



Manual del miembro

para centro de enfermería
de STAR+PLUS

Áreas de servicio de Bexar,
El Paso, Harris, Jefferson, Lubbock,
Medicaid Rural Oeste, Tarrant y Travis
Julio de 2022

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



Amerigroup Centro de enfermería de STAR+PLUS Manual del miembro

Áreas de servicio de Bexar, El Paso, Harris, Jefferson,
Lubbock, Medicaid Rural Oeste, Tarrant y Travis

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

Julio de 2022

Información importante del plan



Actualización al manual del miembro

Lea esta información con atención y consérvela junto con su manual del miembro.

Cambios importantes a sus beneficios adicionales inician el 1 de septiembre de 2022.

A continuación, encontrará el cuadro actualizado para la sección de **¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Amerigroup?** de su manual:

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Tarjeta de regalo de Healthy Rewards por completar estas actividades saludables (para miembros que no tienen Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none">• \$20 cada 6 meses para un miembro con diabetes que se haga un examen de glucemia (HbA1c)• \$20 cada 6 meses para un miembro con diabetes que se haga un examen de glucemia (HbA1c) con un resultado menor de 8	<p>Para recibir una recompensa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ingrese al programa Healthy Rewards dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Amerigroup.• Su proveedor informará las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su consulta.• Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad. <p>Para ingresar al programa Healthy Rewards o encontrar información sobre el programa y las recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o• Llame a la Línea del Servicio de Atención al Cliente de Healthy Rewards al 888-990-8681 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Beneficios de la vista mejorados, anteojos de plástico/policarbonato, una vez cada 36 meses (para miembros que no tienen Medicare)	Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o vaya a myamerigroup.com/TX para obtener más información.
Teléfono celular/teléfono inteligente gratuito a través del programa Lifeline con minutos mensuales, Internet y mensajes de texto. Si califica, también recibirá: <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. 	Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o vaya a myamerigroup.com/TX para obtener más información. Los minutos de bonificación por cumpleaños comienzan el mes después de ingresar. Para ver si usted califica para el programa federal Lifeline Assistance, vaya a safelinkwireless.com y llene la solicitud.
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 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Kit de ejercicio personal — 1 kit por año (para miembros que no tienen Medicare)	Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Kit de higiene dental — 1 kit por año (para miembros que no tienen Medicare)	Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Álbum fotográfico personal de recuerdos: 1 álbum de por vida	Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios .

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Etiquetas personalizadas para identificar efectos personales: 1 juego cada 2 años	Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
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 .
Programa para el embarazo y la paternidad temprana en línea las 24 horas, los 7 días de la semana, a través del sitio web o la aplicación móvil para brindar apoyo a los padres futuros o recientes.	Acceda a la plataforma de la Biblioteca CommonGround iniciando sesión en su cuenta segura en myamerigroup.com/TX .
Dejar el Hábito: Un programa para dejar de consumir tabaco que incluye productos, materiales educativos y actividades en línea. El programa puede servirle de apoyo a los miembros en su intento de dejar de fumar, vapear, mascar o consumir tabaco.	Acceda al programa en go.theexprogram.com/amerigrouptx .
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> .

¿Tiene preguntas?

Llame al número gratuito de Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. hora del Centro.

Los miembros de Amerigroup en el Área de Servicio Rural de Medicaid y el programa STAR Kids son atendidos por Amerigroup Insurance Company. Todos los otros miembros de Amerigroup en Texas son atendidos por Amerigroup Texas, Inc.

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

Estas son algunas cosas que debe hacer para comenzar:

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

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

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

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

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

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

- Vaya a myamergroup.com/TX.
- Use nuestra herramienta **Find a Doctor (Encontrar un doctor)** para buscar proveedores del plan que le queden cerca a su casa, hablen su idioma y puedan satisfacer sus necesidades.
- **Inicie sesión** en su cuenta.
- Haga clic en **My Account (Mi cuenta)**.
- Haga clic en **Change Your Primary Care Provider (Cambiar su proveedor de cuidado primario)**.

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

Usted debe hacerse chequeos regulares con su doctor a toda edad. Obtenga más información acerca de los chequeos y las visitas de bienestar en la sección **¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?** de este manual del miembro.

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

AMERIGROUP
PROGRAMA STAR+PLUS PARA RESIDENTES
DE CENTROS DE ENFERMERÍA
MANUAL DEL MIEMBRO

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

800-600-4441 (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

INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN DE SALUD	6
NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES	6
Línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup	6
Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup	7
Línea para servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias.....	7
Otros números telefónicos importantes	7
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP.....	7
¿Cómo se ve mi tarjeta de identificación de Amerigroup? ¿Cómo la uso?	7
¿Cómo reemplazo mi tarjeta de identificación de Amerigroup si la pierdo o me la roban? 9	
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid.....	9
¿Qué pasa si necesito un formulario de verificación de identificación temporal?	11
PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO	11
¿Qué es un proveedor de cuidado primario?.....	11
¿Me asignarán un proveedor de cuidado primario si tengo Medicare?.....	11
¿Cómo veo a mi proveedor de cuidado primario si él/ella no visita mi asilo de ancianos?.....	12
¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario?.....	12
¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi proveedor de cuidado primario?	12
¿Cómo recibo cuidado médico después de que el consultorio de mi proveedor de cuidado primario esté cerrado?.....	12
¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?	12

PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	13
CAMBIO DE PLANES DE SALUD	13
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?	13
¿A quién llamo?	13
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?	13
¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi plan de salud?	13
¿Puede Amerigroup pedir que sea retirado de su plan de salud por falta de cumplimiento? ..	13
MIS BENEFICIOS	14
¿Cuáles son mis beneficios de cuidado de la salud?	14
¿Cómo obtengo estos servicios?	14
¿Qué pasa si Amerigroup no tiene un proveedor para uno de mis beneficios cubiertos? ..	14
¿Cuánto tengo que pagar para mi cuidado de la salud?	14
¿Qué son servicios y apoyos a largo plazo?.....	14
¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo del centro de enfermería?	14
.....	14
¿Cómo se modificarán mis beneficios si me mudo a la comunidad?.....	15
¿Cuáles son mis beneficios de cuidado agudo?.....	16
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos	17
servicios?.....	17
¿Hay alguna limitación para algunos servicios cubiertos?.....	17
¿Qué es una aprobación previa?.....	17
¿Cuáles servicios no están cubiertos por Amerigroup?.....	18
¿Qué es la coordinación de servicios?.....	18
¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?.....	19
¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?.....	19
¿Cómo sé quién es mi coordinador de servicios?.....	19
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?.....	19
¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Amerigroup?	20
¿Cómo obtengo estos beneficios adicionales?.....	23
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece o le ayuda a encontrar Amerigroup?	23
¿Qué es la Administración de casos complejos? ¿Cómo obtengo estos servicios?	23
¿Qué es un miembro con necesidades especiales de cuidado de la salud?	23
¿Cuáles servicios puedo aún recibir a través de Medicaid regular, pero no están cubiertos por	24
Amerigroup?	24
MI CUIDADO DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS.....	24
¿Qué significa necesario por motivos médicos?.....	24
¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?.....	25
¿Qué es cuidado médico de rutina?.....	25
¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?.....	25
¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia?.....	26
¿Qué es cuidado médico de emergencia?.....	26

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?.....	26
¿Necesito una autorización previa?	26
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?	26
¿Cuán pronto puedo ver a mi doctor?.....	27
¿Que es la posestabilización?.....	28
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	28
¿Qué pasa si estoy fuera del estado?	28
¿Qué hago si estoy fuera del país?	28
¿Qué pasa si necesito ver a un doctor especial (especialista)?	28
¿Qué es un referido? ¿Qué servicios no necesitan un referido?	29
¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un especialista?	29
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?.....	29
¿Cómo recibo ayuda si tengo problemas de salud del comportamiento (mental), de alcohol o drogas?	29
¿Necesito un referido para esto?	29
¿Qué son servicios de rehabilitación de salud mental y manejo de caso dirigido de salud mental?	29
¿Cómo obtengo servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos dirigidos de salud mental?	30
¿Cómo obtengo mis medicamentos?.....	30
¿Qué pasa si también tengo Medicare?	30
¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	30
¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está en la red?	30
¿Qué debo llevar a la farmacia?	30
¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicamentos?.....	30
¿A quién debo llamar si tengo problemas para recibir mis medicamentos?	30
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?.....	31
¿Qué pasa si pierdo mi(s) medicamento(s)?	31
¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?.....	31
¿Tendré un copago?.....	31
¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy de viaje?.....	31
¿Qué pasa si pagué un medicamento de mi bolsillo y quiero que me hagan el reembolso?	31
¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?	31
¿Necesito un referido para esto?	32
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	32
¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?.....	32
Servicios de transporte de Amerigroup para los residentes de centros para convalecientes ...	32
¿Qué servicios de transporte se ofrecen?	32
¿Cómo obtengo este servicio?	33
¿A quién debo llamar para obtener transporte hacia una cita médica?.....	33
¿Cómo recibo servicios de cuidado de la vista?	33
¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi doctor? ¿A quién debo llamar para	

