesaria.

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

Algunas medicinas requieren de autorización previa del plan de Medicare de su hijo o de Amerigroup. Una autorización previa significa que usted necesita obtener la aprobación de, ya sea el plan de Medicare o de Amerigroup, antes de que usted obtenga esa medicina. Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para tres días. Llame a Amerigroup al **844-756-4600 (TTY 711)** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos. Pídale a su farmacéutico que le despache un suministro de tres días.

¿Y si pierdo el(los) medicamento(s) de mi hijo?

En caso de que la medicina de su hijo se pierda o sea robada, pida a su farmacéutico que llame al asegurador de Medicare Part D de su hijo o a Amerigroup al **800-454-3730**.

¿Cómo obtiene los medicamentos mi hijo si él o ella se encuentra en un centro para convalecientes?

El centro para convalecientes proveerá a su hijo todos los medicamentos requeridos.

¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) u 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 tanto por Medicare como por Medicaid. Para artículos que tanto Medicare como Medicaid cubren, Medicare pagará primero, y luego su plan Amerigroup Medicaid pagará después. Estos incluyen artículos tales como nebulizadores, suministros para la ostomía y diabetes y otros artículos y equipo si son médicamente necesarios. Medicaid también puede pagar los artículos encontrados en una farmacia que no están cubiertos por Medicare tales como medicamentos necesarios por motivos médicos de venta libre recetados, pañales y algunas vitaminas y minerales. Usted debería verificar si su farmacia participa con Medicare o es parte de su plan de salud de Medicare y/o Medicaid.

Llame al **844-756-4600 (TTY 711)** para más información sobre estos beneficios.

¿Cuáles beneficios adicionales obtiene mi hijo como miembro de Amerigroup?

Amerigroup proporciona beneficios adicionales de cuidado de la salud a nuestros miembros de STAR Kids. Estos beneficios adicionales también son llamados beneficios de valor agregado. Proporcionamos estos beneficios para ayudar a mantener a su hijo saludable y para agradecerle por elegir a Amerigroup. Llame a Servicios para Miembros para conocer más acerca de estos beneficios adicionales o visite nuestro sitio de Internet en **myamerigroup.com/TX**.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Salud emocional en línea: herramientas seguras en línea y para teléfonos móviles que puede utilizar las 24 horas, los 7 días de la semana, para ayudarle a mejorar su salud emocional	Acceda a los recursos para el bienestar emocional, organizados por Learn to Live, ingresando en learntolive.com/welcome/txamerigroup . Escriba TXAmerigroup en el campo del código y seleccione "enviar (submit)". Luego, ingrese su número de identificación del miembro.
Productos sensoriales como juguetes antiestrés con texturas, prendas de compresión y mantas con peso sensorial para satisfacer las necesidades de los niños con sensibilidad sensorial: hasta \$75 por año	Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Centro de recompensas de beneficios desde la página de beneficios o llame al 844-756-4600 (TTY 711) .

