



Manual del miembro

STAR Kids

Dallas, El Paso, Harris, Lubbock y Área de Servicio Rural Oeste de Medicaid

Miembros de Medicaid

Septiembre de 2022

844-756-4600 (TTY 711)

myamerigroup.com/TX



TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS
STAR Kids
Su Plan de Salud ★ Su Opción

Amerigroup Manual del miembro de STAR Kids

Dallas, El Paso, Harris, Lubbock y Área de
Servicio Rural Oeste de Medicaid

Miembros de Medicaid

844-756-4600 (TTY 711)

myamerigroup.com/TX

Septiembre de 2022

Estimado miembro:

¡Bienvenido! Gracias por elegirnos como su plan de salud de STAR Kids.

En Amerigroup, trabajamos con usted con el fin de que sea mejor para su hijo. Una forma de hacerlo es proporcionándole información que usted necesita para ayudar a su hijo a aprovechar al máximo sus beneficios de salud. Este manual del miembro le ayuda a entender cómo trabajar con nosotros. Este incluye información acerca de los beneficios de su hijo y cómo usarlos. ¡También incluimos información acerca de beneficios adicionales que usted recibe solo por ser nuestro miembro, como nuestro programa Healthy Rewards, cuidado de relevo adicional para que la familia y los cuidadores puedan tomarse un descanso y más!

En pocos días recibirá la tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo. Verifique el nombre del doctor que aparece en la misma. Si no es correcto, llámenos al **844-756-4600 (TTY 711)**. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación corregida. También puede registrarse en línea en myamerigroup.com/TX para actualizar su dirección y cambiar su proveedor de cuidado primario.

Estamos a una llamada

- Llame al **844-756-4600 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro si tiene preguntas sobre beneficios o necesita comunicarse con nosotros por algún motivo.
- Si necesita consejos médicos o desea hablar con una enfermera certificada, llame a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas a la misma línea gratuita y en cualquier momento del día o la noche.
- Puede buscar proveedores en nuestro plan con nuestra herramienta del directorio de proveedores en línea. Visite myamerigroup.com/TX y seleccione **Find a Doctor (Encontrar un doctor)** para buscar por nombre de proveedor o tipo de especialidad. Le facilitamos encontrar un doctor cerca de usted. Si necesita ayuda para encontrar un doctor o le gustaría obtener un directorio impreso sin costo, llame a Servicios para Miembros.

Gracias nuevamente por ser nuestro miembro. Quedamos a la espera de trabajar con usted.

Consejos para lograr una buena salud

¡Su hijo debe acudir a su doctor ahora!

Cuidado de bienestar para niños, el programa Pasos Sanos de Texas

Los niños necesitan más chequeos de bienestar que los adultos. Estos chequeos médicos para niños desde el nacimiento hasta los 20 años de edad que tienen Medicaid se llaman Pasos Sanos de Texas. Cuando su hijo se convierta en miembro de Amerigroup, podemos contactarlo para recordarle que lleve a su hijo para un chequeo médico en un plazo de 90 días de la inscripción. Su hijo debe hacerse chequeos médicos de Pasos Sanos de Texas en los momentos listados a continuación.

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

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

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

Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para recibir servicios para su hijo, llame a Servicios para Miembros de Amerigroup al **844-756-4600 (TTY 711)**.

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

AMERIGROUP
PROGRAMA STAR KIDS PARA MIEMBROS DE MEDICAID
MANUAL DEL MIEMBRO

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 indicará cómo podemos ayudarlo a obtener el cuidado salud que necesita.

ÍNDICE	III
BIENVENIDO A AMERIGROUP!	9
INFORMACIÓN SOBRE EL NUEVO PLAN DE SALUD DE SU HIJO	9
Su manual del miembro de Amerigroup.....	9
NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES	9
Línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup	9
Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup	10
Servicios de Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y línea de Where's My Ride? (¿Dónde Está Mi Traslado?)	10
Línea de servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias	11
Otros números telefónicos importantes	11
LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP DE SU HIJO	12
¿Cómo se ve la tarjeta de identificación de Amerigroup de mi hijo? ¿Cómo la usa?	12
¿Qué información está en la tarjeta de identificación de Amerigroup de mi hijo?	12
¿Cómo reemplazo la tarjeta de identificación de Amerigroup de mi hijo si la pierdo o me la roban?	12
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid	13
¿Qué pasa si necesito un formulario de verificación de identificación temporal?	15
PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO	15
¿Qué debo llevar conmigo a la cita con el doctor de mi hijo?	15
¿Qué es un proveedor de cuidado primario?	15
¿Puede un especialista ser considerado alguna vez como proveedor de cuidado primario?	15
¿Cómo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi hijo?	16
¿Puede una clínica ser el proveedor de cuidado primario de mi hijo?	16
¿Cuántas veces puedo cambiar proveedor de cuidado primario el de mi hijo?.....	16
¿Cuándo se hará efectivo el cambio del proveedor de cuidado primario de mi hijo?	16

¿Hay algún motivo por el que mi solicitud de cambiar el proveedor de cuidado primario de mi hijo pueda ser denegada?.....	16
¿Puede el proveedor de cuidado primario de mi hijo trasladarme a otro proveedor de cuidado primario por falta de cumplimiento?.....	17
¿Qué pasa si elijo ir a otro doctor que no sea el proveedor de cuidado primario de mi hijo?.....	17
¿Cómo recibo cuidado médico después de que el consultorio del proveedor de cuidado primario de mi hijo esté cerrado?	17
¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?.....	17
PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	18
CAMBIO DE PLAN DE SALUD	18
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud? ¿A quién llamo? ¿Cuántas veces puedo cambiar el plan de salud de mi hijo?	18
¿Cuándo se hará efectivo el cambio del plan de salud de mi hijo?.....	18
¿Puede Amerigroup pedir que mi hijo sea retirado del plan de salud por falta de cumplimiento?.....	19
MIS BENEFICIOS.....	19
¿Cuáles son los beneficios de cuidado de la salud de mi hijo?	19
¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?	19
¿Hay alguna limitación para algunos servicios cubiertos?	19
¿Qué pasa si Amerigroup no tiene un proveedor para uno de mis beneficios cubiertos?	20
¿Cuánto tengo que pagar para el cuidado de la salud de mi hijo?.....	20
¿Cuáles son los beneficios de cuidado agudo de mi hijo?	20
¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?	22
¿Cuáles servicios no están cubiertos por Amerigroup?	22
¿Cuáles son los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) de mi hijo?.....	22
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?.....	25
Estoy recibiendo servicios del Programa de Niños Medicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?.....	25
Estoy recibiendo Servicios de Empoderamiento Juvenil (programa opcional YES). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?	25
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)?	25
Estoy recibiendo servicios del programa opcional para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?...	26
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)?.....	26
Estoy recibiendo servicios del programa opcional de Texas para Vivir en Casa (TxHmL). ¿Cómo recibiré los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS)?	26
¿Cambiarán los beneficios de STAR Kids de mi hijo si él o ella está en un centro de enfermería?	26
¿Seguiré recibiendo los beneficios de STAR Kids si ingreso a un centro para convalecientes?.....	26
¿Qué es coordinación de servicios?	27
¿Qué hará el coordinador de servicios por mi hijo? ¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?.....	27
¿Cómo sé quién es el coordinador de servicios de mi hijo?.....	28

El plan de servicios de Amerigroup de su hijo	28
¿Cómo cambio el plan de servicios de Amerigroup de mi hijo?.....	28
¿Qué es un especialista de transición?.....	29
¿Qué hará un especialista de transición por mi hijo? ¿Cómo puedo hablar con un especialista de transición?.....	29
¿Qué es un hogar de salud?	29
¿Qué es un centro de cuidado extendido pediátrico recetado (PPECC)?.....	30
¿Qué es la verificación electrónica de visita?	30
¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados de mi hijo?.....	31
¿Cuáles beneficios adicionales recibe mi hijo como miembro de Amerigroup?	31
¿Cómo obtengo estos beneficios adicionales para mi hijo?.....	36
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece Amerigroup?	36
¿Qué programas de manejo de enfermedades ofrece Amerigroup?	37
¿Qué es manejo de caso complejo?	38
¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?	38
¿Qué es un miembro con necesidades especiales de cuidado de la salud?.....	39
¿Qué otros servicios puede Amerigroup ayudar a que mi hijo reciba?	39
Eventos comunitarios	39
CUIDADO DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS	40
¿Qué significa necesario por motivos médicos?	40
¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?.....	41
¿Qué es cuidado médico de rutina?.....	41
¿Cuán pronto puedo esperar que atiendan a mi hijo?.....	41
¿Qué es la atención médica urgente?.....	41
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?.....	41
¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?	42
¿Qué es cuidado médico de emergencia?	42
¿Cuán pronto puedo esperar que atiendan a mi hijo?.....	43
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan de salud?	43
¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?	43
¿Qué es la posestabilización?	43
¿Cuán pronto puede mi hijo ver a su doctor?	43
¿Cómo recibe mi hijo cuidado médico después de horas laborales?.....	44
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	45
¿Qué pasa si estoy fuera del estado?	45
¿Qué hago si estoy fuera del país?	45
¿Qué pasa si mi hijo necesita ver a un médico especial (especialista)?	45
¿Qué es un referido? ¿Qué servicios no necesitan un referido?	45
¿Cuán pronto puede mi hijo ser atendido por un especialista?.....	46
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	46
¿Cómo obtengo ayuda si mi hijo tiene problemas de salud del comportamiento (mental), alcohol o de drogas?	46
¿Necesito un referido para esto?	46
¿Qué son servicios de rehabilitación de salud mental y manejo de caso dirigido de salud mental?	46
¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?	46
¿Cómo obtengo los medicamentos para mi hijo?.....	47

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	47
¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está en la red?.....	47
¿Qué debo llevar a la farmacia?	47
¿Qué pasa si necesito que me entreguen los medicamentos de mi hijo?	47
¿A quién debo llamar si tengo problemas para recibir los medicamentos de mi hijo?	48
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?	48
¿Qué pasa si se pierde(n) el(los) medicamento(s) de mi hijo?.....	48
¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?	48
¿Cómo transfiero las recetas de mi hijo a una farmacia del plan?.....	48
¿Tendré un copago?.....	48
¿Cómo obtengo los medicamentos de mi hijo si estoy de viaje?.....	48
¿Cómo obtiene mi hijo medicamentos si él o ella está en un centro de enfermería?.....	49
¿Qué pasa si pagué una medicina de mi bolsillo y quiero que me hagan el reembolso?	49
¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?	49
¿Cómo obtiene mi hijo servicios de planificación familiar?.....	49
¿Necesita mi hijo un referido para esto?.....	49
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	50
¿Qué es la administración de casos para mujeres embarazadas y niños?	50
Administración de casos para mujeres embarazadas y niños	50
¿Qué es intervención a edad temprana?	50
¿Necesita mi hijo un referido para esto?.....	51
¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?	51
¿Qué es Head Start?	51
¿Qué es Pasos Sanos de Texas?	51
¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?	51
¿Cómo y cuándo recibo chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?	52
¿Tiene que ser el doctor parte del plan de Amerigroup?.....	53
¿Necesita mi hijo un referido?.....	53
¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?	53
¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad en la fecha de la visita de Pasos Sanos de Texas de mi hijo?.....	53
¿Y si soy trabajador de campo migrante?.....	53
¿Qué debo hacer si mi hijo pierde su chequeo de Pasos Sanos de Texas?	54
SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT).....	54
¿Qué son los servicios de NEMT?	54
¿Que servicios forman parte de los servicios de NEMT?.....	54
¿Qué pasa si mi hijo no puede ser transportado por taxi, camioneta u otros vehículos estándares para ir a citas de cuidado de la salud?	55
¿Cómo obtengo servicios de cuidado de los ojos para mi hijo?	55
¿Qué servicios dentales cubre Amerigroup para los niños?.....	55
¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con el doctor? ¿A quién debo llamar para un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?	56
¿Cómo puedo obtener un intérprete cara a cara en el consultorio del proveedor?	56
¿Qué pasa si necesito cuidado de obstetricia/ginecología?.....	56
¿Tengo derecho a escoger un obstetra/ginecólogo?	56