un intérprete?	33
¿Con cuánta anticipación debo llamar?	33
¿Cómo puedo obtener un intérprete cara a cara en el consultorio del proveedor?	33
¿Qué pasa si necesito cuidado de obstetricia/ginecología?	33
¿Cómo escojo a un obstetra/ginecólogo?	34
Si no escojo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?.....	34
¿Necesitaré un referido?	34
¿Cuán pronto puedo ser atendida después de contactar a mi obstetra/ginecólogo para una cita?	34
¿Puedo seguir con mi obstetra/ginecólogo si él o ella no está con Amerigroup?	34
¿Qué pasa si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?	34
¿Cómo informo un supuesto abuso, descuido o explotación?.....	34
¿Cómo se definen el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación?.....	34
Cómo denunciar el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación.....	35
¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi cuidado médico? .	35
¿Qué son directivas anticipadas?	35
¿Cómo consigo una directiva anticipada?	36
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?.....	36
¿Qué pasa si recibo una factura de mi centro de enfermería? ¿A quién llamo?	36
¿Qué información necesitarán?	36
¿Qué son ingresos contables? ¿Cuáles son mis responsabilidades?	37
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	37
¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?	37
¿Qué pasa si tengo otro seguro de salud además de Medicaid?.....	37
Medicaid y el seguro privado	37
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	37
CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE SU CUIDADO	40
ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD.....	40
¿Qué hace la administración de la calidad por usted?	40
¿Qué son normas de práctica clínica?	40
PROCESO DE RECLAMOS	41
¿Qué hago si tengo una queja sobre la atención médica, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan médico? ¿A quién llamo?.....	41
¿Puede alguien de Amerigroup ayudarme a presentar un reclamo?	41
¿Cuánto tiempo tomará procesar mi reclamo?	41
¿Cuáles son los requisitos y plazos de tiempo para presentar un reclamo?.....	41
¿Cómo presento un reclamo ante la Health and Human Services Commission una vez haya agotado el proceso de reclamo de Amerigroup?	41
¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación de reclamos?.....	42
PROCESO DE APELACIONES	42

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que está cubierto, pero Amerigroup lo deniega o lo limita?	42
¿Cómo me enteraré si deniegan algún servicio?	43
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?	43
¿Cómo puedo seguir recibiendo los servicios que ya estaban aprobados?	43
¿Alguien de Amerigroup puede ayudarme a presentar una apelación?	43
¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?	44
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?	44
APELACIONES DE EMERGENCIA	44
¿Qué es una apelación de emergencia?	44
¿Cómo solicito una apelación de emergencia? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?	44
¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?	44
¿Qué sucede si Amerigroup deniega la solicitud de una apelación de emergencia?	45
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?	45
AUDIENCIAS IMPARCIALES ANTE EL ESTADO	45
¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?	45
INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA	46
¿Puede pedir una revisión médica externa?	46
¿Cómo informo un supuesto abuso, descuido o explotación?	47
¿ Cómo se definen el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación?	47
Cómo denunciar el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación.....	47
INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO	48
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	48
Para denunciar malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:.....	48
INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE	49
GUÍA DEL MIEMBRO PARA TÉRMINOS DE CUIDADO ADMINISTRADO	51

INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN DE SALUD

¡Bienvenido! Como miembro de un centro de enfermería del programa Amerigroup STAR+PLUS, usted y su proveedor de cuidado primario (o doctor principal) trabajarán conjuntamente para ayudarlo a mantenerse sano. Los miembros de Amerigroup en el Área de Servicio Rural y el programa STAR Kids son atendidos por Amerigroup Insurance Company. Todos los otros miembros de Amerigroup en Texas son atendidos por Amerigroup Texas, Inc. Para averiguar sobre doctores y hospitales en su área, visite myamerigroup.com/TX o contacte a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

Su manual del miembro de Amerigroup

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

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

Línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup

Si tiene alguna pregunta sobre su plan de salud de Amerigroup, puede llamar a la línea gratuita del departamento de Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711). Puede llamarnos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m. hora del Centro, excepto en días feriados estatales 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
- Coordinación de servicios y acceso a servicios
- Sus doctores
- Citas con el doctor, incluyendo llamadas de conferencia con usted y el consultorio de su 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

También puede llamar al 866-696-0710 (TTY 711) para obtener más información sobre la coordinación de servicios.

Si tiene una emergencia, su centro de enfermería lo ayudará a conseguir transporte y servicios de emergencia si los necesita.

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

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

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

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup

Puede llamar a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas las 24 horas del día, los siete días de la semana al 800-600-4441 (TTY 711). La llamada es gratuita y puede hablar con alguien en inglés o español. Para otros idiomas, están disponibles servicios de intérpretes. Llame a la línea gratuita al 800-600-4441 (TTY 711) si necesita consejos sobre:

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

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

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

La línea para Servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso sustancias está a disposición de los miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana al 800-600-4441 (TTY 711). La llamada es gratuita y puede hablar con alguien en inglés o español. Para otros idiomas, están disponibles servicios de intérpretes. Puede llamar a la línea para Servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias con el fin de recibir ayuda para conseguir servicios. Si tiene una emergencia, su centro de enfermería lo ayudará a conseguir transporte y servicios de emergencia si los necesita.

Otros números telefónicos importantes

Línea de ayuda del programa STAR+PLUS	800-964-2777
Equipo de asistencia de cuidado administrado del ombudsman	866-566-8989
Línea directa de Medicaid	800-252-8263
Línea de notificación al cliente de Texas	800-414-3406
Cuidado de los ojos a través de Superior Vision of Texas	800-428-8789
Servicios para Miembros de Farmacia	833-235-2022

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP

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

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

Su tarjeta de identificación de Amerigroup lista muchos de los números telefónicos importantes que debe saber, como los de nuestro departamento de Servicios para Miembros y Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas. Si no tiene Medicare, su tarjeta de identificación también muestra el nombre y número telefónico de su proveedor de cuidado primario.

A continuación, verá ejemplos de tarjetas de identificación para: 1) miembros que solo tienen Medicaid y 2) miembros que tienen ambos Medicaid y Medicare.

1.



2.



Tarjetas de identificación de muestra para miembros de Amerigroup en el Área de servicio rural de Medicaid para: 1) miembros que solo tienen Medicaid y 2) miembros que tienen ambos Medicaid y Medicare:

1.





2.

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

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

Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

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

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

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

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

Your Texas Benefits
Health and Human Services Commission

Member name:

Member ID:

Issuer ID: Date card sent:

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

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 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 perdió o no tiene acceso a su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid y necesita una tarjeta de identificación temporal de Medicaid, deberá completar 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 beneficios de la HHSC, llame al 2-1-1, escoja un idioma y luego escoja la opción 2. Muestre este formulario a su proveedor de la misma manera que presentaría la tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid. Su proveedor aceptará este formulario como prueba de elegibilidad para Medicaid. También puede acceder a YourTexasBenefits.com e imprimir una tarjeta de identificación temporal después de iniciar sesión en su cuenta.

PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un proveedor de cuidado primario es el doctor principal que usted ve para la mayoría de su cuidado de la salud regular. Su proveedor de cuidado primario debe estar en el plan de Amerigroup. Su proveedor de cuidado primario le dará un hogar médico. Un hogar médico significa que él o ella se familiarizarán con usted y su historial médico y lo ayudarán a recibir el mejor cuidado posible. Él o ella también lo enviarán a otros doctores, especialistas u hospitales cuando necesite cuidado o servicios especiales. Cuando se inscribió en Amerigroup, usted debió haber escogido un proveedor de cuidado primario. Si no lo hizo, nosotros le asignamos uno. Escogimos uno que estuviese cerca de usted.

¿Me asignarán un proveedor de cuidado primario si tengo Medicare?

Su proveedor de cuidado primario y su cobertura de cuidado agudo es a través de su plan de Medicare. Consulte su Evidencia de cobertura de Medica para entender:

- Qué es un proveedor de cuidado primario.
- Quién puede ser un proveedor de cuidado primario.
- Cómo cambiar su proveedor de cuidado primario.
- Cómo recibir cuidado.

Si tiene Medicare, una parte de la información en este manual acerca de sus proveedores de cuidado primario y especialistas no le aplicará.

¿Cómo veo a mi proveedor de cuidado primario si él/ella no visita mi asilo de ancianos?

Si usted no necesita transporte por ambulancia, su centro de enfermería debe proporcionarle traslados a sus citas médicas.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario?

Llame a Servicios para Miembros si necesita cambiar su proveedor de cuidado primario. Puede buscar en el directorio de proveedores de Amerigroup que recibió con su paquete de inscripción de STAR+PLUS o ir a myamerigroup.com/TX encontrar un proveedor de cuidado primario.

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

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

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

Si necesita hablar con su proveedor de cuidado primario después de que ha cerrado el consultorio, llame al consultorio del proveedor. Alguien debería devolverle la llamada dentro de 30 minutos para decirle lo que debe hacer. También puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al 800-600-4441 (TTY 711) los siete días de la semana para recibir ayuda.

Si tiene una emergencia, su centro de enfermería lo ayudará a conseguir transporte y servicios de emergencia si los necesita.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

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

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

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

Para más información, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

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

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

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

PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

Amerigroup premia a los doctores cuyos tratamientos reducen o limitan los servicios prestados a las personas cubiertas por Medicaid. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de cuidado primario (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al 800-600-4441 (TTY 711) para más información.

CAMBIO DE PLANES DE SALUD

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de ayuda de STAR+PLUS de Texas al 800-964-2777. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera, pero no más de una vez al mes.

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

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

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

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

¿A quién llamo?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la línea de ayuda del programa STAR+PLUS al 800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Puede cambiar de plan tantas veces como desee, pero no más de una vez al mes.

¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi plan de salud?

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

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

¿Puede Amerigroup pedir que sea retirado de su plan de salud por falta de cumplimiento?

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

Su inscripción en Amerigroup podría ser cancelada si:

- Ya no es elegible para Medicaid.
- Deja que otra persona use su tarjeta de identificación de Amerigroup.