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Correa para anteojos (1 por año)	Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Centro de recompensas de beneficios desde la página de beneficios o llame al 844-756-4600 (TTY 711) .
Programa Familias Saludables (Healthy Families) con un instructor de vida saludable gratuito para miembros de 7–17 años que necesiten ayuda para llevar un estilo de vida más saludable. Este programa brinda a las familias capacitación sobre acondicionamiento físico y hábitos saludables, información escrita sobre nutrición y recursos en la comunidad y en línea (un programa por única vez).	Llame al 844-421-5661 o a su coordinador de servicios.
Kit de primeros auxilios y un plan personal para desastres (un kit por miembro por única vez)	Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Centro de recompensas de beneficios desde la página de beneficios o llame al 844-756-4600 (TTY 711) .
Un sensor gratuito para inhalador para los miembros con asma: registra el uso del inhalador para mostrar o prevenir problemas de salud	Llame al 844-756-4600 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Servicios de control de plagas cada 3 meses	Llame al 844-756-4600 (TTY 711) o a su coordinador de servicios. Los miembros pueden obtener estos servicios en una ubicación.
Teléfono celular/inteligente gratuito a través del programa Lifeline con minutos, datos y mensajes de texto mensuales. Si usted califica, también recibirá lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Llamadas ilimitadas a Servicios para Miembros, a los defensores de los miembros y a los coordinadores de servicios para llamadas realizadas a través de Servicios para Miembros. • 200 minutos de bonificación al inscribirse. 	Llame al 844-756-4600 (TTY 711) o ingrese en myamerigroup.com/TX para obtener más información. Los minutos de bonificación por su cumpleaños comienzan un mes después de su inscripción. Para ver si reúne los requisitos para el programa federal Lifeline Assistance, ingrese en safelinkwireless.com y complete la solicitud.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<ul style="list-style-type: none"> • 100 minutos de bonificación por su cumpleaños. 	
<p>Ayuda para controlar el peso a través de un programa con acceso en línea 24/7 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 primera infancia en línea 24/7 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>
<p>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.</p>	<p>Envíe un mensaje de texto con la palabra VAPEOUTTX al 88709 para inscribirse.</p>
<p>Directorio de recursos de servicios sociales en línea para ayudarle a encontrar apoyos comunitarios, como servicios de alimentación y nutrición, vivienda, educación y empleo</p>	<p>Para encontrar servicios cercanos, visite myamerigroup.com/TX y seleccione (Ayuda comunitaria (Community Support)) en la sección <i>Obtener ayuda (Get Help)</i>.</p>

¿Cómo puedo obtener estos beneficios adicionales para mi hijo?

Llame a Servicios para Miembros o al coordinador de servicios de su hijo para averiguar cómo obtener estos servicios. Una vez conozcamos las necesidades de su hijo, le ayudaremos a obtener los beneficios adicionales correctos.

¿Cuáles clases de educación sobre la salud ofrece Amerigroup?

Trabajamos para ayudar a mantener saludable a su hijo con nuestros programas de educación sobre la salud. Podemos ayudarlo a encontrar clases cerca de su hogar. Llame a Servicios para Miembros para averiguar dónde y cuándo se imparten estas clases.

Algunas de las clases incluyen:

- Servicios de Amerigroup y cómo obtenerlos
- Nacimiento

- Cuidado del infante
- Consejos sobre cómo ser padre
- Embarazo
- Dejar de fumar cigarrillos
- Protegerse de la violencia
- Otros temas de salud

Disease Management

Si usted tiene un problema de salud a largo plazo, no tiene que estar por sí solo. Nuestro programa de manejo de enfermedades puede ayudarle a sacar mejor provecho de la vida. El programa es privado y está disponible sin costo para usted. Se llama programa de Disease Management (DM). Un equipo de enfermeras certificadas y trabajadores sociales, llamado encargados de caso de DM, está disponible para enseñarle sobre su problema de salud y ayudarle a aprender cómo manejar su salud. Su proveedor de atención primaria y nuestro equipo de DM están a su disposición para ayudarle con sus necesidades de cuidado de la salud.

Puede ingresar al programa si tiene una de estas condiciones:

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

También ofrecemos servicios de control de peso.

Los encargados de caso de DM trabajan con usted para crear objetivos de salud y ayudarle a desarrollar un plan para lograrlos. Como miembro del programa, usted se beneficiará al tener un encargado de caso que:

- Lo escuche.
- Se tome el tiempo para entender sus necesidades específicas.
- Le ayude a hacer un plan de cuidado para lograr sus objetivos de cuidado de la salud.
- Le dé las herramientas, el apoyo y los recursos comunitarios que puedan ayudarle a mejorar su calidad de vida.
- Le proporcione información de salud que pueda ayudarle a tomar mejores decisiones.
- Le ayude a coordinar cuidado con sus proveedores.