¿Cómo escojo a un obstetra/ginecólogo?	57
Si no escojo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?	57
¿Necesitaré un referido?	57
¿Cuán pronto puede mi hija ser atendida después de contactar a un obstetra/ginecólogo para una cita?	57
¿Puede mi hija seguir con el obstetra/ginecólogo si él o ella no está con Amerigroup?.....	57
¿Qué pasa si mi hija está embarazada? ¿A quién debo llamar?	57
¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Amerigroup a embarazadas?.....	57
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de parto?	59
¿Puedo escoger un proveedor de cuidado primario para el bebé de mi hija antes de que nazca?	59
Cuando su hija tenga un nuevo bebé	59
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi bebé?	59
¿Cómo inscribo al bebé recién nacido de mi hija?.....	60
¿Cómo y cuándo le informo a Amerigroup?.....	60
Programa de Salud para la Mujer de Texas	60
Programa Atención Primaria de Salud del DSHS	61
Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS.....	61
Programa de Planificación Familiar del DSHS.....	62
¿Cómo y cuándo le informo al asistente social de mi hija?.....	62
¿A quién debo llamar si mi hijo tiene necesidades especiales de cuidado de la salud y necesito que alguien me ayude?.....	62
¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi cuidado médico?	62
¿Qué son directivas anticipadas?.....	62
¿Cómo consigo una directiva anticipada?	63
Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo	63
¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar la solicitud de renovación de mi hijo?.....	63
¿Qué hago si mi hijo pierde la cobertura de Medicaid?	64
¿Qué pasa si recibo una factura de un doctor? ¿A quién llamo?	64
¿Qué información necesitan?	64
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	64
¿Qué pasa si tengo otro seguro médico además de Medicaid?	65
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	65
CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE SU HIJO	68
PROCESO DE RECLAMOS.....	69
¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién llamo?	69
¿Puede alguien de Amerigroup ayudarme a presentar un reclamo?.....	69
¿Cuánto tiempo tomará procesar mi reclamo?.....	69
¿Cuáles son los requisitos y plazos de tiempo para presentar un reclamo?.....	69
¿Cómo presento un reclamo ante la Health and Human Services Commission una vez haya agotado el proceso de reclamo de Amerigroup?	69
¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación de reclamos?.....	70
PROCESO DE APELACIONES.....	70
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que está cubierto, pero Amerigroup lo deniega o lo limita?	70
¿Cómo me enteraré si deniegan algún servicio?.....	71

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?	71
¿Cómo puedo seguir recibiendo los servicios que ya estaban aprobados?	71
¿Alguien de Amerigroup puede ayudarme a presentar una apelación?	72
¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?	72
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?	72
APELACIONES DE EMERGENCIA	72
¿Qué es una apelación de emergencia?	72
¿Cómo solicito una apelación de emergencia? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?	72
¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?	73
¿Qué sucede si Amerigroup deniega la solicitud de una apelación de emergencia?	73
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?	73
AUDIENCIAS IMPARCIALES ANTE EL ESTADO	73
¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?	73
INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA.....	74
¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?	74
¿CÓMO INFORMO UN SUPUESTO ABUSO, MALTRATO O EXPLOTACIÓN?	76
¿Qué es abuso, maltrato, descuido y explotación?	76
INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO	77
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	77
ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD	78
¿Qué hace la administración de la calidad por usted?	78
¿Qué son normas de práctica clínica?	78
INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE UNA VEZ AL AÑO.....	78
GUÍA PARA MIEMBROS SOBRE TÉRMINOS DEL CUIDADO ADMINISTRADO.....	80

¡BIENVENIDO A AMERIGROUP!

INFORMACIÓN SOBRE EL NUEVO PLAN DE SALUD DE SU HIJO

¡Bienvenido a Amerigroup! Somos una organización de cuidado administrado y deseamos ayudar a su hijo a recibir el cuidado adecuado cerca de su hogar. Como miembro del programa Amerigroup STAR Kids, el proveedor de cuidado primario o doctor de su hijo trabajarán conjuntamente con usted para ayudar a su hijo a mantenerse sano. Los miembros de Amerigroup STAR Kids son atendidos por Amerigroup Insurance Company. Para averiguar acerca de doctores y hospitales en su área, visite myamerigroup.com/TX y vaya a la página **Find a Doctor (Encontrar un doctor)**. También puede llamar a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

Su manual del miembro de Amerigroup

Este manual le ayudará a entender su plan de salud de Amerigroup y los beneficios de STAR Kids Medicaid que su hijo recibe de nosotros. Sus beneficios de Amerigroup son sus beneficios de STAR Kids Medicaid más los beneficios de valor agregado adicionales que su hijo recibe por ser nuestro miembro.

Si tiene preguntas acerca de cualquier cosa que lea en este libro, llame a Servicios para Miembros. Puede pedir este manual en letras grandes, audio, Braille, u otro idioma.

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

Línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup

Si tiene alguna pregunta sobre el plan de salud de Amerigroup de su hijo, 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 en días feriados estatales aprobados. Si llama después de las 6 p.m. o en un fin de semana o día feriado, puede dejar un mensaje en el correo de voz. Un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada al siguiente día laboral.

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

- Este manual del miembro
- Tarjetas de identificación del miembro
- Qué debe hacer si piensa que necesita servicios y apoyos a largo plazo
- Coordinación de servicios y acceso a servicios
- Sus doctores
- Citas con el doctor
- Transporte
- Beneficios de cuidado de la salud
- Lo que debe hacer en una emergencia o crisis
- Cuidado de bienestar
- Tipos especiales de cuidado de la salud

- Vida saludable
- Reclamos y apelaciones médicas
- Derechos y responsabilidades

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

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

Si su hijo tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si necesita consejos, llame al proveedor de cuidado primario de su hijo o a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los 7 días de la semana al **844-756-4600 (TTY 711)**.

Para cuidado urgente (vea la sección **¿Qué es la atención médica urgente?** de este manual), usted debe llamar al proveedor de cuidado primario de su hijo incluso en las noches y fines de semana. Él o ella le dirán lo que debe hacer. Llámenos para encontrar una clínica de cuidado urgente cerca de usted. O llame a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los 7 días de la semana al **844-756-4600 (TTY 711)**, para recibir asesoramiento en cualquier momento, de día o de 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 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame a la línea gratuita al **844-756-4600 (TTY 711)** si necesita consejos sobre:

- Cuán pronto su hijo necesita cuidado para una enfermedad.
- Qué tipo de cuidado de la salud necesita su hijo.
- Cómo cuidar a su hijo antes de ver al doctor.
- Cómo puede recibir el cuidado que necesita su hijo.

Las enfermeras de Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas también conocen sobre el programa Star Kids y los miembros, servicios cubiertos y recursos para proveedores. Puede hablar con alguien en inglés o 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.

Línea de servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias

La línea de servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias está a disposición de los miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **844-756-4600 (TTY 711)**. La llamada es gratuita y puede hablar con alguien en inglés o español. Para otros idiomas, están disponibles servicios de intérpretes. Puede llamar a la línea de servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias por ayuda para recibir servicios. **Si su hijo tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.**

Otros números telefónicos importantes

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

Línea de ayuda del programa STAR Kids	877-782-6440
Equipo de asistencia de cuidado administrado del ombudsman	866-566-8989
Línea directa de Medicaid	800-252-8263
Programa Pasos Sanos de Texas	877-847-8377
Programa de intervención a edad temprana de Texas	800-628-5115
Cuidado de los ojos a través de Superior Vision of Texas	800-428-8789
Cuidado dental a través de:	
DentaQuest	800-516-0165
MCNA Dental	800-494-6262

UnitedHealthcare Dental	877-901-7321
Línea de notificación al cliente de Texas	800-414-3406

LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP DE SU HIJO

¿Cómo se ve la tarjeta de identificación de Amerigroup de mi hijo? ¿Cómo la usa?

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

Su tarjeta de identificación de Amerigroup tiene escritos el nombre y número telefónico del doctor de su hijo. También tiene la fecha en que entra en vigencia la asignación de su proveedor de cuidado primario. Su tarjeta de identificación lista muchos de los números telefónicos importantes, como los de nuestro departamento de Servicios para Miembros y Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas.



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

La tarjeta le informa a los proveedores y hospitales que su hijo es miembro de Amerigroup. También les dice que Amerigroup pagará los servicios necesarios por motivos médicos listados en la sección **Mis beneficios**. También lista los números para el cuidado de la vista y servicios de farmacia.

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

Si pierde o le roban la tarjeta de identificación de su hijo, llame a Amerigroup inmediatamente. Le enviaremos una nueva. También puede imprimir una tarjeta de identificación desde nuestro sitio web en **myamerigroup.com/TX**. Deberá registrarse e iniciar sesión en el sitio web para acceder a la información de 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 logo for 'Your Texas Benefits' with the text 'Health and Human Services Commission' below it. The card contains several fields: 'Member name:', 'Member ID:', 'Issuer ID:', and 'Date card sent:'. To the right of these fields is a 'Note to Provider:' which reads: 'Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card? Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.'

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

- Su nombre y número de identificación de Medicaid
- La fecha en que se le envió la tarjeta
- El nombre del programa de Medicaid en el que está inscrito si recibe:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa Healthy Texas Women (HTW)
 - Atención para pacientes terminales
 - Programa STAR Health
 - Medicaid de Emergencia, o
 - Presunción de derecho a beneficios (PE) para mujeres embarazadas
- Los datos que la farmacia necesita para enviar el cobro a Medicaid

- Si está en el programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in), el nombre de su médico y farmacia

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

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

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

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

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

Para acceder al portal, visite YourTexasBenefits.com.

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

Nota: El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo de los beneficiarios actuales. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

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

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

PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO

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

Cuando vaya a la cita con el doctor, lleve:

- La tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo.
- La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits de su hijo.
- Las medicinas que su hijo esté tomando.
- Los registros de vacunas de su hijo.
- Cualquier pregunta que quiera hacerle a su doctor.

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un proveedor de cuidado primario es el doctor principal que proporciona la mayoría del cuidado de la salud regular de su hijo. El proveedor de cuidado primario de su hijo debe estar en el plan de Amerigroup. El proveedor de cuidado primario le dará un hogar médico. Un hogar médico significa el doctor de su hijo llegará a conocerlo, entenderá la historia de salud de su hijo y lo ayudará a recibir el mejor cuidado posible. El proveedor de cuidado primario también lo enviará a otros doctores, especialistas, u hospitales cuando sea necesario un cuidado o servicios especiales. Cuando se inscribió en Amerigroup, usted debió haber escogido un proveedor de cuidado primario para su hijo. Si no lo hizo, nosotros le asignamos uno. Escogimos uno que estuviese cerca de usted. El nombre y número telefónico de su proveedor de cuidado primario están en la tarjeta de identificación de Amerigroup.

