



Manual del miembro

STAR+PLUS

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

Miembros de Medicaid

Septiembre de 2022

800-600-4441 (TTY 711)

myamerigroup.com/TX



Amerigroup

Manual del miembro de STAR+PLUS

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

Miembros de Medicaid

800-600-4441 (TTY 711)

myamerigroup.com/TX

Septiembre de 2022

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

Estas son algunas cosas que debe hacer para comenzar:

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

Si no recibe su tarjeta de identificación del 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. hora del Centro.

Manténgase conectado con su salud. Descargue hoy la aplicación móvil gratuita de Amerigroup para acceder a su tarjeta de identificación, buscar un médico 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 atención primaria
- 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 médicos 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.
- Seleccione **Your Account (Su cuenta)**.
- Seleccione **Change Your Primary Care Provider (Cambiar su proveedor de atención primaria)**.

También puede encontrar médicos en nuestro plan usando el directorio de proveedores de STAR+PLUS para su ubicación 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)**.

Usted debe hacerse chequeos regulares con su médico a toda edad. Obtenga más información sobre los chequeos y las visitas de bienestar en las secciones **¿Qué servicios son ofrecidos por Pasos Sanos de Texas?** y **¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?** de este manual del miembro.

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

Consejos para lograr una buena salud ¡Debe acudir a su médico ahora!

¿Cuándo es momento de una visita de bienestar?

Todos los miembros de Amerigroup deben tener visitas de bienestar regulares. De esta forma, su proveedor de cuidado primario puede ver si hay un problema antes de que sea algo malo. Al afiliarse a Amerigroup, llame a su proveedor de cuidado primario y haga su primera cita en un plazo de 90 días.

El programa Pasos Sanos de Texas para adultos jóvenes de 18 a 20 años

Los chequeos médicos para niños y adultos jóvenes que tienen Medicaid se llaman Pasos Sanos de Texas. Si usted tiene de 18 a 20 años, debe hacerse un chequeo de Pasos Sanos de Texas cada año. Cuando usted se convierte en miembro de Amerigroup, podemos recordarle que vaya a hacerse un chequeo médico.

Asegúrese de hacer una cita e ir a su médico cuando esté programado. Estos chequeos ayudan a evitar problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar. Si su médico encuentra un problema de salud durante un chequeo, usted puede recibir más atención de su médico y ver a especialistas, de ser necesario. También puede obtener otros servicios tales como exámenes de la vista y anteojos, pruebas auditivas y audífonos o atención dental.

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

**AMERIGROUP
PROGRAMA STAR+PLUS PARA MIEMBROS DE MEDICAID
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 la atención salud que necesita.

Índice

INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN DE SALUD	1
Su manual del miembro de Amerigroup.....	1
NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES.....	1
Línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup.....	1
Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup.....	2
Línea para servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias.....	2
Servicios de Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y línea de Where's My Ride? (¿Dónde Está Mi Traslado?)	2
Otros números telefónicos importantes	3
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP	3
¿Cómo se ve mi tarjeta de identificación de Amerigroup? ¿Cómo la uso?.....	3
¿Cómo leo mi tarjeta de identificación de Amerigroup?.....	4
¿Cómo reemplazo mi tarjeta de identificación de Amerigroup si la pierdo o me la roban?	4
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid.....	5
¿Qué pasa si necesito un formulario de verificación de identificación temporal?	6
PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA	7
¿Qué es un proveedor de cuidado primario?.....	7
¿Puede un especialista ser considerado alguna vez como proveedor de atención primaria?	7
¿Qué debo llevar conmigo a mi cita con el médico?	7
¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario?	8
¿Puede una clínica ser mi proveedor de cuidado primario?	8
¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario?.....	8
¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi proveedor de cuidado primario?	8
¿Hay algún motivo por el que mi solicitud de cambiar un proveedor de cuidado primario pueda ser denegada?.....	8