- Intenta causar lesiones a un proveedor, miembro del personal o asociado de Amerigroup.
- Roba o destruye una propiedad del proveedor o de Amerigroup.
- Va a la sala de emergencias una y otra vez cuando no tiene una emergencia.
- Va a doctores o centros médicos fuera del plan de Amerigroup una y otra vez a menos que esté cubierto por Medicare.
- Intenta lesionar a otros pacientes u ocasiona dificultades para que otros pacientes reciban el cuidado necesario.

Si tiene alguna pregunta acerca de su inscripción, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

MIS BENEFICIOS

¿Cuáles son mis beneficios de cuidado de la salud?

El centro de enfermería le brinda sus servicios de cuidado diario y beneficios de servicios añadidos. Amerigroup también le presta beneficios de cuidado agudo, tales como visitas al doctor, hospitalizaciones, recetas y servicios de salud del comportamiento. Si cuenta con Medicare y Medicaid, sus beneficios de cuidado agudo estarán cubiertos por el plan tradicional de Medicare que eligió.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su centro de enfermería le proporcionará o ayudará a obtener sus beneficios de dicho centro. Su centro de enfermería y el proveedor de cuidado primario le ayudarán a recibir el cuidado agudo. Su coordinador de servicios ayudará a garantizar que usted reciba todos los servicios de cuidado de la salud que necesita.

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

Si no puede recibir un beneficio cubierto de parte de un proveedor de nuestro plan, dispondremos que obtenga los servicios de un proveedor fuera de nuestro plan. Le reembolsaremos al proveedor fuera del plan de acuerdo con las reglas del estado. Llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para programar servicios con un proveedor fuera de nuestro plan. No tiene que llamarnos para obtener servicios fuera de nuestro plan cuando tiene una emergencia.

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

No hay costos para sus beneficios excepto el monto mensual por ingresos aplicados que paga al centro de enfermería. Usted no tendrá que pagar ningún deducible o copago. Para saber más acerca de su pago por ingresos aplicados, vea la sección en este manual, **¿Qué son ingresos contables? ¿Cuáles son mis responsabilidades?**

¿Qué son servicios y apoyos a largo plazo?

Los servicios y apoyos a largo plazo son beneficios para ayudarle a realizar tareas diarias para cuidar de sí mismo, tales como preparar comidas, comer, cuidado personal, tareas domésticas ligeras y cuidado de enfermería especializada. Los tipos y cantidades de los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo que puede recibir dependerán de sus necesidades.

¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo del centro de enfermería?

Un centro de enfermería proporciona cuidado a largo plazo para miembros cuyo doctor ha certificado que el miembro tiene una condición médica que requiere cuidado de enfermería especializado a diario

necesario por motivos médicos. Amerigroup cubre servicios de centro de enfermería para cuidado diario, servicios adicionales de centro de enfermería y coseguro de Medicare para servicios diarios. Los servicios de cuidado diario incluyen los siguientes:

- Alojamiento y comidas.
- Suministros y equipos médicos.
- Servicios sociales prestados por el centro de enfermería para ayudarle.
- Artículos personales necesarios.
- Medicamentos de venta libre.
- Coseguro de Medicare Part A.

Amerigroup también pagará cualquier mejora de la tarifa aplicable al personal del centro de enfermería y el seguro aplicable de responsabilidad profesional y general.

Los servicios adicionales son cuidado proporcionado en el centro de enfermería que no sean parte de los servicios de cuidado diario e incluyen, pero no se limitan a:

- Servicios dentales de emergencia.
- Servicio de rehabilitación ordenados por un médico (terapias física, ocupacional, del habla).
- Sillas de ruedas motorizadas personalizadas.
- Dispositivos de ayuda para comunicación.
- Cuidado de traqueotomía para miembros de 21 años.
- Cuidado del ventilador.

Si usted tiene ambos Medicaid y Medicare, Amerigroup pagará el coseguro para una estadía cubierta por Medicare como parte de sus servicios de cuidado diario en centro de enfermería. Su plan de Medicare o Medicaid de pago por servicios pagará el coseguro para los servicios adicionales en centro de enfermería.

¿Cómo se modificarán mis beneficios si me mudo a la comunidad?

Usted podría recibir beneficios de servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad en lugar de sus beneficios de centro de enfermería. La clase de beneficios que podría recibir se basan en su categoría de elegibilidad para Medicaid. La elegibilidad para Medicaid se basa en sus necesidades y hay tres categorías de elegibilidad:

- Otro cuidado comunitario (OCC): beneficios básicos
- Primera opción comunitaria (CFC): beneficios de nivel medio
- Exención de STAR+PLUS (SPW) de servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS): beneficios del nivel más alto para miembros con necesidades complejas

Mientras más alto sea su nivel de elegibilidad basado en sus necesidades, más beneficios puede recibir. Abajo hay una lista de algunos de los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo que podría recibir con base en sus necesidades:

- Cuidado primario en el hogar/servicios de asistente personal
- Servicios de actividades diarias y salud
- Servicios de enfermería (en el hogar)
- Servicios de respuesta de emergencia (botón para llamada de emergencia)
- Servicios dentales
- Comidas entregadas en el hogar
- Modificaciones menores a la casa
- Ayudas de adaptación
- Equipos médicos duraderos
- Suministros médicos
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Cuidado tutelar de adultos/cuidado personal en el hogar
- Vida asistida
- Servicios de asistencia de transición para miembros que se van de un centro de enfermería — máximo de \$2,500

TX STAR+PLUS Nursing Facility MHB

- Cuidado de relevo
- Dietista/servicio nutricional
- Asistencia de transporte
- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Servicios de administración financiera
- Consulta de apoyo
- Asistencia de empleo
- Empleo apoyado

¿Cuáles son mis beneficios de cuidado agudo?

Su proveedor de cuidado primario le dará el cuidado que necesita o lo referirá a un 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 800-600-4441 (TTY 711).

Si cuenta con Medicare y Medicaid, sus beneficios de cuidado agudo estarán cubiertos por Medicare o el plan Medicare que haya escogido.

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

- Servicios de ambulancia de emergencia y que no sea de emergencia.
- Servicios de audiología, incluyendo prótesis auditivas.
- Servicios de salud del comportamiento, incluyendo:
 - Servicios de salud mental en hospitalización.
 - Servicios ambulatorios de salud mental.
 - Servicios de psiquiatría.
 - Servicios de rehabilitación de salud mental.
 - Servicios de consejería.
 - 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).
 - Examen psicológico y neuropsicológico.
- 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.
- Examen de detección, diagnóstico y tratamiento contra el cáncer.
- Servicios quiroprácticos.
- Diálisis.
- Servicios de emergencia.
- Planificación familiar.
- Servicios de centros de salud calificados federalmente y otros servicios ambulatorios cubiertos por centros de salud calificados federalmente.
- Servicios de hospital, incluyendo en internación y ambulatorios.
- Servicios de laboratorio.
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluyendo:

- Servicios en internación; 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 linfoedemas.
 - 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.
- Manejo de caso dirigido de salud mental.
- 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.
- Servicios preventivos, incluyendo un chequeo anual de adulto sano.
- Cuidado primario.
- Radiología, imágenes y radiografías.
- Servicios de médicos especialistas.
- Telesalud.
- Telemedicina.
- Telemonitoreo, en la medida cubierto por el Código Gubernamental de Texas §531.01276.
- 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? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?

Su proveedor de cuidado primario le ayudará a recibir estos tipos de servicios. También puede llamar a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711). También puede hablar con su coordinador de servicios para obtener más información.

¿Hay alguna limitación para algunos servicios cubiertos?

Es posible que existan límites para el cuidado, basado en los beneficios cubiertos por Medicaid. Puede llamar a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) o hablar con su coordinador de servicios para obtener más información sobre los beneficios y las limitaciones.

¿Qué es una aprobación previa?

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

- La mayoría de las cirugías, incluyendo algunas cirugías ambulatorias
- Todos los servicios y todas las admisiones en internación electivas y no urgentes
- Servicios quiroprácticos

- La mayoría de los servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias (excepto servicios ambulatorios de rutina y de emergencia)
- Ciertas recetas
- Ciertos equipos médicos duraderos, incluyendo prótesis y órtesis
- Ciertos procedimientos de gastroenterología
- Prótesis auditivas digitales
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de hospicio
- Terapia de rehabilitación (terapias física, ocupacional, respiratoria y del habla)
- Estudios del sueño
- Cuidado fuera del área o fuera de la red, excepto en una emergencia
- Diagnóstico por imágenes avanzado (cosas como MRAs, MRIs, escaneos CT y escaneos CTA)
- Ciertas pruebas y procedimientos para control del dolor

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

¿Cuáles servicios no están cubiertos por Amerigroup?

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

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

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

¿Qué es la coordinación de servicios?

La coordinación de servicios es un proceso especializado de servicios y atención que incluye, pero no se limita a:

- Identificar las necesidades físicas, mentales o a largo plazo del miembro.
- Tratar cualquier necesidad particular del miembro que podría mejorar los resultados y su salud o bienestar.
- Ayudar al miembro para asegurar que tenga acceso coordinado y oportuno a una variedad de servicios y/o servicios cubiertos por Medicaid para los que califica.

- Colaborar con el centro para convalecientes para asegurar que se obtengan los mejores resultados posibles para la salud y seguridad del miembro.
- Coordinar la prestación de servicios para los miembros que están haciendo la transición para volver a la comunidad.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Usted tendrá su propio coordinador de servicios de Amerigroup. Le enviaremos una carta para informarle el nombre y la información de contacto de su coordinador de servicios. También puede llamar al 866-696-0710 (TTY 711) para obtener más información sobre la coordinación de servicios.

¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?