Como miembro de Amerigroup inscrito en el programa DM, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Usted tiene derecho a:

- Obtener información sobre Amerigroup. Esto incluye:
 - Todos los programas y servicios de Amerigroup.
 - La educación y experiencia laboral de nuestro personal.
 - Los contratos que tenemos con otras empresas o agencias.
- Negarse a formar parte o abandonar programas y servicios que ofrecemos.

- Saber quién es su encargado de caso y cómo pedir un encargado de caso distinto.
- Obtener ayuda de Amerigroup para tomar decisiones con sus médicos sobre su cuidado de la salud.
- Aprender acerca de todos los tratamientos relacionados con la DM; estos incluyen cualquier cosa establecida en las normas clínicas, ya sea que estén o no cubiertos por Amerigroup. Tiene derecho a hablar sobre todas las opciones con sus doctores.
- Que sus datos personales y su información médica se mantengan en privado.
- Saber quién puede acceder a su información y conocer nuestros procedimientos usados para garantizar seguridad, privacidad y confidencialidad.
- Ser tratado con cortesía y respeto por el personal de Amerigroup.
- Presentar reclamos a Amerigroup y recibir orientación sobre cómo usar el proceso de reclamo, incluyendo cuánto tiempo nos tomará responder y resolver problemas de calidad y reclamos.
- Recibir información que sea clara y fácil de entender.

Usted debe:

- Seguir las recomendaciones de cuidado de la salud ofrecidas por Amerigroup.
- Dar a Amerigroup la información necesaria para poder brindar nuestros servicios.
- Informar a Amerigroup y a sus doctores si decide cancelar su inscripción en el programa de DM.

Si tiene uno de estos problemas de salud o si desea obtener más información sobre nuestro DM, llame al **888-830-4300** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local. Pida hablar con un encargado de caso de la DM. También puede visitar nuestro sitio web en **myamerigroup.com/TX** o llamar a la DM si desea obtener una copia de la información de la DM que encuentra en línea. Llamar puede ser su primer paso en el camino hacia una mejor salud.

¿Qué es la Administración de caso complejo?

En nuestro programa de Administración de caso complejo, los administradores de caso trabajan con el coordinador de servicios de su hijo para ayudar a manejar su atención médica. Por ejemplo, si su hijo ha experimentado un evento crítico o ha sido diagnosticado con un padecimiento de salud serio como diabetes. También tenemos administradores de caso especiales para miembros que están embarazadas.

¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

Usted no necesita una referencia del médico de su hijo. Puede contactar al programa de Administración de caso complejo llamando a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** y pedir hablar con un administrador de caso complejo. Usted puede conversar también sobre este programa con el coordinador de servicios de su hijo. Nuestros administradores de caso son enfermeras y trabajadores sociales autorizados disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Los administradores también tienen un correo de voz confidencial disponible las 24 horas del día.

¿Qué es un miembro con necesidades especiales de atención médica?

Un miembro con necesidades especiales de atención médica (MSHCN) significa un miembro que:

- Tiene una enfermedad en curso seria, un padecimiento crónico o complejo, o una discapacidad que probablemente durará por un largo período de tiempo y

- Requiere de tratamiento y evaluación regulares y en curso para el padecimiento por parte del personal apropiado de atención médica

Como miembro de STAR Kids, usted llena los requisitos como MSHCN y tendrá un plan de servicios y un equipo de atención cuando su hijo lo necesite.

Llámenos al **844-756-4600 (TTY 711)** si necesita ayuda para obtener estos servicios.

¿Qué otros servicios puede ayudar Amerigroup a que obtenga mi hijo?