¿Puede mi proveedor de cuidado primario trasladarme a otro proveedor de cuidado primario por falta de cumplimiento?	8
¿Qué pasa si elijo ir a otro médico que no sea mi proveedor de cuidado primario?	8
¿Cómo recibo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de cuidado primario esté cerrado?	9
¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?.....	9
PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	9
CÓMO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD	10
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?.....	10
¿A quién llamo?	10
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?.....	10
¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi plan de salud?.....	10
¿Puede Amerigroup pedir que sea retirado de su plan de salud por falta de cumplimiento?	10
MIS BENEFICIOS.....	11
¿Cuáles son mis beneficios de atención de la salud?	11
¿Para cuáles servicios soy elegible como miembro de Medicaid Breast and Cervical Cancer (MBCC)?	11
¿Cómo obtengo estos servicios?	11
¿Qué pasa si Amerigroup no tiene un proveedor para uno de mis beneficios cubiertos?	11
¿Cuánto tengo que pagar para mi atención de la salud?	12
¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?.....	12
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?.....	13
¿Hay alguna limitación para algunos servicios cubiertos?	13
¿Qué es una aprobación previa?	14
¿Cuáles servicios no están cubiertos por Amerigroup?	14
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	15
¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo?.....	15
¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para averiguar sobre estos servicios?.....	17
¿Cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS si estoy en un centro de enfermería?	17
¿Qué es coordinación de servicios?.....	18
¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?.....	18
¿Cómo sé quién es mi coordinador de servicios?.....	19
¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?	19
Su plan de servicios de Amerigroup.....	19
¿Cómo cambio mi plan de servicios de Amerigroup?	19
¿Qué es la verificación electrónica de visita?.....	20
¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Amerigroup?	20
¿Cómo obtengo estos beneficios adicionales?.....	25
¿Qué clases de educación sobre salud ofrece Amerigroup?.....	25
Control de enfermedades	26
¿Qué es la administración de casos complejos? ¿Cómo obtengo estos servicios?	28
¿Qué es un miembro con necesidades especiales de atención de la salud?	29

¿Qué otros servicios puede Amerigroup ayudarme a recibir?.....	29
MIS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y DE OTRO TIPO	30
¿Qué significa necesario por motivos médicos?	30
¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?.....	31
¿Qué es atención médica de rutina?	31
¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?.....	31
¿Qué es la atención médica urgente?	31
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?.....	31
¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?	32
¿Qué es atención médica de emergencia?.....	32
¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?.....	32
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan de salud?.....	33
¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?.....	33
¿Que es la posestabilización?	33
¿Cuán pronto puedo ver a mi médico?	33
¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de cuidado primario esté cerrado?	34
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?.....	34
¿Qué pasa si estoy fuera del estado?	35
¿Qué hago si estoy fuera del país?	35
¿Qué pasa si necesito ver a un médico especial (especialista)?.....	35
¿Qué es una referencia?	35
¿Qué servicios no necesitan una referencia?	35
¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un especialista?.....	36
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?.....	36
¿Cómo recibo ayuda si tengo problemas de salud del comportamiento (mental), de alcohol, o drogas?.....	36
¿Necesito una referencia para esto?	36
¿Qué son servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos dirigida de salud mental?	36
¿Cómo obtengo estos servicios?	36
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	37
¿Cómo encuentro una farmacia de la red?	37
¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está en la red?.....	37
¿Qué debo llevar a la farmacia?	37
¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicamentos?.....	37
¿A quién debo llamar si tengo problemas para recibir mis medicamentos?.....	37
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el médico pidió?.....	37
¿Qué pasa si pierdo mi(s) medicamento(s)?	38
¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?	38
¿Cómo transfiero mis recetas a una farmacia de la red?	38
¿Tendré un copago?.....	38
¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy de viaje?.....	38
¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un centro de enfermería?	38
¿Qué pasa si pagué un medicamento de mi bolsillo y quiero que me hagan el reembolso?	38

¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?	39
¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?	39
¿Necesito una referencia para esto?	39
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	39
¿Qué es la administración de casos para mujeres embarazadas y niños?	39
Administración de casos para mujeres embarazadas y niños	39
¿Qué es Pasos Sanos de Texas? ¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?	40
¿Cómo y cuándo recibo chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas?	41
¿Tiene que ser mi médico parte de la red de Amerigroup?	41
¿Necesito tener una referencia?	41
¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?	41
¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad en la fecha de la visita de Pasos Sanos de Texas?	41
¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?	41
Programa de visitas de bienestar para miembros adultos	41
¿Qué debo hacer si pierdo mi visita de bienestar o el chequeo de Pasos Sanos de Texas?	42
SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT)	42
¿Qué son los servicios de NEMT?	42
¿Que servicios forman parte de los servicios de NEMT?	42
¿Qué pasa si no puedo ser transportado por taxi, camioneta u otros vehículos estándares para ir a citas de atención de la salud?	43
¿Cómo recibo servicios de atención de los ojos?	44
¿Qué servicios dentales cubre Amerigroup para los niños?	44
¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi médico? ¿A quién debo llamar para un intérprete?	44
¿Con cuánta anticipación debo llamar?	44
¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?	45
¿Qué pasa si necesito cuidado de obstetricia/ginecología? ¿Tengo derecho a escoger un obstetra/ginecólogo?	45
¿Cómo escojo a un ginecólogo obstetra?	45
Si no escojo un ginecólogo obstetra, ¿tengo acceso directo?	45
¿Necesitaré una referencia?	45
¿Cuán pronto puedo ser atendida después de contactar a mi ginecólogo obstetra para una cita?	45
¿Puedo seguir con mi ginecólogo obstetra si él o ella no está con Amerigroup?	45
¿Qué pasa si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?	46
¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Amerigroup a embarazadas?	46
My Advocate®	46
Ayudar a que usted y su bebé se mantengan sanos	47
Programas de NICU	47
¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?	48
¿Puedo escoger un proveedor de cuidado primario para mi bebé antes de que nazca?	48
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi bebé?	48
¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?	48
¿Cómo y cuándo le informo a Amerigroup?	48
¿Cómo y cuándo le informo a mi asistente social?	48

Cuando tenga a un nuevo bebé	49
¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no reciba cobertura de Medicaid)?.....	49
Programa de Salud para la Mujer de Texas	49
Programa Atención Primaria de Salud del DSHS	49
Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS.....	50
Programa de Planificación Familiar del DSHS.....	50
¿A quién debo llamar si tengo necesidades de atención de la salud especiales y necesito alguien que me ayude?.....	51
¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi atención médica?.....	51
¿Qué son directivas anticipadas?.....	51
¿Cómo consigo una directiva anticipada?	51
Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo.....	52
¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?.....	52
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?.....	52
¿Qué pasa si recibo una factura de un médico? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitarán?.....	52
¿Qué tengo que hacer si me mudo?.....	53
¿Qué pasa si tengo otro seguro de salud además de Medicaid?	53
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	54
CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN	56
PROCESO DE QUEJAS	57
¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién debo llamar?	57
¿Puede alguien de Amerigroup ayudarme a presentar un reclamo?.....	57
¿Cuánto tiempo tomará procesar mi reclamo?.....	57
¿Cuáles son los requisitos y plazos de tiempo para presentar un reclamo?.....	57
¿Cómo presento un reclamo ante la Health and Human Services Commission una vez que haya agotado el proceso de reclamos de Amerigroup?	58
¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación de reclamos?.....	58
PROCESO DE APELACIONES.....	59
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí que está cubierto, pero Amerigroup lo deniega o lo limita?	59
¿Cómo me enteraré si deniegan algún servicio?.....	59
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?	59
¿Cómo puedo seguir recibiendo los servicios que ya estaban aprobados?.....	60
¿Alguien de Amerigroup puede ayudarme a presentar una apelación?.....	60
¿Puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?	60
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal únicamente?	60
APELACIONES DE EMERGENCIA	61
¿Qué es una apelación de emergencia?.....	61
¿Cómo solicito una apelación de emergencia? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?	61
¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?	61
¿Qué sucede si Amerigroup deniega la solicitud de una apelación de emergencia?	61
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?	61

AUDIENCIAS IMPARCIALES ANTE EL ESTADO	62
¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?.....	62
INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA.....	63
¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?	63
¿Puedo pedir una revisión médica externa de emergencia?	64
¿CÓMO INFORMO UN SUPUESTO ABUSO, DESCUIDO O EXPLOTACIÓN?.....	64
¿Qué es abuso, descuido y explotación?.....	64
INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO.....	65
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	65
ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD	66
¿Qué hace la administración de la calidad por usted?.....	66
¿Qué son normas de práctica clínica?	67
INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE UNA VEZ AL AÑO.....	67
GUÍA DEL MIEMBRO PARA TÉRMINOS DE ATENCIÓN ADMINISTRADA.....	68

INFORMACIÓN SOBRE SU NUEVO PLAN DE SALUD

¡Bienvenido! Como miembro del programa STAR+PLUS de Amerigroup, usted y su proveedor de cuidado primario trabajarán juntos para ayudarlo a que llegue a estar y se mantenga saludable. Los miembros de Amerigroup en el Área de Servicio Rural de Medicaid y el programa STAR Kids son atendidos por Amerigroup Insurance Company. Todos los demás miembros de Amerigroup en Texas son atendidos por Amerigroup Texas, Inc. Para averiguar qué médicos y hospitales están en su área, visite myamerigroup.com/TX o llame 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. Puede solicitar este manual en letra grande, 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 hábil.