Si su hijo ha estado recibiendo cuidado de un doctor que atiende niños y ahora necesita cambiar a un doctor que proporciona cuidado para adultos, usted puede cambiar a otro proveedor de cuidado primario. Podemos ayudarlo a elegir un doctor para adultos y transferir los registros médicos de su hijo. Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

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

Si su hijo necesita cuidado regular de un especialista, podemos aprobar que un especialista lo atienda como su proveedor de cuidado primario. Un especialista puede atenderlo como

proveedor de cuidado primario si su hijo tiene una discapacidad, necesidades especiales de cuidado de salud, o una enfermedad o condición crónica o que amenaza su vida donde:

- Su hijo pueda necesitar ser hospitalizado muchas veces.
- Su hijo necesita recibir la mayoría de su cuidado de un especialista.
- Su proveedor de cuidado primario no puede coordinar el cuidado que usted necesita.

Si su hijo vive en un centro de enfermería, también puede designar a un especialista como el proveedor de cuidado primario.

El especialista debe:

- Satisfacer los requisitos normales de un proveedor de cuidado primario.
- Proporcionar acceso a cuidado las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Coordinar todo el cuidado de la salud de su hijo, incluyendo cuidado preventivo.

¿Cómo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi hijo?

Llame a Servicios para Miembros si necesita hacer un cambio de proveedor de cuidado primario. Puede ver en el directorio de proveedores de Amerigroup que recibió con su paquete de inscripción de STAR Kids o ir al sitio web myamerigroup.com/TX para encontrar un proveedor de cuidado primario.

¿Puede una clínica ser el proveedor de cuidado primario de mi hijo?

Sí, las Clínicas de salud rural (RHC) y los Centros de salud calificados federalmente (FQHC) listados en el directorio de proveedores de Amerigroup STAR Kids pueden funcionar como su proveedor de cuidado primario.

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

No hay límite en el número de veces que puede cambiar el proveedor de cuidado primario de su hijo. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamándonos gratis al **844-756-4600** o escribiendo a Amerigroup a la oficina listada en el frente de este manual. Dirija su solicitud por escrito al defensor del miembro.

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

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

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

No podrá cambiar el doctor de su hijo si:

- El doctor que ha escogido no puede tomar nuevos pacientes.

- El nuevo doctor no está en el plan de Amerigroup.

¿Puede el proveedor de cuidado primario de mi hijo trasladarme a otro proveedor de cuidado primario por falta de cumplimiento?

Su proveedor de cuidado primario puede pedirle que su hijo sea cambiado a otro proveedor de cuidado primario. Su doctor puede hacer esto si:

- Usted no sigue sus consejos médicos una y otra vez.
- Su doctor está de acuerdo con que un cambio es lo mejor para su hijo.
- No tiene la experiencia adecuada para tratar a su hijo.
- Usted fue asignado al doctor por error (como un niño asignado a un doctor que solamente trata adultos).

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

Hable primero con el proveedor de cuidado primario acerca de cualquier cuidado que su hijo necesite de otros doctores. El proveedor de cuidado primario de su hijo puede darle referirlos a doctores en el plan de Amerigroup y ayudar a coordinar todo el cuidado que su hijo necesite.

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

Si necesita conversar con el proveedor de cuidado primario de su hijo después de que ha cerrado el consultorio, llame al número de teléfono del proveedor de cuidado primario que está en su tarjeta de identificación. Alguien debería devolverle la llamada dentro de 30 minutos para decirle lo que debe hacer. También puede llamar por ayuda a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

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

Para evitar que lo pongan en el Programa Lock-in de Medicaid:

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

Para más información, llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

En algunos casos, se puede aprobar que usted reciba medicamentos de otra farmacia. Estos incluyen:

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

Debe llamar a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** si necesita aprobación para recibir un medicamento en una farmacia distinta a la farmacia de lock-in.

PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

Amerigroup no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Médicamente Necesarios cubiertos para los miembros. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de cuidado primario (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al **844-756-4600 (TTY 711)** para más información.

CAMBIO DE PLAN DE SALUD

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud? ¿A quién llamo? ¿Cuántas veces puedo cambiar el plan de salud de mi hijo?

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

¿Cuándo se hará efectivo el cambio del 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 pedir que mi hijo sea retirado del plan de salud por falta de cumplimiento?

Hay varios motivos por los que la inscripción de su hijo podría ser cancelada o retirada de Amerigroup. Estos motivos están listados a continuación. Si usted o su hijo han hecho algo que pueda llevar a la cancelación de la inscripción, lo contactaremos. Le pediremos que nos cuente lo que sucedió.

La inscripción de su hijo en Amerigroup podría ser cancelada si:

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

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

MIS BENEFICIOS

¿Cuáles son los beneficios de cuidado de la salud de mi hijo?

Su hijo recibe beneficios de Amerigroup para cuidado agudo tales como visitas al doctor, hospitalizaciones, recetas y servicios de salud del comportamiento. Su hijo también puede recibir servicios y apoyos a largo plazo. Estos beneficios pueden ayudar a su hijo a vivir en su hogar en lugar de en un centro de cuidado a largo plazo. Para obtener más información sobre los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo específicos que puede obtener su hijo, vaya a la sección **¿Cuáles son los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) de mi hijo?** de este manual.

¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

El proveedor de cuidado primario de su hijo le ayudará a recibir los servicios de cuidado agudo. El coordinador de servicios de su hijo le ayudará a recibir servicios y apoyos a largo plazo.

¿Hay alguna limitación para algunos servicios cubiertos?

Es posible que existan límites para el cuidado, tales como servicios de quiropráctico, basado en los beneficios cubiertos por Medicaid. Puede llamar a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** o hablar con su coordinador de servicios para obtener más información sobre los beneficios y las limitaciones.

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

Si su hijo no puede recibir un beneficio cubierto de parte de un doctor de nuestro plan, dispondremos que su hijo obtenga los servicios de un doctor que no está en nuestro plan. Le pagaremos al doctor que no está en el plan de acuerdo con las reglas del estado. Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** para coordinar estos servicios.

No tiene que llamarnos para obtener servicios de un doctor que no está en nuestro plan cuando tiene una emergencia.

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

No tiene que pagar por beneficios cubiertos para el cuidado de la salud de su hijo. No tiene que pagar ninguna prima, cuotas de inscripción, deducibles, copagos o costo compartido.

¿Cuáles son los beneficios de cuidado agudo de mi hijo?

Su proveedor de cuidado primario le dará a su hijo el cuidado que él o ella necesita o lo referirá a otro doctor. Algunos beneficios de Amerigroup son solamente para miembros que deben tener una determinada edad o cierto tipo de problema médico. Si tiene alguna duda o no está seguro si ofrecemos un beneficio determinado, llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

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

- Servicios de ambulancia de emergencia y no emergencia
- Servicios de audiología, incluyendo prótesis auditivas
- Servicios de salud del comportamiento, incluyendo:
 - Servicios de salud mental en hospitalización
 - Servicios ambulatorios de salud mental
 - Servicios de psiquiatría
 - Servicios de rehabilitación de salud mental
 - Servicios ambulatorios de tratamiento para trastorno por el uso de sustancias, incluyendo:
 - Evaluación
 - Desintoxicación
 - Consejería
 - Terapia asistida por medicamentos
 - Tratamiento residencial para trastorno por el uso de sustancias (incluyendo alojamiento y comida y servicios de desintoxicación)
- Servicios de parto provistos por un doctor o enfermera-partera certificada en un centro autorizado de parto
- Servicios de parto provistos por un centro autorizado de parto
- Exámenes, diagnóstico y tratamiento contra el cáncer
- Servicios quiroprácticos
- Diálisis

- Equipos médicos duraderos y suministros
- Servicios de intervención a edad temprana (ECI)
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de centros de salud calificados federalmente y otros servicios ambulatorios cubiertos por centros de salud calificados federalmente
- Cuidado de la salud en el hogar
- Servicios de hospital, incluyendo en internación y ambulatorios
- Servicios de laboratorio
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluyendo:
 - Servicios en hospitalización; servicios ambulatorios provistos en un hospital ambulatorio o centro de cuidado de la salud ambulatorio según sean clínicamente apropiados y servicios médicos y profesionales provistos en un consultorio, entorno de hospitalización o ambulatorio para:
 - Todas las etapas de reconstrucción de las mamas, en las cuales se hayan realizado procedimientos de mastectomía necesarios por motivos médicos
 - Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir apariencia simétrica
 - Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas
 - Mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de mamas
 - Prótesis mamaria externa para las mamas, en las cuales se hayan realizado procedimientos de mastectomía necesarios por motivos médicos
- Chequeos médicos y servicios del programa Comprehensive Care a través del programa Pasos Sanos de Texas
- Manejo de caso dirigido de salud mental
- Servicios de transporte médico que no es de emergencia
- Evaluación oral y barniz de fluoruro en el hogar médico en conjunto con el chequeo médico de Pasos Sanos de Texas para niños desde los 6 hasta los 35 meses de edad
- Medicamentos y productos biológicos ambulatorios, incluso aquellos dispensados por un farmacéutico o administrados por un proveedor
- Medicamentos y productos biológicos provistos en un entorno de hospitalización
- Podiatría
- Cuidado prenatal
- Cuidado primario
- Radiología, imágenes y radiografías
- Servicios de médicos especialistas
- Telesalud
- Telemonitoreo
- Terapias — física, ocupacional y del habla
- Trasplante de órganos y tejidos
- Vista (incluye optometría y anteojos; los lentes de contacto solo están cubiertos si son

necesarios por motivos médicos para corrección de la vista, que no se puede lograr mediante anteojos)

¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?

Su proveedor de cuidado primario ayudará a su hijo a recibir estos tipos de servicios o puede llamar a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**. También puede hablar con su coordinador de servicios para obtener más información.

¿Cuáles servicios no están cubiertos por Amerigroup?

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

- Nada que no sea necesario por motivos médicos
- Nada que sea experimental, tal como un nuevo tratamiento que está siendo probado o que no ha demostrado que funcione
- Cirugía cosmética que no sea necesaria por motivos médicos
- Esterilización para miembros de hasta 20 años de edad
- Cuidado del pie de rutina excepto para miembros con diabetes o mala circulación
- Servicios para el tratamiento de fertilidad
- Tratamiento para discapacidades relacionadas al servicio militar
- Programas de servicios para pérdida de peso
- Reversión de esterilización voluntaria
- Cuarto privado y artículos para comodidad personal cuando esté hospitalizado
- Cirugía de cambio de sexo

Para más información sobre servicios no cubiertos por Amerigroup, llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

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

Su hijo puede necesitar ayuda con las tareas diarias como comer, vestirse o el cuidado personal. Nuestros coordinadores de servicios pueden ayudarlo a recibir los servicios que él o ella necesiten para vivir en casa. Si usted lo permite, su coordinador de servicios hablará con usted, su hijo y los doctores de su hijo para determinar las clases de ayuda que necesita. Luego, el coordinador de servicios le contará sobre la ayuda que quizá podamos conseguir para su hijo. También podemos ayudar a iniciar los servicios de su hijo. Luego, su coordinador de servicios le llamará para ver cómo le está yendo a su hijo.