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

Su coordinador de servicios le ayudará a recibir el cuidado que usted necesita al:

- Visitarlo en su centro de enfermería para aprender más acerca de sus necesidades y metas de salud.
- Trabajar con usted para crear un plan de servicios que satisfaga sus necesidades.
- Ayudarlo a ver a sus proveedores cuando lo necesite y a obtener los servicios necesarios, incluyendo servicios de salud preventiva.
- Asegurarse de que todos sus servicios cubiertos de apoyo a largo plazo, sus servicios de cuidado agudo y otros servicios sociales que obtenga fuera de Amerigroup estén coordinados.
- Ayudarlo a obtener autorizaciones para servicios necesarios por motivos médicos.
- Exhortarlo a participar en su cuidado.

¿Cómo sé quién es mi coordinador de servicios?

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 de coordinador de servicios personal en nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX. Deberá hacer clic en el botón **Login** (Iniciar sesión) y registrarse para autoservicio de miembros con el fin de ver su información personal. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener el nombre y la información de contacto del coordinador de servicios.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su doctor le receta. Su doctor hará una receta y se la enviará a su centro de enfermería. Su centro de enfermería ordenará y le dará el medicamento tal como lo indicó su doctor. Si usted tiene beneficios de medicamentos recetados de Medicare, su plan de Medicare proporcionará sus medicamentos recetados. Si Medicare no cubre sus medicamentos, Medicaid pagará la mayoría de los que su doctor diga que necesita.

¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Amerigroup?

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

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Tarjeta de regalo de Healthy Rewards por completar estas actividades saludables (para miembros que no tienen Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 cada 6 meses para un miembro con diabetes que se haga un examen de glucemia (HbA1c) • \$20 cada 6 meses para un miembro con diabetes que se haga un examen de glucemia (HbA1c) con un resultado menor de 8 	<p>Para recibir una recompensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese al programa Healthy Rewards dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Amerigroup • Su proveedor informará las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su consulta • Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad <p>Para ingresar al programa Healthy Rewards o encontrar información sobre el programa y las recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Rewards 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
Beneficios de la vista mejorados, anteojos de plástico/policarbonato, una vez cada 36 meses (para miembros que no tienen Medicare)	Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o vaya a myamerigroup.com/TX para obtener más información.
Salud mental en línea: sitio web seguro y herramientas móviles que puede usar las 24 horas, los siete días de la semana para ayudar a mejorar su salud mental y emocional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visite mystrength.com/amerigroupTX o descargue la aplicación móvil myStrength. 2. Elija Sign up (Inscribirse). 3. Complete una breve Evaluación de bienestar y perfil personal de myStrength.
Kit de herramientas en línea para afrontar el COVID: brinda apoyo las 24 horas, los siete días de la semana y actividades para ayudar a afrontar la pandemia del COVID-19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visite mystrength.com/amerigroupTX o descargue la aplicación móvil myStrength. 2. Elija Sign up (Inscribirse). 3. Complete una breve Evaluación de bienestar y perfil personal de myStrength.
<p>Teléfono celular/teléfono inteligente gratuito a través del programa Lifeline con minutos mensuales, Internet y mensajes de texto. Si califica, también recibirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamadas ilimitadas a Servicios para Miembros, 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 800-600-4441 (TTY 711) o vaya a myamerigroup.com/TX para obtener más información.</p> <p>Los minutos de bonificación por cumpleaños comienzan el mes después de ingresar.</p> <p>Para ver si usted califica para el programa federal Lifeline Assistance, vaya a safelinkwireless.com y llene la solicitud.</p>
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 Rewards Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Kit de ejercicio personal — 1 kit por año (para miembros que no tienen Medicare)	Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Rewards Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Kit de higiene dental — 1 kit por año (para miembros que no tienen Medicare)	Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Rewards Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Álbum fotográfico personal de recuerdos: 1 álbum de por vida	Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Etiquetas personalizadas para identificar efectos personales: 1 juego cada 2 años	Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Materiales educativos para miembros en uno de nuestros programas de control de enfermedades para diabetes, asma, trastorno por el uso de sustancias o hipertensión	Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o vaya a myamerigroup.com/TX para obtener más información.
Ayuda con el control del peso mediante un programa con acceso en línea las 24 horas, los siete días de la semana a recursos, herramientas y actividades sobre meriendas saludables, control de porciones, metas de peso, calorías adicionales y consejos para ejercicios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visite mystrength.com/amerigrouptx o descargue la aplicación móvil myStrength. 2. Elija Sign up (Inscribirse). 3. Complete una breve Evaluación de bienestar y perfil personal de myStrength.
Programa de apoyo para la recuperación del uso de nicotina en línea mediante la web o una aplicación móvil. Apoyo personalizado y herramientas interactivas para todas las etapas de la recuperación del uso de nicotina, incluyendo fumar, vapear y tabaco sin humo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visite mystrength.com/amerigrouptx o descargue la aplicación móvil myStrength. 2. Elija Sign up (Inscribirse). 3. Complete una breve Evaluación de bienestar y perfil personal de myStrength.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Programa para el embarazo y las primeras etapas de la crianza de hijos en línea las 24 horas, los siete días de la semana mediante la web o aplicación móvil para apoyar a las mamás embarazadas y a los padres primerizos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visite mystrength.com/amerigroupTX o descargue la aplicación móvil myStrength. 2. Elija Sign up (Inscribirse). 3. Complete una breve Evaluación de bienestar y perfil personal de myStrength.
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?

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

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece o le ayuda a encontrar Amerigroup?

La mayoría de la educación sobre la salud para nuestros miembros de centro de enfermería de STAR+PLUS es realizada personalmente por coordinadores de servicios y nuestro programa de administración de casos. También puede acceder a información sobre salud y bienestar en el sitio web para miembros en myamerigroup.com/TX o llamar a Servicios para Miembros o Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas al 800-600-4441 (TTY 711) para recibir ayuda.

¿Qué es la Administración de casos complejos? ¿Cómo obtengo estos servicios?

En nuestro programa de Administración de casos complejos, los administradores de casos le ayudan a manejar su cuidado de la salud en caso de que usted tenga necesidades especiales. Un administrador de casos tal vez pueda ayudarle si usted ha padecido un evento crítico o le han diagnosticado una condición de salud grave tal como diabetes. También tenemos administradores de casos especiales para miembros embarazadas.

No necesita un referido de su doctor para recibir estos servicios. Puede ponerse en contacto con el programa de administración de casos complejos llamando a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) y pidiendo hablar con un administrador de casos complejos. Nuestros administradores de casos son enfermeras certificadas y trabajadores sociales, disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro. Los administradores de casos 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) es un miembro quien:

- Tiene una enfermedad en curso grave, una condición crónica o compleja, o una discapacidad

que probablemente dure por un largo periodo de tiempo.

- Requiere tratamiento y evaluación de la condición regulares y continuos por parte del personal adecuado de cuidado de la salud.

Todos los miembros de STAR+PLUS califican como MSHCN. Un coordinador de servicios trabajará con usted para asegurarse de que su plan de cuidado satisfaga sus necesidades específicas.

Como MSHCN, usted puede tener un especialista como proveedor de cuidado primario y ser tratado por un equipo de doctores y especialistas cuando lo necesite.

Llámenos al 800-600-4441 (TTY 711) si necesita ayuda para recibir estos servicios.

¿Cuáles servicios puedo aún recibir a través de Medicaid regular, pero no están cubiertos por Amerigroup?

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

- Servicios de hospicio del Department of Health and Human Services (HHSC).
- Evaluación previa a la admisión y revisión de un residente (PASRR) — Esta es una evaluación que tendrá para ver si para usted es adecuado vivir en un centro de enfermería.

MI CUIDADO DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS

¿Qué significa necesario por motivos médicos?

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

Medicamento necesario significa:

- 1) Para los miembros mayores de 20 años, servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:
 - a) Son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro.
 - b) Se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro.
 - c) Cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno.
 - d) Son acordes con el diagnóstico del padecimiento.
 - e) Son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia.
 - f) No son experimentales ni de estudio y
 - g) No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.
- 2) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:

- a) Son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren.
- b) Cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias.
- c) Se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro.
- d) Se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos.
- e) No se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada.
- f) No son experimentales ni de estudio y
- g) No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

Amerigroup determinará la necesidad médica de servicios adicionales de centros para convalecientes. Amerigroup o su plan de Medicare determinarán la necesidad médica de servicios de atención de casos agudos, servicios de salud del comportamiento y medicamentos recetados. Los servicios adicionales de centros para convalecientes son, entre otros, servicios dentales de emergencia, servicios de rehabilitación ordenados por un doctor, sillas de ruedas eléctricas personalizadas y aparatos de comunicación por audio.

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 800-600-4441 (TTY 711).

¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?

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

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

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

¿Qué es cuidado médico de rutina?

Cuidado de rutina incluye chequeos regulares, cuidado preventivo y citas por lesiones y enfermedades menores. Su proveedor de cuidado primario lo atiende cuando no se está sintiendo bien, pero eso solo es parte de su trabajo. Él o ella también lo cuidan antes de enfermarse. Esto se llama cuidado de bienestar. Consulte en este manual la sección, **¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?**

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

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

¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia?

Amerigroup **no es responsable** de pagar los servicios dentales periódicos que reciben los miembros de Medicaid. Sin embargo, Amerigroup es **responsable** de pagar el tratamiento y los aparatos para anomalías craneofaciales.

¿Qué es cuidado médico de emergencia?

Otro tipo de cuidado es el cuidado de emergencia. Si tiene una emergencia, su centro de enfermería lo ayudará a recibir los servicios que necesita.

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 me atiendan?

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

¿Necesito una autorización previa?