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

- Este manual del miembro
- Tarjetas de identificación del miembro
- Qué debe hacer si piensa que necesita servicios y apoyos a largo plazo
- Coordinación de servicios y acceso a servicios
- Sus médicos
- Citas con el médico, incluyendo llamadas de conferencia con usted y el consultorio de su médico
- Transporte
- Beneficios de atención de la salud
- Lo que debe hacer en una emergencia o crisis
- Atención de bienestar
- Tipos especiales de atención de la salud
- Vida saludable
- Reclamos y apelaciones médicas
- Derechos y obligaciones

En el caso de miembros que no hablen inglés, podemos ayudarlos en diversos idiomas y dialectos, incluido el español. También puede obtener los servicios de un intérprete para las visitas al médico 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 médico, 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.

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

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

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup

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

- Cuán pronto necesita atención para una enfermedad.
- Qué tipo de atención de la salud necesita.
- Cómo cuidarse antes de ver al médico.
- Cómo puede recibir la atención que necesita.

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

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 de sustancias está a disposición de los miembros las 24 horas del día, los siete días de la semana al **800-600-4441 (TTY 711)**. La llamada es gratuita y puede hablar con alguien en inglés o español. Para otros idiomas, están disponibles servicios de intérpretes. Puede llamar a la línea 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, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.**

Servicios de Transporte médico que no es de emergencia (NEMT) y línea de Where's My Ride? (¿Dónde Está Mi Traslado?)

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

Amerigroup usará nuestro proveedor de transporte, Access2Care, para coordinar todos los viajes. Para programar un viaje, llame 844-867-2837.

Puede llamar de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, excepto en días feriados estatales aprobados. Si usted no habla inglés, podemos ayudarle en muchos otros idiomas, incluyendo el español. Los miembros que son sordos o tienen problemas auditivos deben llamar al **711**.

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

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

Otros números telefónicos importantes

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

Línea de ayuda del programa STAR+PLUS	877-782-6440
Equipo de asistencia de cuidado administrado del ombudsman	866-566-8989
Línea directa de Medicaid	800-252-8263
Programa Pasos Sanos de Texas	877-847-8377
Atención de los ojos a través de Superior Vision of Texas	800-428-8789
Servicios de farmacia para miembros	833-235-2022
Atención dental para miembros hasta 20 años de edad a través de:	
DentaQuest	800-516-0165
MCNA Dental	800-494-6262
UnitedHealthcare Dental	877-901-7321
Línea de notificación al cliente de Texas	800-414-3406

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 médico u hospital que visite. No tiene que mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir atención de emergencia. La tarjeta les informa a los médicos y hospitales que usted es miembro de Amerigroup y quién es su proveedor de cuidado primario. También les dice que Amerigroup pagará los servicios necesarios por motivos médicos listados en la sección **Mis beneficios**.

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



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



¿Cómo leo mi tarjeta de identificación de Amerigroup?

Su tarjeta de identificación de Amerigroup tiene escritos el nombre y número telefónico de su médico. Su tarjeta de identificación lista muchos de los números telefónicos importantes que debe saber, como los de nuestro departamento de Servicios para Miembros y Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas. También lista los números para la atención de la vista y Servicios de farmacia para miembros.

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

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

Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

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

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

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

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

The image shows the front of a 'Your Texas Benefits' Medicaid card. At the top left is the logo for 'Your Texas Benefits' with a star and the text 'Health and Human Services Commission'. Below the logo are several fields: 'Member name:', 'Member ID:', 'Issuer ID:', and 'Date card sent:'. To the right of these fields is a 'Note to Provider:' which reads: 'Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card? Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.'