Para que su hijo reciba cualquier servicio y apoyo a largo plazo, **debe** hablar primero con su coordinador de servicios. El tipo de servicios que pueda recibir su hijo se basa en cómo él o ella califica como miembro de STAR Kids:

- Recibe Ingresos del Seguro Social (SSI) pero no está inscrito en un programa estatal de exención
- Está inscrito en el Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP)

- Está inscrito en la exención de Servicios de Empoderamiento Juvenil (YES)
- Está inscrito en un programa de exención de IDD:
 - Servicios de asistencia y apoyo de vida comunitaria (CLASS)
 - Sordo-ciego con múltiples discapacidades (DBMD)
 - Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCS)
 - Vida en el hogar de Texas (TxHmL)

El cuadro abajo proporciona las generalidades de los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo por categoría de cobertura. Contacte a su coordinador de servicios o llame a Servicios para Miembros para saber si su hijo califica para servicios.

Tipos de servicio Las marcas de verificación (✓) representan beneficios que están cubiertos por Amerigroup	Beneficiario de SSI no en un programa de exención	MDCP	Exención de YES	Exención de IDD (CLASS, DBMD, HCS, o TxHmL)
Servicios de cuidado personal (PCS)	✓			
Servicios privados de enfermería (PDN)	✓	✓	✓	✓
Servicios diarios de actividad y salud (DAHS) (18 años en adelante)	✓	✓	✓	✓
Servicios de cuidado pediátrico extendido recetado (PPECC)	✓	✓	✓	✓
Servicios de asistente personal (CFC)	Solo CFC*	✓	✓	El programa de exención determina y proporciona beneficios
Servicios de habilitación	Solo CFC*	✓	✓	
Servicios de respuesta de emergencia (botón para llamada de emergencia)	Solo CFC*	✓	✓	
Administración de apoyo	Solo CFC*	✓	✓	
Ayudas de adaptación	No cubierto	✓	El programa de exención determina y proporciona beneficios	
Asistencia de empleo		✓		
Servicios de administración financiera**		✓		
Servicios de apoyo familiar flexible		✓		
Modificaciones menores a la casa		✓		
Servicios de relevo		✓		
Empleo apoyado		✓		
Servicios de asistencia de transición		✓		

* El miembro debe calificar para beneficios de Community First Choice.

** Los servicios de administración financiera son un beneficio cubierto para miembros que usan la opción de servicios dirigidos por el cliente para servicios de cuidado personal o servicios de asistente personal.

Si su hijo vive en un centro de enfermería o un Centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), pagaremos por los servicios cubiertos de Amerigroup recibidos fuera del centro. También le daremos a su hijo coordinación de servicios.

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?

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

Si no hemos hablado con usted durante el primer mes de su hijo como nuevo miembro, llame de inmediato a Servicios para Miembros. Llame más pronto si cambió recientemente su dirección o número telefónico o piensa que su hijo necesita servicios y apoyos a largo plazo. Un coordinador de servicios de Amerigroup hablará con usted o lo visitará en su casa para averiguar más sobre la salud de su hijo y los problemas que pueda tener con las tareas de la vida diaria.

Estoy recibiendo servicios del Programa de Niños Medicamente 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 de 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 de 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 de 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 de 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.

¿Cambiarán los beneficios de STAR Kids de mi hijo si él o ella está en un centro de enfermería?

Los beneficios de su hijo no cambiarán después de ingresar a un centro de enfermería o a un Centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (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.

¿Qué es coordinación de servicios?

La coordinación de servicios le ayuda a asegurarse de que su hijo reciba los servicios necesarios de los proveedores adecuados. Le asignaremos a su hijo un coordinador personal de servicios si:

- Está inscrito en un programa de exención (MDCP, CLASS, DBMD, HCS, o TxHmL).
- Su hijo vive en un centro de enfermería o ICF/IID basado en la comunidad.
- Encontramos que su hijo necesita uno basado en sus necesidades de servicios de salud y apoyo.
- Si solicita uno.

Un coordinador de servicios calificado administrará y supervisará todo el cuidado y los servicios de su hijo. Él o ella llegarán a conocerlo a usted y a su hijo y trabajarán con los proveedores de su hijo para asegurarse de que obtenga el cuidado adecuado.

La coordinación de servicios puede incluir, pero no se limita a, lo siguiente:

- Identificar las necesidades de su hijo mediante una evaluación
- Trabajar con usted y el equipo de cuidado de su hijo para crear un plan de servicios que satisfaga esas necesidades
- Hablar sobre el plan de servicios con usted, su hijo, su familia y el representante de su hijo (según corresponda) para asegurarse de que lo comprendan y acepten
- Hacer citas con los proveedores de su hijo y coordinar servicios
- Trabajar como equipo con usted y el proveedor de cuidado primario de su hijo

¿Qué hará el coordinador de servicios por mi hijo? ¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Cuando se convierta por primera vez en miembro de Amerigroup, el estado nos enviará información sobre la salud de su hijo y los servicios actuales de Medicaid. Su coordinador de servicios leerá esta información para informarse más sobre su hijo. Su coordinador de servicios sabrá a qué proveedores llamar para asegurarse de que su hijo continúe obteniendo el cuidado adecuado. Él o ella le preguntarán qué tan útiles han sido los servicios de Medicaid de su hijo. Hablaremos con los proveedores de Medicaid de su hijo sobre el cuidado que ha estado recibiendo. Si está de acuerdo, hablaremos con los doctores de su hijo sobre sus necesidades de cuidado de la salud.

Su coordinador de servicios ayudará a su hijo a obtener el cuidado que necesita al:

- Visitarlo en su hogar para informarse más sobre las necesidades de su hijo y ayudarlo a obtener el tipo de cuidado adecuado
- 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 preventiva adecuados)
- Asegurarse que se coordinen todos los servicios y apoyos a largo plazo de su hijo, los servicios de cuidado agudo y otros servicios sociales que reciba fuera de Amerigroup
- Ayudarlo a obtener autorizaciones para servicios necesarios por motivos médicos de su hijo
- Ayudarlo a usted y su hijo a tomar parte en la planificación de los servicios

Puede comunicarse con un coordinador de servicios llamando al **866-696-0710 (TTY 711)**.

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

Cuando le asignemos un coordinador de servicios, le enviaremos una carta con su nombre y número telefónico. Le enviaremos esta información cada año y en cualquier momento que su coordinador de servicios cambie. También puede encontrar el nombre y número telefónico del coordinador de servicios personal de su hijo en nuestro sitio web en **myamerigroup.com/TX**. Deberá seleccionar **Login (Iniciar sesión)** y registrarse para autoservicio de miembros con el fin de ver la información personal de su hijo. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener el nombre y la información de contacto del coordinador de servicios de su hijo.

El plan de servicios de Amerigroup de su hijo

El coordinador de servicios de su hijo trabaja con usted y su hijo para averiguar si él o ella necesita servicios especiales, tales como servicios y apoyos a largo plazo o manejo de caso. Ejemplos de servicios y apoyos a largo plazo son cuidado de asistente personal y enfermera particular. Damos servicios de manejo de caso a miembros que tienen condiciones tales como cáncer, VIH, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal en etapa terminal, anemia falciforme, diabetes y asma o que necesitarían cuidado pulmonar y de heridas.

Su coordinador de servicios trabajará junto a usted y sus cuidadores para crear su plan de servicios. El plan indica los tipos de servicios que necesita su hijo y con qué frecuencia los necesita. **Usted y su hijo son la parte más importante del equipo de coordinación de servicios.** Una vez que entienda y acepte los servicios del plan de su hijo, su coordinador de servicios lo ayudará a obtenerlos. Aprobamos la cobertura para servicios según sea necesario. Quizá sean los mismos servicios que obtuvo su hijo en el pasado, o pueden ser algo diferentes.

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

Su coordinador de servicios lo llamará o visitará periódicamente para ver cómo está su hijo. Si se produce algún cambio en la salud o las capacidades de su hijo, debe llamar a su coordinador de servicios de inmediato. No tiene que esperar a que él o ella se comuniquen con usted. Su coordinador de servicios desea saber acerca de los cambios en las condiciones de salud o nuevos problemas 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 otros servicios o cuidado que necesite. Su coordinador de servicios revisará el plan de servicios de su hijo al menos una vez al año y hará los cambios que necesite.

¿Qué es un especialista de transición?

Su hijo hará la transición fuera del programa STAR Kids e ingresará al programa STAR+PLUS para el cuidado de salud al cumplir 21 años. Un especialista de transición es un empleado de Amerigroup que trabaja con todos en el equipo de su hijo para tratar las preocupaciones de transición y encontrar recursos para su hijo a medida que él o ella se convierte en adulto.

¿Qué hará un especialista de transición por mi hijo? ¿Cómo puedo hablar con un especialista de transición?

Un especialista de transición trabajará con el coordinador de servicios de su hijo a partir de cuando su hijo cumpla 15 años. Trabajarán juntos para planificar la transición de su hijo hacia la edad adulta. La planificación de transición puede incluir, pero no se limita a lo siguiente:

- Desarrollar un plan de continuidad de cuidado para la transición de los servicios y beneficios de salud de Medicaid de STAR Kids a STAR+PLUS sin interrumpir el servicio
- Ayudarlo a usted y 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 las metas de transición cuando sea necesario
- Coordinar con el Department of Assistive and Rehabilitative Services (DARS) para encontrar oportunidades de empleo y capacitación de empleo en el futuro
- Trabajar con la escuela de su hijo para coordinar metas consistentes entre el plan de servicios de su hijo y su Plan de educación individual (IEP)
- Ofrecer educación de salud y bienestar para ayudar a su hijo en el cuidado independiente para él o ella
- Identificar otros recursos para evitar barreras y abrir oportunidades para 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 doctores y otros proveedores que tratan adultos

Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** si 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 maneja todo el cuidado de la salud que necesita una persona a través de un enfoque de equipo. La práctica del proveedor puede ser una práctica de cuidado primario o, en algunos casos, una práctica de cuidado de especialidad. Un hogar de salud puede ofrecer una gama de servicios más amplia que la que está disponible normalmente de un proveedor de cuidado primario. Su hijo puede beneficiarse de este tipo de cuidado si él o ella tiene una o más condiciones graves y actuales de comportamiento y/o salud física. El programa de hogar de salud está diseñado para centrarse en un enfoque holístico o de toda la persona para el cuidado de la salud.

Su hijo puede tener un hogar de salud si usted lo pide. Podemos recomendarle a su hijo que se inscriba en un hogar de salud si creemos que él o ella se beneficiaría de este tipo de cuidado.

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

- Coordinación de servicios/coordinación de cuidado
- Ayudar a su hijo a desarrollar hábitos de independencia y autocuidado
- Reunirnos con su hijo después de haber estado en el hospital o la sala de emergencias
- Apoyar a su familia u otras personas que cuidan de su hijo
- Ayudarlo a identificar los servicios comunitarios y de apoyo social
- Coordinar el cuidado de su hijo con todos sus registros médicos

Un hogar de salud no cambia o reemplaza los servicios existentes de su hijo. La meta es hacer que todo el cuidado de su hijo trabaje mejor para él o ella. Puede escoger cuándo y si un hogar de salud es adecuado para su hijo. Puede escoger también cuándo dejar el programa. Es posible que nos pongamos en contacto con usted para hablar acerca de cómo un hogar de salud podría trabajar para su hijo.

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

¿Qué es un centro de cuidado extendido pediátrico recetado (PPECC)?

Un PPECC ofrece cuidado médico diario lejos del hogar a personas de hasta 20 años de edad que tienen condiciones de salud complejas médicamente.