Podemos ayudarlo con servicios cubiertos por Medicaid de pago por servicios en lugar de Amerigroup. Su hijo no necesita un referido para obtener estos servicios. Los beneficios de Medicaid de pago por servicios incluyen:

- El programa Blind Children's Vocational Discovery and Development Program del Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación
- Servicios de centro para convalecientes y servicios de centro de atención inmediata (ICF)
- Programas opcionales HHSC o DSHS HCBS 1915(c), incluyendo Servicios de Empoderamiento Juvenil (YES), Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS), Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD), Texas para Vivir en Casa (TxHmL) y Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)

Eventos comunitarios

¡Amerigroup se encuentra en su comunidad! Patrocinamos y participamos en eventos comunitarios gratuitos y días de diversión en familia. En estos eventos, usted puede obtener información de salud y pasar un rato agradable. Puede conocer acerca de temas como alimentación saludable, asma y estrés. Estaremos allí para responder las preguntas acerca de sus beneficios también. Llame a Servicios para Miembros o revise la sección de miembros de nuestro sitio de Internet en myamerigroup.com/TX para averiguar cuándo y dónde se llevarán a cabo estos eventos.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS

¿Qué significa médicamente necesario?

Médicamente necesario significa:

- 1) Los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - a) Servicios de detección, 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:
 - i) Tiene que cumplir con los requisitos de una orden final del tribunal que aplica al programa Texas Medicaid o al programa de cuidado administrado de Texas Medicaid como un todo (incluyendo el acuerdo conciliatorio parcial de Alberto N., et al. v. Traylor, et al.); y

- ii) Puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(a-f) y (3)(a-f) de esta definición
- 2) Servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:
- Se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro
 - Cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno
 - Son acordes con el diagnóstico del padecimiento
 - Son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia
 - No son experimentales ni de estudio y
 - No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor
- 3) Servicios de salud mental y abuso de sustancias que
- Cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias
 - Se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro
 - Se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos
 - No se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada
 - No son experimentales ni de estudio y
 - No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor

Si tiene preguntas con respecto a una autorización, una solicitud por servicios o una pregunta sobre administración de utilización, puede llamar a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?

El Director Médico de Amerigroup y nuestros proveedores buscan avances en la tecnología médica y nuevas maneras de usar tecnología médica existente. Buscamos avances en:

- Procedimientos médicos
- Procedimiento de salud conductual
- Medicinas
- Dispositivos

Revisamos información científica y aprobaciones del gobierno para averiguar si el tratamiento funciona y es seguro. Consideraremos cubrir nueva tecnología solamente si la tecnología proporciona resultados iguales o mejores que el tratamiento o terapia cubierta existente.

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención de rutina incluye revisiones regulares, atención preventiva y citas para lesiones y enfermedades menores. Su hijo consulta a un proveedor de atención primaria cuando él o ella no está sintiéndose bien, pero esa es solamente parte del trabajo del proveedor de atención primaria. El proveedor de atención primaria cuida de su hijo antes de que él o ella se enferme. Esto es llamado atención de bienestar.

¿Cuánto esperaré para que mi hijo sea visto?

Su plan de Medicare determinará qué tan pronto debería ser visto su hijo por su proveedor de atención primaria para atención 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 su plan de Medicare. Para recibir ayuda, llámenos gratis al **844-756-4600 (TTY 711)**. También puede llamar a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al mismo número para ayuda con 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 su plan de Medicare.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Después de la atención de rutina y de urgencia, el tercer tipo de atención es la **atención de emergencia**. Si su hijo tiene una emergencia, usted debería llamar al 911 o ir a la sala de emergencias del hospital más cercano inmediatamente. Si necesita consejos, llame al proveedor de atención primaria de su hijo o a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los siete días de la semana al **844-756-4600 (TTY 711)**. Por favor obtenga la atención médica tan pronto como sea 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:

- Poner en grave peligro la salud del paciente
- Ocasionar problemas graves en las funciones corporales
- Ocasionar disfunción grave de algún órgano vital o parte del cuerpo
- Causar desfiguración grave

- 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:

- Requiera intervención y/o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas
- Hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones

Servicios de emergencia y Atención de emergencia significa:

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.

¿Cuándo puedo esperar que mi hijo sea visto?