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

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

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

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

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

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

- Ver, imprimir o pedir una nueva tarjeta de YTB de Medicaid
- Ver sus planes de seguro médico y dental
- Ver los detalles de sus beneficios
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids de Pasos Sanos de Texas
- 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 la HHSC, llame al 2-1-1, escoja un idioma y luego seleccione la opción 2. Muestre este formulario a su proveedor de la misma manera que presentaría la tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid. Su proveedor aceptará este formulario como prueba de elegibilidad para Medicaid. También puede acceder en línea a YourTexasBenefits.com e imprimir una tarjeta de identificación temporal después de iniciar sesión en su cuenta.

PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un proveedor de cuidado primario es el médico principal que usted ve para la mayoría de su atención 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 sus antecedentes médicos y lo ayudarán a recibir la mejor atención posible. Él o ella también lo enviarán a otros médicos, especialistas u hospitales cuando necesite atención o servicios especiales. Cuando se inscribió en Amerigroup, usted debió haber escogido un proveedor de cuidado primario de nuestro plan. Si no lo hizo, nosotros le asignamos uno. Escogimos uno que estuviese cerca de usted. El nombre y número telefónico de su proveedor de cuidado primario están en su tarjeta de identificación de Amerigroup.

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

¿Puede un especialista ser considerado alguna vez como proveedor de atención primaria?

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

- Usted pueda necesitar ser hospitalizado muchas veces por su afección.
- Usted necesita obtener más de su atención de un especialista.
- Su proveedor de cuidado primario no puede coordinar la atención que usted necesita.

Si vive en un centro de enfermería, también puede designar a un especialista como su proveedor de atención primaria.

El especialista debe:

- Satisfacer los requisitos normales de un proveedor de cuidado primario.
- Proporcionar acceso a atención las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Coordinar toda su atención de la salud, incluyendo atención preventiva.

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

Cuando vaya a su cita con el médico, lleve:

- Su tarjeta de identificación de Amerigroup.
- Su tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid.
- Cualquier medicamento que esté tomando.
- Registros de vacunas.

- Cualquier pregunta que quiera hacerle a su médico.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario?

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

¿Puede una clínica ser mi proveedor de cuidado primario?

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

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de cuidado primario. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamándonos gratis al **800-600-4441** o escribiendo a Amerigroup a la oficina que le quede más cerca enumerada en el frente de este manual. Dirija su solicitud escrita al defensor del miembro.

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

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

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

No podrá cambiar su médico si:

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

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

Su proveedor de cuidado primario puede pedir que usted sea cambiado a otro, si:

- Usted no sigue sus indicaciones médicas, reiteradamente.
- Su médico está de acuerdo con que un cambio es lo mejor para usted.
- Su médico no tiene la experiencia adecuada para tratarlo.
- Usted fue asignado al médico por error (como un adulto asignado a un médico de niños).

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

Hable primero con su proveedor de cuidado primario acerca de cualquier atención que necesite de otros médicos. Este puede referirlo a otros médicos en nuestro plan y ayudar a coordinar toda la atención que usted necesita.

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

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

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

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

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

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

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

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

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

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

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

PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

Amerigroup no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Médicamente Necesarios cubiertos para los miembros. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de cuidado primario (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al **800-600-4441** para más información.

CÓMO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de ayuda del programa Texas STAR+PLUS al **877-782-6440**. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

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

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

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

¿A quién llamo?

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

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

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

Si llama para cambiar de plan de salud hasta el día 15 de cualquier mes, el cambio se llevará a cabo el primer día del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio se producirá el primer día del segundo mes después de ello. 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 usted podría ser retirado de Amerigroup, incluyendo:

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

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

MIS BENEFICIOS

¿Cuáles son mis beneficios de atención de la salud?

Recibe beneficios de Amerigroup para atención aguda tales como visitas al médico, hospitalizaciones, recetas y servicios de salud del comportamiento. También puede recibir servicios y apoyos a largo plazo. Los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo lo ayudan a vivir en su hogar en lugar de en un centro de atención a largo plazo.

Los servicios y apoyos a largo plazo pueden incluir ayuda con las tareas domésticas ligeras, preparar las comidas, bañarse y vestirse. Para obtener más información sobre los servicios y apoyos a largo plazo específicos que puede obtener, vaya a la sección **¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo?** de este manual. Quizá no los necesite en este momento, pero puede obtenerlos si los necesita en el futuro. La Texas Health and Human Services Commission (HHSC) proporciona sus servicios y apoyos a largo plazo si usted está en el programa ICF-IID o en una exención de IDD.