Si es recetado por un médico, su hijo puede asistir a un PPECC hasta por 12 horas por día. El cuidado incluye servicios médicos, de enfermería, psicosociales, terapéuticos y de desarrollo. Los tipos de servicios que pueda recibir su hijo se basan en sus necesidades médicas y el estado de desarrollo. Si desea obtener más información acerca de los beneficios de PPECC, llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

¿Qué es la verificación electrónica de visita?

La verificación electrónica de visita (EVV) es un sistema electrónico que se usa para documentar y verificar determinados servicios y apoyos a largo plazo. Si su hijo recibe servicios de asistente personal, el asistente debe registrar sus visitas usando un sistema de EVV. El sistema de EVV registra cosas como la fecha y la hora de inicio y fin del servicio, el nombre del asistente y el servicio proporcionado.

La EVV es gratuita. El asistente usará el teléfono de su casa para llamar al número gratuito cuando comiencen y terminen sus servicios. Si no tiene un teléfono de línea en su hogar, puede instalar un pequeño dispositivo en su hogar para que su asistente pueda registrar con precisión la hora en que comienzan y terminan los servicios. La agencia que le proporciona los servicios puede instalar el dispositivo en su hogar.

La EVV también se puede usar para los servicios privados de enfermería. Póngase en contacto con su coordinador de servicios o Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre la EVV.

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

Medicaid paga la mayoría de las medicinas que el doctor de su hijo le receta. Su hijo puede obtener tantas recetas como sean necesarias por motivos médicos. Puede abastecer estas recetas en cualquier farmacia del plan de Amerigroup a menos que su hijo esté en el Programa Lock-in de Medicaid.

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

Amerigroup ofrece beneficios de cuidado de la salud adicionales para nuestros miembros de STAR Kids. Estos beneficios adicionales también se denominan beneficios de valor agregado. Le ofrecemos estos beneficios para ayudar a su hijo a mantenerse sano y agradecerle por haber elegido a Amerigroup. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre estos beneficios adicionales o visite nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX.

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

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>18 a 20 años con diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 cada 6 meses por hacerse un examen de glucemia (HbA1c) con un resultado menor de 8 para miembros de 18 a 20 años con diabetes • \$20 para miembros con un diagnóstico reciente de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que tengan una consulta de seguimiento con su profesional que receta en un plazo de 30 días después de comenzar su tratamiento con medicamentos, para miembros de 6 a 12 años • \$20 por tener una consulta ambulatoria de seguimiento con un proveedor de salud conductual dentro de 7 días del alta del hospital por una estadía de salud conductual, hasta 4 veces por año • \$20 por completar una serie completa de la vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano) (2 vacunas por lo menos 146 días aparte o 3 vacunas en días distintos), para miembros de 9 a 13 años 	
<p>Asignación de tarjeta de regalo de Healthy Rewards para productos de venta libre por completar estas actividades saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por completar una serie completa de vacunas contra la gripe (influenza) (2 vacunas en días distintos), para niños de 6 meses hasta 24 meses • \$20 cada año por ponerse una vacuna contra la gripe, para miembros de 3 años en adelante <p>Excluye cualquier producto cubierto por Medicaid</p>	<p>Para recibir una recompensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese al programa Healthy Rewards dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Amerigroup. • Su proveedor informará las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su consulta. • Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad. <p>Para ingresar al programa Healthy Rewards o encontrar información sobre el programa y las recompensas:</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
	<ul style="list-style-type: none"> • Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o • Llame a la Línea del Servicio de Atención al Cliente de Healthy Rewards al 888-990-8681 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro
<p>Ayuda para conseguir traslados para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los familiares vayan con usted a los servicios médicos. • Clases sobre embarazo, parto o recién nacidos para miembros embarazadas. • Visitas a las oficinas del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). • Reuniones del Grupo asesor de miembros. 	<p>Llame al 844-864-2443 (TTY 711).</p> <p>Los traslados para familiares adicionales deben tener aprobación previa.</p> <p>Para traslados a las oficinas de WIC y a reuniones del Grupo asesor de miembros, cada miembro puede obtener 1 traslado por mes, con hasta 12 traslados cada año.</p>
<p>Salud emocional en línea: sitio web seguro y herramientas móviles que puede usar las 24 horas, los 7 días de la semana para ayudar a mejorar su salud emocional</p>	<p>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 haga clic en “submit” (enviar). Luego, ingrese su número de identificación del miembro.</p> <p>Para miembros de 13 años en adelante.</p>
<p>Hasta \$100 para el costo de las actividades en un Boys & Girls Club, Boy Scouts, Girl Scouts u otra organización similar que tenga contrato con Amerigroup (sujeto a disponibilidad) (\$50 por semestre)</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 844-756-4600 (TTY 711).</p>
<p>Productos sensoriales como juguetes texturizados, prendas de compresión o cobijas pesadas para niños que tienen sensibilidades sensoriales, hasta \$75 por año</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
	(Beneficios) o llame al 844-756-4600 (TTY 711) .
Correa para anteojos (1 por año)	Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 844-756-4600 (TTY 711) .
Programa Healthy Families con orientación gratuita sobre vida saludable para miembros de 7 a 17 años que necesiten ayuda para llevar un estilo de vida más saludable. El programa les brinda a las familias orientación sobre acondicionamiento físico y conductas saludables, información escrita sobre nutrición y recursos en la comunidad y en línea (1 programa de por vida).	Llame al 844-421-5661 o a su coordinador de servicios.
Ocho horas de servicios de relevo cada año para familias y cuidadores de miembros	Llame al 844-756-4600 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Kit de primeros auxilios y un plan personal para desastres (1 kit por miembro de por vida)	Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 844-756-4600 (TTY 711) .
Sensor de inhalador gratuito para miembros que tienen asma, para mostrar o prevenir problemas de salud al darle seguimiento al uso del inhalador	Llame al 844-756-4600 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Funda de almohada libre de alergias (1 por año) para miembros que han sido diagnosticados con asma y participan en un programa de administración de enfermedades/casos	Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 844-756-4600 (TTY 711) .

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Servicios de control de plagas cada 3 meses</p>	<p>Llame al 844-756-4600 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.</p> <p>Los miembros pueden obtener este servicio en 1 ubicación.</p>
<p>Teléfono celular/teléfono inteligente gratuito a través del programa Lifeline con minutos mensuales, Internet y mensajes de texto. Si califica, también recibe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamadas ilimitadas a Servicios para Miembros, defensores del miembro y coordinadores de servicios para llamadas hechas a través de Servicios para Miembros. • 200 minutos de bonificación al ingresar. • 100 minutos de bonificación para su cumpleaños. 	<p>Llame al 844-756-4600 (TTY 711) o vaya a myamerigroup.com/TX.</p> <p>Los minutos de bonificación por cumpleaños comienzan el mes después de ingresar.</p> <p>Para ver si usted califica para el programa federal Lifeline Assistance, vaya a safelinkwireless.com y llene la solicitud.</p>
<p>Un examen físico para deportes, la escuela o el campamento cada año</p>	<p>Vea a su proveedor de atención primaria.</p> <p>Un enfermero practicante o asistente médico que sea proveedor de atención primaria puede hacerle el examen físico para deportes, la escuela o el campamento.</p>
<p>Programa Taking Care of Baby and Me® (Cuidando de Mí y de Mi Bebé): ayuda a las miembros embarazadas, madres primerizas y a sus bebés a estar y mantenerse saludables</p> <p>Las miembros embarazadas recibirán materiales educativos para el embarazo, posparto y el recién nacido para ayudarlas a informarse sobre la atención para el embarazo y posparto. Esto incluye la importancia de las consultas prenatales y continuas con el médico.</p>	<p>Llame al 844-756-4600 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Ayuda con el control del peso mediante un programa con acceso en línea las 24 horas, los 7 días de la semana a recursos, herramientas y actividades sobre meriendas saludables, control de porciones, metas de peso, calorías adicionales y consejos para ejercicios	Acceda a la plataforma de la Biblioteca CommonGround iniciando sesión en su cuenta segura en myamerigroup.com/TX . Para miembros de 13 años en adelante.
Programa para el embarazo y las primeras etapas de la crianza de hijos en línea las 24 horas, los 7 días de la semana mediante la web o aplicación móvil para apoyar a las mamás embarazadas y a los padres primerizos	Acceda a la plataforma de la Biblioteca CommonGround iniciando sesión en su cuenta segura en myamerigroup.com/TX . Para miembros de 13 años en adelante.
Dejar el hábito para adolescentes: Un programa interactivo basado en mensajería de texto que ayuda a jóvenes de entre 13 y 17 años a dejar de vapear o usar cigarrillos electrónicos. El programa se enfoca en brindar consejería en línea por hasta 12 semanas.	Envíe un mensaje de texto con la palabra VAPEOUTTX al 88709 para inscribirse.
Directorio en línea de recursos para servicios sociales con el fin de ayudar a ubicar apoyos comunitarios tales como servicios de alimentos y nutrición, vivienda, educación y empleo	Para encontrar servicios cerca de usted, visite myamerigroup.com/TX y seleccione Community Support (Ayuda comunitaria) bajo <i>Get Help (Obtener ayuda)</i> .

¿Cómo obtengo estos beneficios adicionales para mi hijo?

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

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece Amerigroup?

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

- Servicios de Amerigroup y cómo obtenerlos
- Nacimiento
- Cuidado infantil
- Cómo ser padres
- Embarazo
- Técnicas para dejar de fumar
- Protección personal contra la violencia

- Otras clases o eventos sobre temas de salud

Para eventos en su área, consulte la página Community Resources (Recursos comunitarios) en myamerigroup.com/TX. Si necesita ayuda para encontrar un programa comunitario, llame a Servicios para Miembros o marque 2-1-1. Tenga en cuenta: Algunas organizaciones comunitarias pueden cobrarle una cuota por sus programas.

¿Qué programas de manejo de enfermedades ofrece Amerigroup?

Si usted tiene un problema de salud a largo plazo, no tiene que estar por sí solo. Nuestro programa de manejo de enfermedades (DM) puede ayudarle a sacar mejor provecho de la vida. El programa es privado y está disponible sin costo para usted. 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 cuidado primario 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 | • Diabetes |
| • Trastorno bipolar | • VIH/SIDA |
| • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) | • Hipertensión |
| • Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) | • Trastorno depresivo grave |
| • Enfermedad arterial coronaria (CAD) | • Esquizofrenia |
| | • Trastorno por el uso de sustancias |

Los encargados de caso de DM trabajan con usted y el coordinador de servicios de su hijo para crear metas de salud para controlar su condición de salud. Como miembro del programa, usted se beneficiará al tener un encargado de caso que:

- Le escuche y 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 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 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 manejo de caso complejo?

Además de nuestro programa de manejo de enfermedades, tenemos un programa de manejo de caso complejo. En este programa, los encargados de caso trabajan con el coordinador de servicios de su hijo para ayudarlo a controlar su cuidado de salud. Por ejemplo, si su hijo ha tenido un evento crítico o ha sido diagnosticado con una condición grave de salud como diabetes. También tenemos encargados de caso especiales para las miembros que están embarazadas.

¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

No necesita un referido del doctor de su hijo. Puede ponerse en contacto con el programa de manejo de caso complejo llamando a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** y pidiendo hablar con un encargado de caso complejo. También puede hablar de este programa con el coordinador de servicios de su hijo. Nuestros encargados de casos son enfermeras certificadas y trabajadores sociales, disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Los encargados de caso también tienen correo de voz confidencial disponible las 24 horas del día.