No necesita una autorización previa para recibir cuidado de emergencia.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

Amerigroup cubre de manera limitada servicios dentales de emergencia para:

- Luxación mandibular.
- Daño traumático de los dientes y las estructuras de soporte.

- Extirpación de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales en los dientes o las encías.
- Medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

Amerigroup es responsable de los servicios dentales de emergencia brindados a los miembros de Medicaid en el entorno de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos el hospital, el doctor y los servicios médicos relacionados (por ejemplo, anestesia y medicamentos).

Los procedimientos dentales de emergencia cubiertos son, entre otros:

- Alivio de dolor intenso en una cavidad bucal relacionado con una infección grave o hinchazón.
- Reparación de daños por pérdida de dientes debido a trauma (solo atención de casos agudos, no se hace restauración).
- Reducción abierta o cerrada de una fractura de la maxila o la mandíbula.
- Reparación de una laceración en o cerca de la cavidad bucal.
- Extirpación de neoplasias, incluso lesiones, tumores y quistes benignos, premalignos y malignos.
- Incisión y drenaje de celulitis.
- Endodoncia. El pago está sujeto a una revisión de la necesidad dental y se tiene que hacer radiografías antes y después de la cirugía.
- Extracciones: un solo diente permanente; un solo diente primario; dientes supernumerarios; inclusión de los tejidos blandos; inclusión ósea parcial; inclusión ósea completa; extracción quirúrgica del diente o la punta de la raíz residual.

¿Cuán pronto puedo ver a mi doctor?

Sabemos cuán importante es para usted ver a su doctor. Trabajamos con los proveedores en nuestro plan para asegurarnos de que usted pueda verlos cuando lo necesite. Nuestros proveedores deben 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 después de horas laborales	Los proveedores de cuidado primario están disponibles 24/7 directamente o a través de un servicio de contestador automático. Refiérase a la sección ¿Cómo recibo cuidado médico después de que el consultorio de mi proveedor de cuidado primario esté cerrado? de este manual.
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
Salud preventiva	En un plazo de 90 días de la solicitud
Visita de seguimiento de cuidado primario después de una visita a la sala de emergencias u hospitalización	Dentro de 14 días de la visita o el alta
Cuidado prenatal	
Visita inicial	En un plazo de 14 días de la solicitud

Nombre del estándar	Amerigroup
Visita inicial para alto riesgo o 3er trimestre	En un plazo de 5 días o inmediatamente, si existe una emergencia
Después de la visita inicial	Basado en el plan de tratamiento del proveedor
Salud del comportamiento	
Emergencia que no amenaza la vida	En un plazo de 6 horas de la solicitud
Cuidado urgente	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Visita inicial para cuidado de rutina	Lo más temprano de 10 días laborales o 14 días calendario a partir de la solicitud
Visita de seguimiento para cuidado de rutina	En un plazo de 3 semanas de la solicitud
Visita de seguimiento después de una hospitalización	En un plazo de 7 días del alta

¿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.

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

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al 800-600-4441 (TTY 711) y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al 800-600-4441 (TTY 711).

¿Qué pasa si estoy fuera del estado?

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

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

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

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

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

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

Puede elegir un especialista para que sirva como su proveedor de cuidado primario si el especialista acepta prestarle servicios 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 su proveedor de cuidado primario lo envía a otro doctor o servicio para cuidado. Si su proveedor de cuidado primario no puede darle el cuidado que usted necesita, él o ella debe referirlo a un especialista del plan de Amerigroup. Puede ver a un especialista sin un referido de su proveedor de cuidado primario. Siempre es mejor hablar primero con su proveedor de cuidado primario acerca de cualquier cuidado adicional que necesite. Su proveedor de cuidado primario puede darle información acerca de otros doctores en el plan de Amerigroup y ayudar a coordinar todo el cuidado que usted recibe.

Si tiene Medicare, siga las reglas de referido de su plan de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un especialista?

Usted podrá ver al especialista en un plazo de 3 semanas desde cuando 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. Esto no le cuesta nada a usted. Puede obtener una segunda opinión de otro doctor en nuestro plan. O, si un doctor en nuestro plan no está disponible para una segunda opinión, su proveedor de cuidado primario puede enviar una solicitud para que aprobemos que usted vea a un doctor que no esté en nuestro plan. Si tiene Medicare, contacte a su plan de Medicare y pregunte cómo obtener una segunda opinión.

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

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

¿Necesito un referido para esto?

No necesita un referido de su doctor 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 para usted, si los necesita según una evaluación estandarizada adecuada por parte de un profesional de la salud mental.

Los servicios de rehabilitación de salud mental son servicios que le ayudan a mantener la independencia

en su hogar o la comunidad, tales como:

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

La administración de casos dirigidos de salud mental le ayuda a acceder a servicios y apoyos médicos, sociales, educativos y de otra naturaleza que pueden ayudar a mejorar su salud y capacidad para funcionar.

¿Cómo obtengo servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos dirigidos de salud mental?

Llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para aprender más acerca de los recursos disponibles. Si tiene Medicare, contacte a su plan de Medicare para averiguar si puede obtener estos servicios.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que usted necesita. Su doctor le hará una receta y la enviará por teléfono, fax o electrónicamente al centro para convalecientes para que le pidan, surtan, dispensen y administren el medicamento a usted.

¿Qué pasa si también tengo Medicare?

Debe usar primero su cobertura de Medicare Part D para recibir sus medicamentos. Si Medicare no cubre sus medicamentos, Medicaid pagará la mayoría de los que su doctor diga que necesita.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Su centro de enfermería le encontrará una farmacia en el plan de Amerigroup. También puede llamar para recibir ayuda a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

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

El farmacéutico le explicará que ellos no aceptan Amerigroup. Deberá surtir sus recetas a una farmacia que acepte Amerigroup.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Si va a la farmacia, debe llevar:

- Su(s) receta(s) o botellas de medicina.
- Su tarjeta de identificación de Amerigroup o su tarjeta de identificación del plan de Medicare.
- Su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid.

¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicamentos?

Muchas farmacias ofrecen servicios de entrega. Su centro de enfermería trabajará con una farmacia para que le entreguen sus medicamentos.

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

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

el medicamento que necesita.

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

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

¿Qué pasa si pierdo mi(s) medicamento(s)?

Si pierde sus medicamentos o se los roban, pida a su centro de enfermería que nos llame al 800-454-3730.

¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?

Su doctor puede elegir medicamentos de la lista de medicamentos del Vendor Drug Program (VDP). Esta incluye todos los medicamentos cubiertos por Medicaid.

Para ver la lista, vaya a la página del Formulario de Vendor Drug de Texas en txvendordrug.com/formulary.

Su medicamento estará 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 están en el formulario del Vendor Drug Program (VDP). Si su receta dice que usted necesita el medicamento de marca, lo cubriremos en lugar de darle un genérico.

¿Tendré un copago?

Los miembros de Medicaid no tienen copagos.

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy de viaje?

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

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

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

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

Amerigroup organizará servicios de consejería y educación sobre planificación de un embarazo o prevención del embarazo. Puede llamar a su proveedor de cuidado primario para obtener ayuda o vaya a cualquier proveedor de planificación familiar de Medicaid.

¿Necesito un referido para esto?

No necesita un referido de su doctor.

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

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

¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?

Mantenerse sano implica ver a su doctor para chequeos regulares. Use el cuadro de abajo para asegurarse de estar al día con sus exámenes anuales de bienestar.

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

Servicios de transporte de Amerigroup para los residentes de centros para convalecientes

¿Qué servicios de transporte se ofrecen?

El centro para convalecientes es responsable de brindar servicios de transporte periódicos que no sean

de emergencia. Si es médicamente necesario, Amerigroup brinda transporte en ambulancia que no sea de emergencia para los miembros que necesiten de este servicio.

¿Cómo obtengo este servicio?

Para obtener transporte en ambulancia que no sea de emergencia, su doctor tiene que comunicarse con Amerigroup para pedir que se autoricen estos servicios. Su doctor puede enviar una solicitud por fax al 844-206-3445 o por teléfono al 866-696-0710.

Si tiene una emergencia y necesita transporte, su centro de enfermería lo ayudará a recibir los servicios que necesita.

¿A quién debo llamar para obtener transporte hacia una cita médica?

Si usted no necesita transporte por ambulancia, su centro de enfermería debe proporcionarle traslados a sus citas médicas.

¿Cómo recibo servicios de cuidado de la vista?

Usted recibe beneficios de cuidado de la vista. No necesita un referido de su doctor para estos beneficios. Llame a Superior Vision of Texas al 800-428-8789 si necesita ayuda para encontrar un doctor de ojos (optometrista) en su área.

Los miembros reciben cobertura para un examen de la vista, aros y ciertos lentes plásticos necesarios por motivos médicos cada 24 meses.

Si cuenta con Medicare y Medicaid, sus beneficios de la vista serán proporcionados por Medicare o el plan de Medicare que haya escogido.

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

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

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Infórmenos por lo menos 24 horas antes de su cita si necesita un intérprete.

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

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

¿Qué pasa si necesito cuidado de obstetricia/ginecología?

AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER:

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

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?

Usted no tiene que escoger un médico de obstetricia/ginecología. Sin embargo, si está embarazada, debe escoger uno para que la atienda. Puede escoger cualquier médico de obstetricia/ginecología listado en el directorio de proveedores de Amerigroup. Si necesita ayuda para elegir uno, llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711). Si tiene Medicare, usted escogerá un médico de obstetricia/ginecología que esté en la red de su plan de Medicare.