Su hijo debería poder ver a un médico inmediatamente para atención de emergencia.

¿Qué 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.

¿Qué hago si mi hijo se enferma cuando estamos fuera de la ciudad o viajando?

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llame a su plan Medicare para obtener ayuda para encontrar un médico. Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego contacte a su plan Medicare.

¿Qué hago si mi hijo está fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Contacte a su plan de Medicare para preguntar cómo obtener una segunda opinión para los servicios cubiertos de Medicare de su hijo.

¿Alguien puede servir de intérprete cuando hablo con proveedores de servicios y apoyos a largo plazo? ¿A quién llamo cuando necesite un intérprete?

Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** para informarnos si usted necesita un intérprete por lo menos 24 horas antes de su cita con el proveedor de servicios y apoyos a largo plazo. Este servicio está disponible para visitas con el proveedor de su hijo sin costo alguno para usted.

¿Con cuánta anticipación necesito llamar?

Por favor déjenos saber por lo menos 24 horas antes de la cita si usted necesita un intérprete.

¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en la oficina del proveedor?

Llame a Servicios para Miembros si usted necesita un intérprete cuando usted habla con el proveedor de su hijo en la oficina.

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 su hijo tiene una emergencia y necesita transporte, llame al 911 para una ambulancia. Usted también puede referirse a la sección **¿Qué es la atención médica de emergencia?** de este manual.

¿Y si mi hijo no puede ser transportado por taxi, camioneta u otros vehículos estándar para llegar a las citas de atención médica?

Si su hijo tiene un padecimiento médico que cause que necesite una ambulancia para llegar a las citas de atención médica, el médico de su hijo puede enviar una solicitud a Amerigroup. Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** para conocer más acerca de cómo el médico de su hijo puede enviar una solicitud.

¿Qué es Head Start?

Head Start es un programa que ayuda a que su hijo, de 5 años de edad o menor, se prepare para la escuela. Este programa puede ayudar con:

- Idioma
- Alfabetización
- Desarrollo social y emocional

Para encontrar un programa Head Start cerca de usted, llame a la línea gratuita al 866-763-6481 o diríjase a benefits.gov/benefits/benefit-details/1941.

¿Y si mi hija está embarazada? ¿A quién tengo que llamar?

Si usted piensa que su hija está embarazada, llame a su proveedor de atención primaria o ginecólogo/obstetra de inmediato.

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

Es muy importante consultar a un médico o ginecólogo/obstetra para atención durante el embarazo. Este tipo de atención es llamada atención prenatal. Puede ayudar a que su hija tenga un bebé saludable.

Nuestro programa Taking Care of Baby and Me[®] proporciona a las mujeres embarazadas información y recompensas por recibir atención prenatal y atención posparto. Usted obtiene a un administrador de atención para ayudar a que su hija obtenga atención y servicios prenatales que necesita durante el embarazo y hasta la revisión posparto de 6 semanas. El administrador de atención puede llamar para darle seguimiento a su hija y responder preguntas. Él o ella también puede ayudarlo a encontrar

recursos prenatales en su comunidad. Para averiguar más acerca del programa Taking Care of Baby and Me, llame a Servicios para Miembros.

Cuando su hija esté embarazada, Amerigroup le enviará un paquete de educación sobre el embarazo. Este incluirá:

- Una carta dándole la bienvenida al programa Taking Care of Baby and Me.
- Un libro de autocuidados con consejos sobre cuidados durante el embarazo.
- Folletos sobre los programas Taking Care of Baby and Me y Healthy Rewards.
- Una ficha de datos sobre Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas.
- Folleto Having a Healthy Baby (Tener un bebé saludable).

Después del nacimiento de su bebé, Amerigroup enviará un paquete de educación posparto. Este incluirá:

- Una carta de felicitación.
- Folleto Caring for You and Your Baby (Cuidando de usted y de su bebé).
- Folletos sobre los programas Taking Care of Baby and Me y Healthy Rewards
- Folleto sobre depresión posparto.