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

Un miembro con necesidades especiales de cuidado de la salud (MSHCN) significa que el miembro:

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

Como miembro de STAR Kids, su hijo califica como MSHCN y tendrá un plan de servicios y un equipo de cuidado. De ser necesario, un especialista puede servir como proveedor de cuidado primario de su hijo.

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

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

- Servicio dental de Pasos Sanos de Texas (incluyendo ortodoncia) — los miembros de Medicaid pueden recibir beneficios dentales a través de una organización dental de cuidado administrado
- Investigación dirigida al entorno de Pasos Sanos de Texas
- Manejo de caso/coordinación de servicios de intervención a edad temprana (ECI)
- Capacitación de habilidades especializadas del ECI
- Servicios de salud escolar y relacionados de Texas
- Programa de descubrimiento vocacional y desarrollo para niños ciegos del Department of Assistive and Rehabilitative Services
- Servicios para tuberculosis (de terapia directamente observada e investigación de contactos) provistos por proveedores aprobados por el DSHS
- Servicios de hospicio de la Health and Human Services Commission (HHSC)
- Servicios de centro de convalecencias y servicios del centro de cuidado intermedio (ICF)
- Programas de exención HHSC o DSHS HCBS autorizados bajo la Ley §1915(c) del Seguro Social incluyen Servicios de Empoderamiento Juvenil (YES), Servicios de asistencia y apoyo de vida comunitaria (CLASS), Sordo-ciego con múltiples discapacidades (DBMD), Vida en el hogar de Texas (TxHmL), Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCS)

Eventos comunitarios

¡Amerigroup está en su comunidad! Patrocinamos y participamos en eventos comunitarios gratuitos y días de diversión familiar. En estos eventos, usted puede recibir información de salud y divertirse. Puede informarse sobre temas como la alimentación saludable, el asma y el estrés. También estaremos presentes para responder preguntas sobre sus beneficios. Llame a Servicios para Miembros o consulte la sección para miembros de nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX para averiguar cuándo y dónde se organizarán estos eventos.

CUIDADO DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS

¿Qué significa necesario por motivos médicos?

El proveedor de cuidado primario de su hijo lo ayudará a recibir los servicios que sean necesarios por motivos médicos según se define a continuación:

Médicamente necesario significa:

- 1) Los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - a) servicios de detección y para la vista y la audición; y
 - b) otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto 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 del acuerdo conciliatorio parcial de *Alberto N., et al. v. Traylor, et al.*; y
 - ii) puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(a-f) y (3)(a-f) de esta definición.
- 2) Servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:
 - a) se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
 - b) cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
 - c) son acordes con el diagnóstico del padecimiento;
 - d) son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
 - e) no son experimentales ni de estudio; Y
 - f) no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor;
- 3) Servicios de salud mental y abuso de sustancias que:
 - a) cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;
 - b) se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro;
 - c) se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
 - d) no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
 - e) no son experimentales ni de estudio; Y
 - f) no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

Si tiene preguntas con respecto a una autorización, una solicitud de servicios o una pregunta de administración de utilización, puede 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 ven los avances en la tecnología médica y nuevas maneras para usar la tecnología médica existente. Vemos los avances en:

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

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

¿Qué es cuidado médico de rutina?

Cuidado de rutina incluye chequeos regulares, cuidado preventivo y citas por lesiones y enfermedades menores. Su hijo ve a un proveedor de cuidado primario cuando él o ella no se siente bien, pero eso es solo parte del trabajo del proveedor de cuidado primario. El PCP cuida de su hijo antes que él o ella se enferme. Esto se llama cuidado de bienestar. Vea la sección **¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?** de este manual para saber más.

¿Cuán pronto puedo esperar que atiendan a mi hijo?

Su hijo debería poder ver a su proveedor de cuidado primario en un plazo de 2 semanas para cuidado de rutina.

¿Qué es la atención médica urgente?

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

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

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

Para la atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el doctor quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el doctor le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Medicaid de Amerigroup. Para recibir ayuda, llámenos gratis al **844-756-4600**. También puede llamar a Línea de Ayuda de Enfermeras las 24 Horas al mismo número para que le ayuden a obtener la atención que necesita.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

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

¿Qué es cuidado médico de emergencia?

Después del cuidado de rutina y el urgente, el tercer tipo es **cuidado de emergencia**. Si su hijo tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si quiere consejos, llame al proveedor de cuidado primario de su hijo o a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas los 7 días de la semana al **844-756-4600 (TTY 711)**. Reciba el cuidado médico lo más pronto posible.

Atención médica de emergencia

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

Padecimiento médico de emergencia significa:

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

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

Servicios de emergencia y atención de emergencia significan:

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

¿Cuán pronto puedo esperar que atiendan a mi hijo?

Su hijo debería poder ver a un doctor inmediatamente para cuidado de emergencia.

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

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

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

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

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos gratis al **844-756-4600 (TTY 711)** o llame al 911.

¿Que es la posestabilización?

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

Deberá llamar al proveedor del cuidado primario de su hijo en un plazo de 24 horas después de una visita a la sala de emergencia. Si no puede llamar, pídale a alguna otra persona que llame por usted. El proveedor del cuidado primario de su hijo le dará o arreglará cualquier cuidado de seguimiento necesario.

¿Cuán pronto puede mi hijo ver a su doctor?

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

Nombre del estándar	Amerigroup
Servicios de emergencia	Tan pronto usted llegue al proveedor buscando cuidado
Cuidado urgente	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Cuidado primario de rutina	En un plazo de 14 días de la solicitud
Cuidado especializado de rutina	En un plazo de 3 semanas de la solicitud
Cuidado después de horas laborales	Los proveedores de cuidado primario están disponibles 24/7 directamente o a través de un servicio de contestador automático. Consulte la sección ¿Cómo recibe mi hijo cuidado médico después de horas laborales? de este manual.
Salud preventiva	
Nuevo miembro	Nuevos miembros tan pronto como sea posible pero a más tardar a los 90 días de la inscripción
Menores de 6 meses de edad	En un plazo de 14 días de la solicitud
De 6 meses hasta 20 años de edad	En un plazo de 60 días de la solicitud
Cuidado prenatal	
Visita inicial	En un plazo de 14 días de la solicitud
Visita inicial para alto riesgo o 3er trimestre	En un plazo de 5 días o inmediatamente, si existe una emergencia
Después de la visita inicial	Basado en el plan de tratamiento del proveedor
Salud del comportamiento	
Emergencia que no amenaza la vida	En un plazo de 6 horas de la solicitud
Cuidado urgente	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Visita inicial para cuidado de rutina	Lo más temprano de 10 días laborales o 14 días calendario a partir de la solicitud
Visita de seguimiento para cuidado de rutina	En un plazo de 3 semanas de la solicitud

¿Cómo recibe mi hijo cuidado médico después de horas laborales?

La ayuda de parte del proveedor de cuidado primario de su hijo está disponible las 24 horas del día. Si llama al consultorio de su proveedor de cuidado primario cuando está cerrado, deje un mensaje con su nombre y número telefónico donde lo puedan localizar. Alguien debería devolverle la llamada dentro de 30 minutos para decirle lo que debe hacer. También puede llamar por ayuda a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para hablar con una enfermera en cualquier momento.

Si cree que su hijo necesita cuidado de emergencia, llame al 911 o vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana. Refiérase a la sección **¿Qué es cuidado médico de emergencia?** de este manual para ayudarlo a decidir si su hijo necesita cuidado de emergencia.

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

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al **844-756-4600 (TTY 711)** y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al **844-756-4600 (TTY 711)**.

¿Qué pasa si estoy fuera del estado?

Si su hijo está fuera de Texas y necesita cuidado médico, llámenos a la línea gratuita al **844-756-4600 (TTY 711)**. Si su hijo necesita cuidado de emergencia, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué pasa si mi hijo necesita ver a un médico especial (especialista)?

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

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

Cubrimos servicios de muchos tipos diferentes de doctores que proveen cuidado de especialista. Si su proveedor de cuidado primario no puede darle el cuidado necesario, su doctor puede referirlo a un especialista del plan de Amerigroup.

Si su hijo tiene discapacidades, necesidades especiales de cuidado de salud, o condiciones complejas crónicas, un especialista puede servir como su proveedor de cuidado primario. Llame a Servicios para Miembros de manera que podamos organizar esto para usted.

¿Qué es un referido? ¿Qué servicios no necesitan un referido?

Un referido es cuando el proveedor de cuidado primario de su hijo lo envía a otro doctor o servicio para cuidado. Si el proveedor de cuidado primario de su hijo no puede darle el cuidado que su hijo necesita, él o ella debe referir a su hijo a un especialista del plan de Amerigroup. Su hijo puede ver a un especialista sin un referido de su proveedor de cuidado primario. Siempre es mejor hablar primero con el proveedor de cuidado primario de su hijo acerca de cualquier cuidado adicional que necesite. El proveedor de cuidado primario de su hijo puede darle información acerca de otros doctores en el plan de Amerigroup y ayudar a coordinar todo el cuidado que su hijo recibe.

¿Cuán pronto puede mi hijo ser atendido por un especialista?

Su hijo podrá ver al especialista en un plazo de 3 semanas desde cuando usted llamó al consultorio del especialista.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Usted tiene derecho a pedir una segunda opinión sobre los servicios de cuidado de la salud que necesita su hijo. Esto no le cuesta nada a usted. Puede obtener una segunda opinión de un doctor en nuestro plan. Si un doctor en nuestro plan no está disponible para una segunda opinión, el proveedor de cuidado primario de su hijo puede enviarnos una solicitud para que aprobemos que su hijo vea a un doctor fuera de nuestro plan.

¿Cómo obtengo ayuda si mi hijo tiene problemas de salud del comportamiento (mental), alcohol o de drogas?

Algunas veces el estrés de la vida puede llevar a depresión, ansiedad, problemas familiares, o abuso de alcohol y drogas. Si su hijo está teniendo ese tipo de problemas, tenemos doctores que pueden ayudar. Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** por ayuda para encontrar un doctor que lo ayudará. Todos los servicios y tratamientos son estrictamente confidenciales.

¿Necesito un referido para esto?

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

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

Estos servicios están disponibles si los necesita con base en una evaluación estandarizada adecuada por un profesional de salud mental.

Los servicios de rehabilitación de salud mental son servicios que ayudan a su hijo a mantener la independencia en su hogar y la comunidad. Estos servicios pueden incluir:

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

El manejo de caso dirigido de salud mental le ayuda a su hijo a acceder a servicios y apoyos médicos, sociales, educativos y de otra naturaleza que pueden ayudar a mejorar su salud y capacidad para funcionar.

¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

Si su hijo ha sido diagnosticado con o ha mostrado señales de este tipo de condición, contamos con doctores que pueden ayudar. Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** para obtener el nombre de un doctor cerca de usted.

¿Cómo obtengo los medicamentos para mi hijo?

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

Usted puede obtener tantas recetas como sea necesario por motivos médicos para su hijo para medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos del Vendor Drug Program (VDP). Cubrimos todos los medicamentos que se encuentran en la VDP. Puede ir a cualquier farmacia del plan de Amerigroup para abastecer las recetas de su hijo, a menos que él o ella esté en el Programa Lock-in de Medicaid.

Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** por ayuda para encontrar una farmacia que acepte Amerigroup o si tiene una emergencia. Si usted tiene que pagar por su medicamento por algún motivo, puede enviarnos una solicitud de reembolso. Sepa más sobre cómo enviar una solicitud de reembolso leyendo, **¿Qué pasa si pagué una medicina de mi bolsillo y quiero que me hagan el reembolso?**

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

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

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

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

El farmacéutico le explicará que ellos no aceptan Amerigroup. Deberá llevar la receta a una farmacia que acepte Amerigroup.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Cuando vaya a su farmacia debe llevar:

- La(s) receta(s) o botellas de medicina de su hijo
- La tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo
- La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits de su hijo

¿Qué pasa si necesito que me entreguen los medicamentos de mi hijo?

Muchas farmacias ofrecen servicios de entrega. Llame y pregúntele a su farmacéutico si ellos pueden entregar a domicilio. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia que entregará sus medicamentos, llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para recibir los medicamentos de mi hijo?

Si tiene problemas para recibir los medicamentos cubiertos por Amerigroup de su hijo, llámenos al **833-370-7463 (TTY 711)**. Trabajaremos con usted y la farmacia para asegurarnos de que reciba el medicamento que necesita su hijo.

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

Algunos medicamentos requieren aprobación previa de Amerigroup. Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 días. Llame a Amerigroup al **833-370-7463 (TTY 711)** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos. Pídale al farmacéutico que despache un suministro de 3 días.

¿Qué pasa si se pierde(n) el(los) medicamento(s) de mi hijo?

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

¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?

Amerigroup utiliza la lista de medicamentos del Programa de medicamentos de proveedor (VDP) de la que el doctor de su hijo puede elegir. Incluye todos los medicamentos cubiertos por Medicaid.

Para ver la lista, vaya a la Búsqueda de medicamentos del formulario de Texas en txvendordrug.com/formulary.

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

¿Cómo transfiero las recetas de mi hijo a una farmacia del plan?

Si necesita transferir las recetas de su hijo, todo lo que debe hacer es:

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

¿Tendré un copago?

Los miembros de Medicaid no tienen copagos.

¿Cómo obtengo los medicamentos de mi hijo si estoy de viaje?

Si necesita un reabastecimiento mientras está de vacaciones, llame a su doctor para que le haga una nueva receta y usted se la pueda llevar. Si usted recibe medicamentos de una farmacia que no está en el plan de Amerigroup, entonces tendrá que pagar por ese medicamento. Si paga un medicamento, puede presentar una solicitud de reembolso, si el

medicamento es un medicamento cubierto. Lea **¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?** para saber cuáles medicamentos están cubiertos por STAR Kids. Llámenos al **833-370-7463 (TTY 711)** para obtener información sobre cómo conseguir un formulario de reembolso y presentar un reclamo.

Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** por ayuda para encontrar una farmacia que acepte Amerigroup o si tiene una emergencia.

¿Cómo obtiene mi hijo medicamentos si él o ella está en un centro de enfermería?

El centro de enfermería le proporcionará a su hijo todos los medicamentos requeridos.

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

Si tuvo que pagar un medicamento, puede presentar una solicitud de reembolso, si el medicamento es un medicamento cubierto. Lea **¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?** para saber cuáles medicamentos están cubiertos por STAR Kids.

Llámenos al **833-370-7463 (TTY 711)** para obtener información sobre cómo conseguir un formulario de reembolso y presentar un reclamo. El formulario de reembolso también está disponible en línea en **myamerigroup.com/TX**, bajo **Benefits (Beneficios)** de STAR Kids.

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

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

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

¿Cómo obtiene mi hijo servicios de planificación familiar?

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

¿Necesita mi hijo un referido para esto?

Su hijo no necesita un referido de su proveedor de cuidado primario.

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

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en healthytexaswomen.org/family-planning-program, o puede llamar a Amerigroup al **844-756-4600** para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

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

Administración de casos para mujeres embarazadas y niños

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

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

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

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

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos se reunirá con usted y entonces:

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

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

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

¿Cómo puede obtener un administrador de casos?

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

- Amerigroup Teléfono de administración de casos: **844-756-4600 (TTY 711)**
- Sitio web de Amerigroup: **myamerigroup.com/TX**

¿Qué es intervención a edad temprana?

Intervención a edad temprana (ECI) es un programa a nivel estatal para familias con niños, desde el nacimiento hasta los 3 años, con discapacidades y retrasos en el desarrollo. ECI ayuda a las familias a apoyar a sus hijos a través de servicios de desarrollo. ECI evalúa y determina, sin costo para las familias, para ver si son elegibles y qué servicios necesitarán. Las familias y los

profesionales trabajan juntos para planificar servicios basados en necesidades únicas del niño y la familia.

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

¿Necesita mi hijo un referido para esto?

No necesita un referido del proveedor de cuidado primario de su hijo para recibir estos servicios.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

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

La participación en el programa ECI es voluntaria. Si escoge no usar un programa local de ECI, Amerigroup debe proveer los servicios necesarios por motivos médicos para su hijo. Llámenos al **844-756-4600 (TTY 711)** si necesita ayuda para recibir estos servicios.

¿Qué es Head Start?

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

- Idioma
- Alfabetización
- Desarrollo social y emocional

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

¿Qué es Pasos Sanos de Texas?

¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

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

Pasos Sanos de Texas le brinda al niño:

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

Los exámenes de Pasos Sanos de Texas:

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

Cuándo programar un examen:

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

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

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

Llame a **844-756-4600 (TTY 711)** o gratis a Pasos Sanos de Texas al 877-847-8377 (877-THSTEPS) si usted:

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

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

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

Los niños necesitan estos chequeos aun cuando estén sanos. Su hijo necesita hacerse chequeos a estas edades:

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

Asegúrese de hacer estas citas. Lleve a su hijo a su proveedor de cuidado primario cuando esté programado.

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

Su hijo puede ver a cualquier proveedor de Pasos Sanos de Texas para estos chequeos. El proveedor de Pasos Sanos de Texas no tiene que ser un doctor en el plan de Amerigroup.

¿Necesita mi hijo un referido?

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

¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?

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

¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad en la fecha de la visita de Pasos Sanos de Texas de mi hijo?

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

¿Y si soy trabajador de campo migrante?

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

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

¿Qué debo hacer si mi hijo pierde su chequeo de Pasos Sanos de Texas?

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

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

¿Qué son los servicios de NEMT?

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

¿Que servicios forman parte de los servicios de NEMT?

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

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

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

Cómo obtener transporte

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

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

Si su hijo tiene una emergencia y necesita transporte, llame al 911 para una ambulancia.

También puede consultar la sección **¿Qué es cuidado médico de emergencia?** de este manual para saber más.

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

Si su hijo tiene una condición médica que ocasiona que necesite una ambulancia para llevarlo a citas de cuidado de la salud, su doctor puede enviar una solicitud a Amerigroup. Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** para saber más acerca de cómo su doctor puede enviar una solicitud.

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

¿Cómo obtengo servicios de cuidado de los ojos para mi hijo?

Su hijo recibe beneficios de cuidado de los ojos. No necesita un referido del doctor para estos beneficios. Llame a Superior Vision of Texas al 800-428-8789 si necesita ayuda para encontrar un doctor de ojos (optometrista) de nuestro plan cerca de usted.

Los beneficios de cuidado de los ojos incluyen un examen de la vista y marcos y lentes necesarios por motivos médicos una vez cada 12 meses desde el 1 de septiembre hasta el 31 de agosto, o cuando de otra forma sea necesario por motivos médicos.

¿Qué servicios dentales cubre Amerigroup para los niños?

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

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

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

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

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

- DentaQuest 800-516-0165
- MCNA Dental 800-494-6262
- UnitedHealthcare Dental 877-901-7321

¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con el doctor? ¿A quién debo llamar para un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** para decirnos si necesita un intérprete por lo menos 24 horas antes de la cita de su hijo. Este servicio está disponible para visitas al doctor sin costo para usted. Infórmenos por lo menos 24 horas antes de la cita, si necesita un intérprete.

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

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

¿Qué pasa si necesito cuidado de obstetricia/ginecología?

Los miembros femeninos pueden ver a un obstetra y/o ginecólogo (OB/GYN) del plan de Amerigroup para necesidades femeninas relacionadas con salud.

AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER

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

¿Tengo derecho a escoger un obstetra/ginecólogo?

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

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

¿Cómo escojo a un obstetra/ginecólogo?

No se le exige que escoja un médico de ginecología/obstetricia. Sin embargo, si su hija está embarazada, debe elegir un obstetra/ginecólogo para que la atienda. Puede escoger cualquier médico de obstetricia/ginecología listado en el directorio de proveedores de Amerigroup. Si necesita ayuda para elegir uno, llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

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

Si no desea que su hija acuda a un obstetra/ginecólogo, el proveedor de cuidado primario de su hija puede ser capaz de atender sus necesidades médicas femeninas. Pregunte al proveedor de cuidado primario si él o ella pueden darle cuidado de obstetricia/ginecología. De no ser así, su hija deberá ver a un obstetra/ginecólogo. Encontrará una lista de obstetras/ginecólogos en el directorio de proveedores de Amerigroup que recibió con su paquete de inscripción en STAR Kids. También puede buscar uno en nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX yendo a **Find a Doctor (Encontrar un doctor)**.

¿Necesitaré un referido?

No necesitará un referido. Su hija solo puede atenderse con un obstetra/ginecólogo en un mes, pero puede visitar al mismo obstetra/ginecólogo más de una vez durante ese mes, si fuese necesario.

Mientras su hija esté embarazada, su obstetra/ginecólogo puede ser su proveedor de cuidado primario. Las enfermeras de Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas pueden ayudarla a decidir si debería ver a su proveedor de cuidado primario o a un obstetra/ginecólogo.

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

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

¿Puede mi hija seguir con el obstetra/ginecólogo si él o ella no está con Amerigroup?

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

¿Qué pasa si mi hija está embarazada? ¿A quién debo llamar?

Si piensa que su hija está embarazada, llame a su proveedor de cuidado primario u obstetra/ginecólogo inmediatamente. No necesita un referido de su proveedor de cuidado primario.

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

Es muy importante que acuda a su doctor u obstetra/ginecólogo para obtener cuidado cuando esté embarazada. Esta clase de cuidado se conoce como cuidado prenatal. Puede ayudar a su hija a tener un bebé sano.

Nuestro programa Taking Care of Baby and Me® les brinda a las mujeres embarazadas información sobre salud y recompensas por recibir atención prenatal y postparto. A su hija se le facilita un encargado de cuidado para ayudarla a recibir la atención prenatal y los servicios que necesita durante su embarazo y hasta su chequeo de la semana 6 postparto. Su encargado de cuidado puede llamar para controlarla y contestar preguntas. Él o ella también puede ayudarle a encontrar recursos prenatales en su comunidad. Para saber más sobre el programa Taking Care of Baby and Me, llame a Servicios para Miembros.

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

- Una carta de bienvenida al programa Taking Care of Baby and Me.
- Un libro de autocuidados con consejos sobre cómo cuidarse durante el embarazo.
- Folletos de los programas Taking Care of Baby and Me y Healthy Rewards.
- Un folleto sobre cómo tener un bebé sano.

Después de tener a su bebé, Amerigroup le enviará un paquete de educación de postparto. Este incluirá:

- Una carta de felicitaciones.
- Un folleto sobre cómo cuidar a su bebé.
- Folletos de los programas Taking Care of Baby and Me y Healthy Rewards.
- Folleto sobre la depresión postparto.