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

Si no desea acudir a un obstetra/ginecólogo, su proveedor de cuidado primario puede ser capaz de atender sus necesidades médicas de cuidado de la salud. Pregunte a su proveedor de cuidado primario si él o ella pueden darle cuidado de obstetricia/ginecología. De no ser así, usted deberá ver a un obstetra/ginecólogo. Encontrará una lista de obstetras/ginecólogos en el directorio de proveedores de Amerigroup. También puede buscar uno en nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX bajo la pestaña **Find a Doctor (Encontrar un doctor)**.

¿Necesitaré un referido?

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo informo un supuesto abuso, descuido o explotación?

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, y a no sufrir abuso, maltrato, descuido y explotación.

¿Cómo se definen el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación?

- **El abuso o maltrato** es un daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir dicho daño.
- **El descuido** puede causar hambre, deshidratación, medicación excesiva o insuficiente, condiciones de vida insalubres, etc. El descuido también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médico e higiene personal.

- **La explotación** es el uso indebido de los recursos de otra persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye el uso indebido de los cheques del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), el abuso de una cuenta de cheques conjunta y el robo de bienes y otros recursos.

Cómo denunciar el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación

Por ley, usted debe denunciar cualquier sospecha de abuso, maltrato, descuido o explotación, incluido el uso no autorizado de sujeciones o aislamiento por parte de un proveedor.

Llame al 911 para comunicar una situación de emergencia o de vida o muerte.

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

Presente una denuncia al Department of Health and Human Services Commission (HHSC), llamando al 800-458-9858 si la persona que sufre abuso, maltrato, descuido o explotación vive o recibe servicios:

- En un centro para convalecientes.
- En un centro de vida asistencia con la vida diaria.
- En un centro de cuidado de adultos durante el día.
- De un proveedor con licencia de cuidado temporal de adultos, o
- De una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o agencia de Servicios de Salud en Casa.

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

Todas las demás sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación se pueden denunciar al DFPS llamando al 800-252-5400.

Para presentar denuncias electrónicamente (si no es una emergencia)

Vaya a txabusehotline.org. Este es un sitio web seguro. Tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos con una contraseña.

Información útil para presentar una denuncia

Para denunciar abuso, maltrato, descuido o explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y el número de teléfono de todas las personas involucradas.

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

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

¿Qué son directivas anticipadas?

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

TX STAR+PLUS Nursing Facility MHB

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.

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

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

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

Si recibe una factura, escríbale una carta a un defensor del miembro en su área de servicio e incluya la factura. Para ver una lista de ubicaciones de Amerigroup por área de servicio, busque al principio de este manual. Conserve una copia de la factura para sus registros. Su carta debe incluir la información listada en la siguiente sección: **¿Qué información necesitarán?**

También puede llamar a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711) para pedir ayuda.

¿Qué información necesitarán?

En la carta a un defensor del miembro acerca de una factura de su centro de enfermería, incluya:

- Su nombre.
- Su número telefónico.
- Su número de identificación de Amerigroup.
- La factura que recibió.

Si no puede enviar la factura, incluya en la carta:

- El nombre del centro de enfermería.
- Las fechas del servicio.
- El número telefónico del centro de enfermería.
- El monto cobrado.
- El número de cuenta, si lo conoce.

¿Qué son ingresos contables? ¿Cuáles son mis responsabilidades?

Ingresos contables son los ingresos personales del miembro que, como beneficiario de Medicaid, tiene que proporcionar al centro para convalecientes como parte de su participación en los costos.

Cada vez que el centro para convalecientes envía un cobro a Medicaid, el miembro tiene que entregarle al centro sus ingresos contables. La cantidad se determina al dividir la cantidad total de los ingresos mensuales por el número de días que el miembro vive en el centro cada mes. Al miembro se le permite quedarse con \$60 para sus gastos personales.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de Amerigroup al 800-600-4441 (TTY 711). Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Amerigroup, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Amerigroup, hasta que la HHSC cambie su dirección.

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

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

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

Medicaid y el seguro privado

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

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

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

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

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

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

DERECHOS DEL MIEMBRO:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:

- a. Ser tratado justa y respetuosamente.
- b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de cuidado primario.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar de proveedor de cuidado primario.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de cuidado primario.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
 - a. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales estatales. Esto incluye el derecho de:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una revisión médica externa y una audiencia imparcial ante el estado del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Pedir una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los siete días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a

- entender la información.
- e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
 8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
 9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
 10. Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones respecto de los derechos y responsabilidades de los miembros de su plan médico.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:

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

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de
TX STAR+PLUS Nursing Facility MHB

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.

CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE SU CUIDADO

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

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

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

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

ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD

¿Qué hace la administración de la calidad por usted?

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

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

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

¿Qué son normas de práctica clínica?

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

PROCESO DE RECLAMOS

¿Qué hago si tengo una queja sobre la atención médica, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan médico? ¿A quién llamo?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al 800-600-4441 (TTY 711) para explicarnos el problema. Un representante de Servicios para Miembros de Amerigroup o un defensor del miembro puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al 800-600-4441 (TTY 711). Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

¿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. Si usted tiene Medicare, un defensor del miembro también puede ayudarle a presentar un reclamo ante su plan de Medicare o directamente ante Medicare. Llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi reclamo?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si presenta un reclamo, Amerigroup no tomará represalias contra usted. Aún 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**

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

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

Tendremos una reunión con el personal de Amerigroup, los proveedores del plan de salud y otros miembros de Amerigroup para examinar su reclamo. Trataremos de encontrar un día y hora para la reunión, de modo que pueda estar presente. Puede asistir con alguien a la reunión si lo desea. Usted no tiene que venir a la reunión. Le enviaremos una carta por lo menos cinco 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 apelación de reclamo. Esta carta también le dará la información que el panel usó para tomar su decisión.

PROCESO DE APELACIONES

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

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

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

Puede apelar nuestra decisión de forma oral o por escrito:

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

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

¿Cómo me enteraré si deniegan algún servicio?

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

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

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

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

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

Le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación. Esto lo haremos en un plazo de 30 días calendario a partir de cuando hayamos recibido su apelación, a menos que necesitemos más información de usted o de la persona que presentó la apelación en su nombre. En caso de que necesitemos más información, podemos extender el proceso de apelación durante 14 días cuando la demora lo beneficie. Si extendemos el proceso de apelación, le informaremos por escrito el motivo de la demora. También puede pedirnos que extendamos el proceso si tiene más información que deberíamos considerar.

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

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

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

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

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

¿Alguien de Amerigroup puede ayudarme a presentar una apelación?

Sí, un defensor de los miembros o un representante de Servicios para Miembros pueden ayudarlo a presentar una apelación ante Amerigroup o ante el programa estatal apropiado. Llame a la línea

gratuita de Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).

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

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

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?

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

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

APELACIONES DE EMERGENCIA

¿Qué es una apelación de emergencia?

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

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

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

- Llame a Servicios para Miembros al 800-600-4441 (TTY 711).
- Envíenos una carta o el formulario de solicitud incluido con nuestra carta de decisión a:
Amerigroup Appeals
PO Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?

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

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

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

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

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

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

AUDIENCIAS IMPARCIALES ANTE EL ESTADO

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si como miembro del plan de salud, 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 su 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 la apelación interna del plan médico que se cuestiona. 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 debe enviar una carta a Amerigroup a:

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

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

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico le denegó o redujo, al 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. 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 imparcial estatal.

¿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 pedir 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 proceso de apelación interna de Amerigroup.

INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA

¿Puede pedir una revisión médica externa?

Si como miembro del plan médico, usted no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan médico, tiene el derecho de pedir una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal. Una revisión médica externa es un paso adicional y opcional que usted puede tomar para que se revise su caso sin costo antes de que se celebre la audiencia imparcial estatal. Usted, uno de sus padres, su representante autorizado o su representante legal autorizado (LAR) 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 no pide la revisión médica externa en un plazo de 120 días, puede perder el derecho a una revisión médica externa. Para solicitar una revisión médica externa, usted, uno de sus padres, su representante o su representante legalmente autorizado puede:

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

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico denegó o redujo, al menos hasta que se tome la decisión de la revisión médica externa y la decisión final de la audiencia imparcial estatal, si pide la revisión médica externa y la audiencia imparcial estatal 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. Si no pide que sus beneficios continúen antes de esta fecha, el servicio que el plan médico le denegó se cancelará.

Usted puede retirar su solicitud de una revisión médica externa antes de que se asigne a una Organización de Revisión Independiente o mientras la Organización de Revisión Independiente esté tramitando su solicitud de una revisión médica externa. Una revisión médica externa no se puede retirar si una Organización de Revisión Independiente ya ha terminado la revisión y tomado una decisión.

Una vez que se recibe la decisión de la revisión médica externa, usted tiene derecho de retirar su solicitud de una audiencia imparcial estatal. Si prosigue con el trámite de la audiencia imparcial estatal, también puede solicitar que la Organización de Revisión Independiente esté presente en la audiencia imparcial estatal. Puede hacer ambas solicitudes al comunicarse con Amerigroup al 800-600-4441 (TTY 711) o con el equipo de admisión de la HHSC en EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us.

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

¿Puedo pedir una revisión médica externa de emergencia?

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

¿Cómo informo un supuesto abuso, descuido o explotación?

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, y a no sufrir abuso, maltrato, descuido y explotación.

¿Cómo se definen el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación?

- **El abuso o maltrato** es un daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir dicho daño.
- **El descuido** puede causar hambre, deshidratación, medicación excesiva o insuficiente, condiciones de vida insalubres, etc. El descuido también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médico e higiene personal.
- **La explotación** es el uso indebido de los recursos de otra persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye el uso indebido de los cheques del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), el abuso de una cuenta de cheques conjunta y el robo de bienes y otros recursos.