Mientras que su hija está embarazada, es especialmente importante cuidar bien de su salud. Usted puede obtener alimentos saludables del programa Women, Infants, and Children (WIC). Servicios para Miembros puede proporcionarle el número telefónico para el programa WIC cerca de usted. Solo llámenos.

Cuando su hija está embarazada, ella debe visita a su médico o ginecólogo/obstetra por lo menos:

- Cada cuatro semanas durante los primeros seis meses.
- Cada dos semanas durante el séptimo y octavo mes.
- Cada semana durante el último mes.

El médico o ginecólogo/obstetra puede querer que ella lo visite con más frecuencia con base en las necesidades de salud.

¿Dónde puedo encontrar un listado de los centros de maternidad?

Por favor llame a su plan de Medicare para averiguar cuáles centros de maternidad se encuentra en la red.

¿Cómo inscribo al bebé recién nacido de mi hija?

El hospital donde el bebé de su hija nació debería ayudarlo a empezar el proceso de solicitud para Medicaid para el bebé. Chequee con el trabajador social del hospital antes de que su hija sea dada de baja y vaya a casa para asegurarse que la solicitud esté completa. Usted debería llamar también al 2-1-1 para encontrar su oficina local de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) para asegurarse de que la solicitud del bebé haya sido recibida. Si su hija es miembro de Amerigroup cuando tenga al bebé, su bebé estará inscrito con Amerigroup en la fecha de nacimiento.

¿Cómo y cuándo informo a Amerigroup?

Recuerde llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup tan pronto como pueda para dejarle saber a su coordinador de servicios o administrador de atención acerca del nacimiento del bebé.

Necesitaremos obtener información acerca del bebé. Usted puede haber elegido ya un proveedor de atención primaria para el bebé antes del nacimiento. Si no, podemos ayudarle a elegir a un proveedor de atención primaria.

¿Cómo y cuándo informo al asistente social de mi hija?

Después de que su hija tenga un bebé, llame a su oficina de beneficios HHSC para informarles que el bebé nació.

¿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 de 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 gratuito) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

- Amerigroup teléfono de administración de casos: **844-756-4600 (TTY 711)**

TX STAR Kids Dual MHB

- Sitio web de Amerigroup: myamerigroup.com/TX

¿Cómo reporto sospechas de abuso, descuido o explotación?

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

¿Qué es abuso o maltrato, descuido y explotación?

- El **abuso o maltrato** 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, maltrato, descuido y la explotación

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

Llame al 9-1-1 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 la Health and Human Services Commission (HHSC) llamando al 800-458-9858 si la persona que sufre abuso, maltrato, 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, maltrato, 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, Maltrato, 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, maltrato, descuido o la explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y los teléfonos de cada persona involucrada.

¿Y si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre atención médica?

Si usted tiene 18 años de edad o más, puede elegir que alguien tome decisiones en su nombre si está demasiado enfermo para tomar decisiones usted mismo. Por favor llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** para conocer más acerca de los formularios que usted necesita.

¿Que son las directivas anticipadas?

Los menores emancipados y miembros de 18 años de edad o más tienen derechos bajo las leyes de directiva anticipada. Una directiva anticipada habla acerca de elaborar un testamento en vida. Un testamento en vida dice que usted puede no desear atención médica si sufre de una enfermedad o lesión grave y no puede mejorar. Para asegurarse de obtener la clase de atención que desea si usted está demasiado enfermo para tomar una decisión usted mismo, puede firmar un testamento en vida. Este es un tipo de directiva anticipada. Es un papel que indica a su médico y a su familia que clases de atención desea o no desea si usted está enfermo o lesionado gravemente.

¿Cómo obtengo una directiva anticipada?

Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su médico o al llamar a Servicios para Miembros. Los asociados de Amerigroup no pueden ofrecer consejo legal o servir como testigos. De acuerdo con la ley de Texas, usted debe ya sea contar con dos testigos o tener su formulario certificado por un notario. Después de haber llenado el formulario, llévelo o envíelo a su médico. Su médico sabrá entonces qué clase de atención usted desea obtener.

Usted puede cambiar de parecer en cualquier momento después de haber firmado una directiva anticipada. Llame a su médico para eliminar la directiva anticipada de su registro médico. Usted también puede hacer cambios en la directiva anticipada al llenar un formulario nuevo.

También puede firmar un papel llamado poder notarial. Este papel le permitirá nombrar a una persona para que tome decisiones por usted cuando usted mismo no pueda hacerlo. Pregunte a su médico acerca de estos formularios.

¿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.

Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo

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

¡No pierda los beneficios de atención médica de su hijo! Su hijo podría perder los beneficios aun si todavía llena los requisitos. Cada 12 meses, usted deberá renovar los beneficios de su hijo. La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le enviará un paquete alrededor de 60 días antes de la fecha de vencimiento indicándole que es momento de renovar los beneficios de Medicaid. El paquete tendrá las

instrucciones para decirle cómo renovarlo. Si usted no lo renueva antes de la fecha de vencimiento, su hijo perderá los beneficios de atención médica.

Usted puede solicitar y renovar beneficios en Internet en YourTexasBenefits.com. Seleccione “View My Case (Ver mi caso)” y cree una cuenta para obtener acceso fácil al estado de sus beneficios.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar a 2-1-1, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2 o visite la oficina de beneficios de la HHSC cerca de usted. Para encontrar la oficina de beneficios de la HHSC más cercana a su hogar, puede llamar 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 superior de la página.

Queremos que su hijo siga obteniendo los beneficios de atención médica de nosotros si él o ella todavía llena los requisitos para ellos. Para renovar, diríjase a yourtexasbenefits.com y seleccione “View my case (Ver mi caso)”. Siga las instrucciones allí para renovar.

¿Y si recibo una factura del médico de mi hijo? ¿A quién llamo?

Siempre muestre la tarjeta de identificación de Medicare o del plan Medicare de su hijo y su tarjeta actual de Medicaid de Your Texas Benefits cuando su hijo visite a un médico, vaya al hospital o se haga análisis. Aun si su médico le dijo que vaya, usted debe mostrar la tarjeta de identificación de Medicare o del plan Medicare de su hijo y la tarjeta actual de Medicaid de Your Texas Benefits para asegurarse de que no le envíen una factura por los servicios cubiertos por Medicare y/o Medicaid. **No necesita mostrar una tarjeta de identificación de Amerigroup antes de que su hijo obtenga atención de emergencia.** Si recibe una factura, envíe la factura al defensor del miembro en su área de servicio en la ubicación de Amerigroup más cercana a usted. Un listado de ubicaciones de Amerigroup se encuentra en la parte anterior de este libro. Incluya una carta con su factura. Lea la sección siguiente **¿Qué información necesitan?** para averiguar qué incluir en la carta. También puede llamarnos al **844-756-4600 (TTY 711)** para solicitar ayuda.

¿Qué información necesitan?

En la carta junto con la factura, indíquenos:

- El nombre de su hijo.
- Su número telefónico.
- El número de identificación de Amerigroup de su hijo.

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

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

También puede llamarnos al **844-756-4600 (TTY 711)** para solicitar ayuda.

¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?

No le pueden enviar una cuenta por los gastos de participación en los costos de Medicare, lo cual incluye deducibles, coaseguro y copagos.

¿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 **844-756-4600 (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.

¿Y si tengo otro seguro de salud 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
 - c. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones
 - d. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud
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 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.

TX STAR Kids Dual MHB

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.

ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD

¿Qué hace la administración de la calidad por usted?