También será parte de My Advocate®, el cual es parte de nuestro programa Taking Care of Baby and Me. My Advocate le da la información y apoyo que necesita para mantenerse sana durante su embarazo.

My Advocate ofrece educación de salud materna por teléfono, mensajería de texto y aplicación de teléfono inteligente que es útil y divertida. Se familiarizará con MaryBeth, la personalidad automatizada de My Advocate. MaryBeth responde a sus necesidades cambiantes a medida que crece y se desarrolla su bebé. Usted puede contar con:

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

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

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

- Cuidado para el embarazo y postparto
- Cuidado de niño sano
- Cuidado dental
- Inmunizaciones
- Consejos para una vida saludable

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

Cuando su hija está embarazada, debe acudir a su PCP u obstetra/ginecólogo 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

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

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de parto?

Llámenos al **844-756-4600 (TTY 711)** para saber cuáles centros de parto están en nuestro plan.

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

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

Cuando su hija tenga un nuevo bebé

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

- 48 horas después de un parto vaginal
- 96 horas después de una Cesárea

Ella puede quedarse menos tiempo en el hospital si su doctor u obstetra/ginecólogo y el doctor del bebé observan que ella y su bebé están bien. Si ella y su bebé se van del hospital antes de tiempo, el doctor puede pedirle que vaya al consultorio o que una enfermera la visite en su casa en un plazo de 48 horas.

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

Si necesita cambiar el proveedor de cuidado primario de su bebé, busque uno nuevo en línea accediendo a **Find a Doctor (Encontrar un doctor)** en myamerigroup.com/TX. Mientras está ahí, también puede cambiar el proveedor de cuidado primario. Necesitará registrarse primero. Una vez que se registre, inicie sesión y actualice el proveedor de cuidado primario. Amerigroup

también puede ayudarla a escoger un proveedor de cuidado primario para el bebé de su hija. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda.

Podemos cambiar el proveedor de cuidado primario el mismo día que pide el cambio. El cambio tendrá lugar inmediatamente. Llame al consultorio del proveedor de cuidado primario si desea hacer una cita. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros. Le ayudaremos a hacer la cita.

¿Cómo inscribo al bebé recién nacido de mi hija?

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

¿Cómo y cuándo le informo a Amerigroup?

Recuerde llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup lo más pronto posible para informarle a su coordinador de servicios o encargado de cuidado que ya tuvo al bebé. Necesitaremos información sobre el bebé. Tal vez ya haya escogido un proveedor de cuidado primario para su bebé antes de que naciera. De no ser así, podemos ayudarla a escoger un proveedor de cuidado primario para él o ella.

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

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

Programa de Salud para la Mujer de Texas

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

Para más información acerca de los servicios disponibles por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas, escriba, llame o visite el sitio web:

Healthy Texas Women Program
PO Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 800-335-8957
Sitio web: texaswomenshealth.org

Fax: (gratis): 866-993-9971

Programa Atención Primaria de Salud del DSHS

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

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

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

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

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

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

Sitio web: dshs.state.tx.us/phc

Teléfono: 512-776-7796

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

Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS

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

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

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

Sitio web: dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

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

Programa de Planificación Familiar del DSHS

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

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

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

Sitio web: healthytexaswomen.org/family-planning-program

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

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

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

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

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

Los miembros con discapacidades, necesidades especiales de cuidado de la salud o afecciones complejas crónicas tienen derecho a acceso directo a un especialista. Este especialista puede servir como proveedor de cuidado primario. Llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** para coordinar esto.

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

Si tiene 18 años de edad en adelante, puede escoger tener a alguien que tome decisiones en su nombre si está demasiado enfermo para tomar decisiones usted mismo. Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** para saber más acerca de los formularios que necesita.

¿Qué son directivas anticipadas?

Los menores emancipados y los miembros de 18 años en adelante tienen derechos especificados en las leyes de directivas anticipadas. Una directiva anticipada habla sobre la preparación de un testamento en vida. Un testamento en vida establece que usted posiblemente no desee recibir cuidado de la salud en caso de que sufra una enfermedad o

lesión grave y no se recupere. Para asegurarse de recibir el tipo de cuidado que desea si está muy enfermo para decidirlo usted mismo, puede firmar un testamento en vida. Este es un tipo de directiva anticipada. Es un documento escrito que les dice a su doctor y a su familia qué tipos de cuidado no desea recibir en caso de que esté muy enfermo o lesionado.

¿Cómo consigo una directiva anticipada?

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

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

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

Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo

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

¡No pierda los beneficios de cuidado de la salud de su hijo! Su hijo podría perder los beneficios incluso si todavía califica. Deberá renovar los beneficios de su hijo cada 12 meses. La Health and Human Services Commission (HHSC) le enviará un paquete aproximadamente 60 días antes de la fecha límite, para informarle que es hora de renovar los beneficios de Medicaid. El paquete tendrá instrucciones para decirle cómo renovar. Si no renueva sus beneficios antes de la fecha indicada, perderá sus beneficios de cuidado de la salud de su hijo.

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

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

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

¿Qué hago si mi hijo pierde la cobertura de Medicaid?

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

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

Presente siempre la tarjeta de identificación de Amerigroup y la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits de su hijo cuando él o ella acuda a un doctor, vaya al hospital o se realice análisis. Incluso si el doctor le indicó que asistiera, debe presentar la tarjeta de identificación de Amerigroup o su tarjeta actual de Medicaid de Your Texas Benefits para asegurarse de que no se le facturen los servicios cubiertos por Amerigroup. **No tiene que mostrar una tarjeta de identificación de Amerigroup antes de que su hijo reciba cuidado de emergencia.** Si le facturan los servicios, envíe la factura al defensor del miembro en su área de servicio en la oficina de Amerigroup en el frente de este libro. Incluya una carta con su factura. Lea la siguiente sección **¿Qué información necesitan?** para saber qué incluir en la carta. También puede llamarnos al **844-756-4600 (TTY 711)** para recibir ayuda.

¿Qué información necesitan?

En la carta junto con la factura, infórmenos:

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

Si 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 recibir ayuda.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de Amerigroup al **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.

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

El padre adoptivo o el cuidador de asistencia de cuidado de permanencia debe ponerse en contacto con el especialista regional de elegibilidad para asistencia de adopción del DFPS asignado a su caso.

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

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

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

- Le cancelan el seguro médico privado.
- Consigue nueva cobertura de seguro.
- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros.

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

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

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

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

DERECHOS DEL MIEMBRO:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de cuidado primario.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar de proveedor de cuidado primario.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de cuidado primario.

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

9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
10. Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones respecto de los derechos y responsabilidades de los miembros de su plan médico.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:

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

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

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

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

Usted y sus doctores pueden obtener una copia de estos derechos y responsabilidades por correo, fax o correo electrónico. Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** y pida una copia. También puede descargar una copia de nuestro sitio web yendo a **Member Resources (Recursos para Miembros)** en myamerigroup.com/TX.

CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE SU HIJO

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

No exhortamos a los doctores a subutilizar los servicios. Y no creamos barreras para recibir cuidado de la salud. Los proveedores no reciben premios por limitar o denegar cuidado. Los doctores de nuestro plan usan lineamientos de práctica clínica para determinar los tratamientos y servicios necesarios.

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

Para hablar con alguien de nuestro equipo de UM, llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro.

PROCESO DE RECLAMOS

¿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 ayudarle a presentar una queja. Solo llame al **844-756-4600 (TTY 711)**. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días. Amerigroup no puede tomar ninguna medida contra usted en caso de que presente un reclamo.

¿Puede alguien de Amerigroup ayudarme a presentar un reclamo?

Sí, un defensor del miembro o representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar un reclamo ante nosotros o el programa estatal adecuado. Llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi reclamo?

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

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

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

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

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

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

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

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

Si tiene acceso a internet, puede enviar la queja a:

hhs.texas.gov/managed-care-help

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

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

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

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

Cuando recibamos su solicitud, le enviaremos una carta en un plazo de 5 días laborales. Esto significa que tenemos su solicitud y hemos comenzado a trabajar en ella. También puede llamarnos al **844-756-4600 (TTY 711)** para pedir un formulario de solicitud de panel de apelación de reclamo. Debe completar el formulario y devolvérselo.

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

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

PROCESO DE APELACIONES

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

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

Si pide a alguien (un representante designado) que presente una apelación en su nombre, también debe enviar una carta a Amerigroup para informarnos que ha escogido una persona

para que lo represente. Amerigroup debe tener esta carta por escrito para poder considerar a esta persona como su representante. Hacemos esto por su privacidad y seguridad.

Puede apelar nuestra decisión de forma oral o por escrito:

- Puede llamar a Servicios para Miembros al **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. 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 envía 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.

¿CÓMO INFORMO UN SUPUESTO ABUSO, MALTRATO O EXPLOTACIÓN?

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

¿Qué es abuso, 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 911 para situaciones de emergencia o que ponen en peligro la vida.

Informe por teléfono (si no es una emergencia); las 24 horas del día, los 7 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.

INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

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

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

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

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 800-436-6184;
- Visite <https://oig.hhs.texas.gov> y haga clic en “Report Fraud (Denunciar fraude)” para completar el formulario en línea; O
- 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.

ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD

¿Qué hace la administración de la calidad por usted?

El programa de administración de la calidad de Amerigroup está aquí para asegurarnos de que su hijo sea atendido. Revisamos servicios que su hijo ha recibido para verificar si él o ella está recibiendo el mejor cuidado de la salud preventivo. Si su hijo tiene una enfermedad crónica, verificamos si él o ella están recibiendo ayuda para manejar la condición.

El departamento de administración de la calidad desarrolla programas para ayudarle a saber más acerca del cuidado de la salud de su hijo. Tenemos equipos de alcance para miembros para ayudarle a programar citas para el cuidado que necesita su hijo y coordinar transporte si lo necesita. Estos servicios son gratuitos porque queremos ayudar a su hijo a estar y mantenerse sano.

Trabajamos con los doctores de nuestro plan para enseñarles y ayudarles a atender a su hijo. Puede recibir correspondencia nuestra sobre tomar medidas de salud preventiva o manejo de una enfermedad. Queremos que nos ayude a mejorar diciéndonos lo que podemos hacer mejor.

Para obtener información acerca de nuestro programa de administración de la calidad, llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

¿Qué son normas de práctica clínica?

Amerigroup usa normas nacionales de práctica clínica para el cuidado de su hijo. Las normas clínicas son estándares de cuidado, científicos y comprobados de reconocimiento nacional. Estas normas son recomendaciones para que los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud diagnostiquen y manejen la condición específica de su hijo. Si desea una copia de estas normas, llame a Servicios para Miembros al **844-756-4600 (TTY 711)**.

INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE UNA VEZ AL AÑO

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

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

- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de postestabilización.
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 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.
 - Reglas de postestabilización.
- 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 manual haya respondido la mayoría de sus preguntas sobre Amerigroup. Para saber más, llame 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 querrela.
Queja	Una querrela 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.
Querrela	Una queja hecha a su seguro o plan médico.
Servicios y aparatos de rehabilitación	Servicios de salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias en la vida diaria.
Seguro médico	Un contrato que requiere que su aseguradora médica pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.
Atención médica a domicilio	Los servicios de atención médica que una persona recibe en su propio hogar.
Servicios para pacientes terminales	Servicios que brindan comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

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

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