Cómo denunciar el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación

Por ley, usted debe denunciar cualquier sospecha de abuso, maltrato, descuido o explotación, incluido el uso no autorizado de sujeciones o aislamiento por parte de un proveedor.

Llame al 911 para comunicar una situación de emergencia o de vida o muerte.

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

Presente una denuncia la Health and Human Services Commission (HHSC), llamando al 800-458-9858 si la persona que sufre abuso, maltrato, descuido o explotación vive o recibe servicios:

- En un centro para convalecientes.
- En un centro de vida asistencia con la vida diaria.
- En un centro de cuidado de adultos durante el día.
- De un proveedor con licencia de cuidado temporal de adultos, o
- De una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o agencia de Servicios de Salud en Casa.

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

Todas las demás sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación se pueden denunciar al DFPS llamando al 800-252-5400.

Para presentar denuncias electrónicamente (si no es una emergencia)

Vaya a txabusehotline.org. Este es un sitio web seguro. Tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos con una contraseña.

Información útil para presentar una denuncia

Para denunciar abuso, maltrato, descuido o explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y el número de teléfono de todas las personas involucradas.

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 1-800-436-6184.
- Visite <https://oig.hhs.texas.gov> y haga clic en “Report Fraud (Denunciar fraude)” para llenar una forma en línea.
- Denúncielo directamente al plan médico:

**Compliance Officer
Amerigroup
2505 N. Highway 360, Suite 300
Grand Prairie, TX 75050
800-839-6275**

Otras opciones de denuncia incluyen:

- Línea directa para fraudes de investigaciones especiales: 866-847-8247 (las denuncias pueden ser anónimas)
- Servicios para Miembros de Amerigroup: 800-600-4441

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

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

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

INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE

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

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes, y, cuando corresponda, la educación y experiencia profesionales, la especialidad, la escuela de medicina a la que asistió, la finalización de la residencia y el estado de la certificación profesional
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre los trámites de queja, apelación, revisión médica externa y audiencia imparcial estatal
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia.
 - Si es una emergencia, siga las instrucciones que le dé el centro para convalecientes. El personal del centro se pondrá en contacto con las autoridades apropiadas para coordinar el transporte o los servicios de emergencia.
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia.

- Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta
- Las pautas de práctica de Amerigroup

GUÍA DEL MIEMBRO PARA TÉRMINOS DE CUIDADO ADMINISTRADO

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

Proveedor no participante	Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro o plan médico para brindarle a usted servicios cubiertos. Puede que sea más difícil obtener autorización de su seguro o plan médicos para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En contados casos, como cuando no hay otros proveedores, su seguro médico puede subcontratar y pagar por sus servicios a un proveedor no participante.
Proveedor participante	Un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan médico para ofrecerle a usted servicios cubiertos.
Servicios de un médico	Servicios de atención médica que un médico titulado (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) ofrece o coordina.
Plan	Un beneficio, como Medicaid, que ofrece y paga servicios de atención médica.
Autorización previa	La determinación de su seguro o plan médico de que un servicio médico, plan de tratamiento, receta médica o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha pedido es 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.

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA

La fecha de entrada en vigencia original de este aviso fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente se muestra en el pie de página de este aviso.

Lea cuidadosamente este aviso. Este le dice:

- **Quién puede ver su información de salud protegida (PHI).**
- **Cuándo tenemos que pedir su autorización antes de compartir su PHI.**
- **Cuándo podemos compartir su PHI sin su autorización.**
- **Qué derechos tiene para ver y cambiar su PHI.**

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener esta clase de información, llamada PHI, segura para nuestros miembros. Eso significa que si en este momento usted es un miembro o si solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información suya de agencias estatales para Medicaid y el Children's Health Insurance Program después de que es encontrado elegible y se inscribe en nuestro plan de salud. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales de modo que podamos autorizar y pagar su atención de la salud.

La ley federal dice que debemos informarle lo que dice la ley que tenemos que hacer para proteger la PHI que nos fue dicha, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- En papel (llamada física), nosotros:
 - Tenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos.
 - Destruimos el papel con información de salud de modo que otros no puedan tener acceso a esta.
- Guardada en computadora (llamada técnica), nosotros:
 - Usamos contraseñas de modo que solo las personas correctas pueden tener acceso a esta.
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, médicos o el estado, nosotros:
 - Hacemos normas para mantener la información segura (llamada políticas y procedimientos).
 - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las normas.

Cuándo está bien que usemos y compartamos su PHI

Podemos compartir su PHI con su familia o una persona que usted escoja que ayude o pague por su atención de la salud, si usted nos dice que está bien. Algunas veces, podemos usarla y compartirla **sin** su autorización:

- **Para su atención médica**
 - Para ayudar a los médicos, hospitales y otros a brindarle la atención que usted necesita
- **Para pago, operaciones de atención de la salud y tratamiento**
 - Para compartir información con los médicos, clínicas y otros que nos facturan por su atención
 - Cuando decimos que pagaremos por la atención de la salud o los servicios antes de que los reciba

(conocido como autorización previa o aprobación previa)

- Para encontrar formas de mejorar nuestros programas, así como apoyarlo y ayudarlo a recibir los beneficios y servicios disponibles. Podemos obtener su PHI de fuentes públicas y podemos dar su PHI a intercambios de información de salud para pagos, operaciones de atención de la salud y tratamiento. Si no desea esto, visite amerigroup.com/amerigroup/privacy-policy.html para obtener más información.
- **Para motivos comerciales de atención de la salud**
 - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y el trabajo diario
 - Para encontrar formas de mejorar nuestros programas
- **Para motivos de salud pública**
 - Para ayudar a los funcionarios de salud pública a evitar que las personas se enfermen o se hagan daño
- **Con otros que ayudan o pagan por su atención**
 - Con su familia o una persona escogida por usted que le ayuda o paga por su atención de la salud, si usted nos dice que está bien
 - Con alguien que le ayuda o paga por su atención de la salud, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su autorización por escrito antes de que usemos o compartamos su PHI para todo, salvo su atención, pago, actividades diarias, investigación u otras cosas listadas a continuación. Tenemos que obtener su autorización por escrito antes de que compartamos notas de psicoterapia de su médico sobre usted.

Puede informarnos por escrito que desea retirar su autorización escrita. No podemos retirar lo que hemos usado o compartido cuando tuvimos su autorización. Pero detendremos el uso o distribución de su PHI en el futuro.

Otras formas en las que podemos, o la ley dice que tenemos que, usar su PHI:

- Para ayudar a la policía y otras personas que se aseguran de que otros cumplan con las leyes
- Para denunciar abuso y abandono
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pide hacerlo
- Para contestar documentos legales
- Para dar información a agencias de supervisión de la salud para cosas tales como auditorías o exámenes
- Para ayudar a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerales a averiguar su nombre y causa de muerte
- Para ayudar cuando usted ha pedido dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigación
- Para mantenerlo a usted y otros saludables o evitar que se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos trabajos
- Para dar información a compensación para trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

Sus derechos

- Usted puede pedir ver su PHI y obtener una copia de esta. Tendremos 30 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo. Aunque, no tenemos todo su registro médico.

Si desea una copia de todo su registro médico, pídasela a su médico o clínica de salud.

- Puede pedirnos que cambiemos el registro médico que tenemos suyo si piensa que algo está equivocado o que falta. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Pero no tenemos que aceptar su solicitud.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente a la que tenemos para usted o de alguna otra manera. Podemos hacerlo si enviarla a la dirección que tenemos para usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos todas las veces durante los últimos seis años que hemos compartido su PHI con alguien más. Esto no listará las veces que la hemos compartido debido a atención de la salud, pago, actividades diarias de atención de la salud o algunos otros motivos que no listamos aquí. Tendremos 60 días para enviársela. Si necesitamos más tiempo, tenemos que informárselo.
- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si la pidió por correo electrónico.
- Si paga la factura completa por un servicio, puede pedirle a su médico que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

Qué tenemos que hacer

- La ley dice que debemos mantener su PHI en privado, excepto como hemos dicho en este aviso.
- Tenemos que decirle lo que dice la ley que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Tenemos que hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Tenemos que enviar su PHI a algunas otras direcciones o en una manera diferente a la de su correo usual si lo pide por motivos que tengan sentido, tal como si está en peligro.
- Tenemos que informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos ha pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que dijimos aquí, seguiremos esas leyes.
- Debemos informarle si pensamos que su PHI ha sido violada.

Cómo lo contactaremos

Nosotros, junto con nuestros afiliados y proveedores, podemos llamarlo o enviarle mensajes de texto mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial. Lo hacemos únicamente conforme a la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA). Las llamadas podrían ser para darle a conocer opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, solo dígaselo a la persona que lo llame y no lo contactaremos más por ese medio. O podría llamar al número gratuito 844-203-3796 (TTY 711) para agregar su número telefónico a nuestra lista de “No llamar”.

Qué debe hacer si tiene preguntas

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere usar sus derechos, llame al número gratuito de Servicios para Miembros al:

- 844-756-4600 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro para STAR Kids.

- 800-600-4441 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. hora del Centro para todos los otros miembros.

Qué debe hacer si tiene un reclamo

Estamos a su disposición para ayudar. Si cree que su PHI no ha sido mantenida segura, puede llamar a Servicios para Miembros o contactarse con el Department of Health and Human Services. No pasará nada malo si usted presenta un reclamo.

Usted puede escribir o llamar al Department of Health and Human Services:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

1301 Young St., Suite 1169

Dallas, TX 75202

Teléfono: 800-368-1019

TDD: 800-537-7697

Fax: 214-767-0432

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y las formas en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le informaremos sobre los cambios en una carta. También las publicaremos en la web en amerigroup.com/amerigroup/privacy-policy.html.