El programa de Administración de la Calidad de Amerigroup está a su disposición para asegurar que su hijo está siendo atendido. Damos una mirada a los servicios que su hijo ha recibido para verificar si él o ella está recibiendo el mejor cuidado de la salud preventivo. Si su hijo padece de una enfermedad crónica, revisaremos si él o ella está recibiendo ayuda para manejar su padecimiento.

El departamento de Administración de la Calidad desarrolla programas para ayudarlo a conocer más acerca de la atención médica de su hijo. Contamos con equipos de alcance para ayudarlo a programar citas para la atención que su hijo necesita y hacer los arreglos de transporte si lo necesita. Estos servicios son gratuitos ya que queremos ayudar a que su hijo esté y permanezca saludable.

Trabajamos con los proveedores de nuestra red para enseñarles y ayudarles a cuidar a su hijo. Usted puede recibir correos de nosotros acerca de tomar pasos de salud preventiva o manejar una enfermedad. Queremos que nos ayude a mejorar al decirnos qué cosas podemos hacer mejor. Para conocer más acerca de nuestro programa de Administración de la Calidad, por favor llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

¿Cuáles son las pautas de práctica clínica?

Amerigroup usa pautas nacionales de práctica clínica para la atención de su hijo. Las pautas de práctica clínica son estándares de atención nacionalmente reconocidos, científicos y comprobados. Estas pautas son recomendaciones para doctores y otros proveedores de cuidado de la salud para diagnosticar y manejar el padecimiento específico de su hijo. Si le gustaría una copia de estas pautas, llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

PROCESO DE QUEJAS

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

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al **844-756-4600 (TTY 711)** para explicarnos el problema. Un representante de Servicios para Miembros o un defensor del miembro de Amerigroup puede ayudarlo a presentar una queja. Solo llame al **844-756-4600 (TTY 711)**. Por lo general, podemos ayudarlo de inmediato o, a más tardar, en unos días.

¿Alguien de Amerigroup puede ayudarme a presentar una queja?

Sí, un Defensor de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar una queja ante Amerigroup o ante el programa estatal apropiado. Un defensor del miembro puede ayudarlo también a presentar una apelación ante su plan de Medicare o directamente a Medicare. Por favor llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?

Amerigroup responderá a su queja dentro de los 30 días desde la fecha en la que la recibimos.

¿Cuáles son los requerimientos y marcos de tiempo para presentar una queja?

Cuéntenos acerca de su queja al llamarnos o escribirnos. Le enviaremos una carta dentro de los siguientes 5 días hábiles después de haber recibido su queja. Esto significa que tenemos su queja y hemos empezado a investigarla. Incluiremos un formulario de quejas con nuestra carta si su queja fue hecha por teléfono. Debe completar este formulario y enviarlo de regreso a nosotros. Si usted necesita ayuda para completar el formulario de queja, por favor llame a Servicios para Miembros.

Le enviaremos una carta dentro de los 30 días desde la fecha en la que recibimos su queja. Esta carta le indicará lo que hemos hecho para abordar su queja.

Si su queja se trata acerca de una emergencia en curso o estancia en hospital, será resuelta tan rápidamente como sea necesario para la urgencia de su caso y no más de 1 día hábil desde el momento en el que recibimos su queja.

¿Cómo presento una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos una vez haya agotado el trámite de quejas de Amerigroup?

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Amerigroup, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) 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 usted presenta una queja, Amerigroup no lo tomará a mal. Aun estaremos aquí para ayudarle a recibir atención médica de calidad.

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 **844-756-4600 (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 **844-756-4600 (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 **844-756-4600 (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. Por favor llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (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 **844-756-4600 (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 **844-756-4600 (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 **844-756-4600 (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.

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**

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.

INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE

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

Esperamos que este libro haya respondido a la mayoría de sus preguntas acerca de Amerigroup. Para más información, usted puede llamar a Servicios para Miembros 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 habilitación	Servicios de salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias en la vida diaria.
Seguro médico	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 medicamento 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.