Raza, origen étnico e idioma

Recibimos información sobre su raza, origen étnico e idioma de agencias estatales de Medicaid y el Children's Health Insurance Program. Protegemos esta información según lo descrito en este aviso.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted reciba la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar resultados de salud.
- Crear y enviar información de educación sobre salud.
- Informar a los médicos sobre sus necesidades lingüísticas.
- Proporcionar servicios de interpretación y traducción.

No usamos esta información para:

- Emitir seguro de salud.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar beneficios.
- Compartir con usuarios no aprobados.

Su información personal

Podemos pedirle el uso y distribución de información personal (PI) tal como lo conversamos en este aviso. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se toma por motivos del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud.
 - Hábitos.
 - Pasatiempos.

- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos tales como:
 - Médicos.
 - Hospitales.
 - Otras compañías de seguro.
- En algunos casos, podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra compañía sin su autorización.
- Le informaremos antes de hacer cualquier cosa, en donde tengamos que darle la oportunidad para que se niegue.
- Le diremos cómo informarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Contacte al número gratuito de Servicios para Miembros al:

- 844-756-4600 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. hora del Centro para STAR Kids.
- 800-600-4441 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. hora del Centro para todos los otros miembros.

Revisado en marzo de 2021.

Amerigroup cumple con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas por:

- Raza
- Nacionalidad
- Discapacidad
- Color
- Edad
- Sexo o identidad de género

Esto quiere decir que usted no será objeto de exclusión o trato diferente por alguno de estos motivos.

La comunicación con usted es importante

Ofrecemos los siguientes servicios a las personas con discapacidades o que no hablen inglés, sin costo para usted:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Materiales por escrito en formato electrónico, letra grande, audio y otros
- Ayuda de intérpretes calificados en su idioma
- Materiales por escrito en su idioma

Para obtener estos servicios, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en su tarjeta de identificación. O bien, puede llamar a nuestro defensor del miembro al 800-600-4441 (TTY 711). Los miembros de STAR Kids pueden llamar al 1-844-756-4600 (TTY 711).

Sus derechos

¿Cree que lo(la) hemos discriminado por alguno de los motivos señalados o que no recibió estos servicios? De ser así, puede presentar una queja (reclamo). Puede hacerlo por correo, correo electrónico, fax o teléfono:

Member Advocates – Amerigroup
823 Congress Ave., Suite 1100
Austin, TX 78701

Teléfono: 800-600-4441 (TTY 711)
Los miembros de STAR Kids pueden llamar al
1-844-756-4600 (TTY 711).
Fax: 512-382-4965
Email: dl-txmemberadvocates@anthem.com

¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a nuestro defensor del miembro al número indicado. También puede presentar un reclamo por derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights:

- **En Internet:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo:** U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697)

Para obtener un formulario para presentar reclamos, visite www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Do you need help with your health care, talking with us, or reading what we send you? We provide our materials in other languages and formats at no cost to you. Call us toll free at 1-800-600-4441 (TTY 711). STAR Kids members, call 1-844-756-4600 (TTY 711).

¿Necesita ayuda con su cuidado de la salud, para hablar con nosotros o leer lo que le enviamos? Proporcionamos nuestros materiales en otros idiomas y formatos sin costo alguno para usted. Llámenos a la línea gratuita al 1-800-600-4441 (TTY 711). Miembros de STAR Kids, deben llamar al 1-844-756-4600 (TTY 711).

Quý vị có cần chúng tôi giúp với việc chăm sóc sức khỏe của quý vị, trao đổi với chúng tôi, hoặc đọc những tài liệu chúng tôi gửi cho quý vị hay không? Chúng tôi cung cấp các tài liệu bằng các ngôn ngữ và định dạng khác, miễn phí cho quý vị. Hãy gọi cho chúng tôi theo số miễn phí 1-800-600-4441 (TTY 711). Các thành viên STAR Kids, hãy gọi số 1-844-756-4600 (TTY 711).

您需要醫療保健的幫助嗎？請向我們諮詢，或是閱讀我們寄給您的資料。我們以其他語言和格式提供我們的資料，您無需支付任何費用。請撥打免費電話 1-800-600-4441 (TTY 711)。STAR Kids 會員，請致電 1-844-756-4600 (TTY 711)。

Kailangan ninyo ba ng tulong sa inyong pangangalagang pangkalusugan, sa pamamagitan ng pakikipag-usap sa amin, o pagbasa kung ano ang ipinapadala namin sa inyo? Nagbibigay kami ng aming mga materyal sa ibang mga wika at anyo na wala kayong gagastusin. Tawagan kami nang walang bayad sa 1-800-600-4441 (TTY 711). Sa mga miyembro ng STAR Kids, tumawag sa 1-844-756-4600 (TTY 711).

Benötigen Sie Hilfe bei Ihrer medizinischen Versorgung, der Kommunikation mit uns oder beim Lesen unserer Unterlagen? Unsere Materialien sind auf Anfrage auch in anderen Sprachen und Formaten kostenlos erhältlich. Rufen Sie uns gebührenfrei an unter 1-800-600-4441 (TTY 711). Mitglieder von STAR Kids rufen bitte unter 1-844-756-4600 (TTY 711) an.

Vous avez besoin d'aide pour vos soins médicaux, pour communiquer avec nous ou pour lire les documents que nous vous envoyons ? Nous fournissons nos publications dans d'autres langues et sous d'autres formats, et c'est gratuit. Appelez-nous sans frais au 1-800-600-4441 (TTY 711). Membres de STAR Kids, appelez le 1-844-756-4600 (TTY 711).

क्या अपनी स्वास्थ्य देखभाल के बारे में, हमसे बात करने के लिए या हमारे द्वारा भेजी गई सामग्री पढ़ने के लिए आपको सहायता चाहिए? हम आपको अपनी सामग्री अन्य भाषाओं और फॉर्मेट में बिना किसी शुल्क के उपलब्ध कराते हैं। हमें टोल फ्री नंबर 1-800-600-4441 (TTY 711) पर फ़ोन करें। STAR Kids के सदस्य, 1-844-756-4600 (TTY 711) पर कॉल करें।

کیا آپ کو اپنی ہیلتھ کیئر سے متعلق، ہم سے بات کرنے سے متعلق یا ہم جو آپ کو بھیجتے ہیں اسے پڑھنے سے متعلق مدد کی ضرورت ہے؟ ہم اپنا مواد دوسری زبانوں اور فارمیٹس میں آپ کو بلا معاوضہ فراہم کرتے ہیں۔ آپ ہمیں 1-800-600-4441 (TTY 711) پر ٹول فری کال کر سکتے ہیں۔ STAR Kids ممبران (TTY 711) 1-844-756-4600 پر کال کریں

의료 서비스, 당사와의 소통 또는 당사에서 보내는 자료 읽기와 관련해 도움이 필요하십니까? 무료로 자료를 다른 언어나 형식으로 제공해 드립니다. 무료 전화 1-800-600-4441 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. STAR 어린이 회원은 1-844-756-4600 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오.

هل تحتاج إلى مساعدة بخصوص رعايتك الصحية أو التحدث إلينا أو قراءة ما نرسله إليك؟ نحن نقدم المواد الخاصة بنا بلغات وتنسيقات أخرى بدون تكلفة عليك. يُمكنك الاتصال على الرقم المجاني 1-800-600-4441 (الهاتف النصي: 711). لأعضاء برنامج STAR Kids، يُمكنك الاتصال على الرقم 1-844-756-4600 (الهاتف النصي: 711).

શું તમને તમારી સ્વાસ્થ્યસંભાળ વિશે, અમારા સાથે વાત કરવા વિશે, અથવા અમે તમને જે મોકલીએ છીએ તે વાંચવામાં મદદની જરૂર છે? અમે તમને વિના મૂલ્યે અમારું સાહિત્ય અન્ય ભાષાઓ અને સ્વરૂપોમાં પૂરું પાડીશું. આ ટોલ ફ્રી નંબર પર અમને કોલ કરો 1-800-600-4441 (TTY 711). STAR Kids સદસ્યો, 1-844-756-4600 (TTY 711) પર કોલ કરો.

آیا در رابطه با مراقبت بهداشتی درمانی خود، گفتگو با ما یا خواندن مطالب ارسالی به شما، به کمک نیاز دارید؟ ما مطالب خود را به سایر زبانها و قالبها، به صورت رایگان به شما ارائه می‌دهیم. با ما به شماره رایگان 1-800-600-4441 (TTY 711) تماس بگیرید. اعضای STAR Kids با شماره 1-844-756-4600 (TTY 711) تماس بگیرید.

Вам нужна помощь с медицинским обслуживанием, консультацией или материалами, которые мы вам прислали? Мы можем бесплатно предоставить вам материалы на других языках и в других форматах. Позвоните в нам по бесплатному телефону 1-800-600-4441 (TTY 711). STAR Kids могут позвонить по тел 1-844-756-4600 (TTY 711).

Precisas de ajuda com a tua assistência à saúde, para falar connosco ou acerca do que enviamos para ti? Fornecemos os nossos materiais em outros idiomas e formatos sem custo algum. Liga-nos gratuitamente pelo número 1-800-600-4441 (TTY 711). Para associados STAR Kids, ligue para 1-844-756-4600 (TTY 711).

ヘルスケアに関してご質問やご相談はありませんか？当社からお送りした資料のことでお困りですか？資料は英語以外の言語や別のフォーマットでもご用意しています。いずれも無料です。ご希望の方はフリーダイヤル 1-800-600-4441 (TTY 711) までお電話ください。STAR キッズ会員の方は、1-844-756-4600 (TTY 711) までお電話ください。