El programa ICF-IID es el programa de Medicaid para personas que tienen incapacidades intelectuales o afecciones relacionadas que reciben atención en centros de atención intermedia distintos a un centro de vida apoyado por el estado.

Exención de IDD significa:

- El programa de exención de servicios de asistencia y apoyo de vida comunitaria (CLASS)
- El programa de exención de sordo-ciego con múltiples discapacidades (DBMD)
- El programa de exención de servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS)
- El programa de exención de vida en el hogar (TxHmL) de Texas

¿Para cuáles servicios soy elegible como miembro de Medicaid Breast and Cervical Cancer (MBCC)?

Si está inscrita a través del programa Medicaid Breast and Cervical Cancer, usted recibe todos sus beneficios de STAR+PLUS. No está limitada a solo servicios para el tratamiento del cáncer.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su proveedor de cuidado primario le ayudará a obtener la atención aguda que necesite. Su coordinador de servicios le ayudará a obtener servicios y asistencia a largo plazo.

¿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 de acuerdo con las normas 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 atención de la salud?

No tiene que pagar por beneficios cubiertos para su atención de la salud. No tiene que pagar ninguna prima, cuotas de inscripción, deducibles, copagos o costos compartidos.

¿Cuáles son mis beneficios de atención aguda?

Su proveedor de cuidado primario le dará la atención que necesita o lo referirá a un médico. Algunos beneficios de Amerigroup son solamente para miembros que deben tener una determinada edad o cierto tipo de problema de salud. Si tiene alguna duda o no está seguro de si ofrecemos un beneficio determinado, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

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 audífonos
- Servicios de salud del comportamiento, incluyendo:
 - Servicios de salud mental para paciente hospitalizado
 - Servicios ambulatorios de salud mental
 - Servicios de psiquiatría
 - Servicios de rehabilitación de salud mental
 - Servicios de asesoramiento para adultos (de 21 años en adelante)
 - Servicios ambulatorios de tratamiento para trastorno por el uso de sustancias, incluyendo:
 - Evaluación
 - Desintoxicación
 - Asesoramiento
 - Terapia asistida por medicamentos
 - Tratamiento residencial para trastorno por el uso de sustancias (incluyendo alojamiento y comida y servicios de desintoxicación)
- Servicios de parto provistos por un médico o enfermero obstetra certificado en un centro de maternidad autorizado
- Servicios de parto provistos por un centro de maternidad autorizado
- Prueba de detección, diagnóstico y tratamiento contra el cáncer
- Servicios de quiropráctica
- Diálisis
- Equipo médico duradero y suministros
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de centros de salud calificados federalmente y otros servicios ambulatorios cubiertos por centros de salud calificados federalmente
- Atención de la salud a domicilio
- Servicios de hospital, incluyendo para paciente hospitalizado y ambulatorio
- Servicios de laboratorio
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluyendo:
 - Servicios para pacientes hospitalizados; servicios ambulatorios en un centro hospitalario o de

atención de la salud ambulatorio, según sea clínicamente apropiado; y servicios médicos y profesionales provistos en un consultorio, instalación para paciente hospitalizado o para paciente ambulatorio para:

- Todas las etapas de reconstrucción de las mamas, en las cuales se hayan realizado procedimientos de mastectomía necesarios por motivos médicos
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir apariencia simétrica
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas
- Mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de mamas
- Prótesis mamaria externa para la o las mamas en las que se han realizado procedimientos de mastectomía necesarios por motivos médicos
- Chequeos médicos y servicios del Programa integral de atención para adultos jóvenes (de 18 a 20 años) a través del programa Pasos Sanos de Texas
- Administración de casos dirigida de salud mental
- Servicios de transporte médico que no es de emergencia
- 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 paciente hospitalizado
- Podología
- Atención prenatal
- Servicios preventivos, incluyendo un chequeo de bienestar anual para adultos, para pacientes de 21 años en adelante
- Atención primaria
- Radiología, imágenes y radiografías
- Servicios de médicos especialistas
- Telehealth
- Telemedicina
- Telemonitoreo, en la medida cubierto por el Código Gubernamental de Texas §531.01276
- Terapias: física, ocupacional y del habla
- Trasplante de órganos y tejidos
- Vista (incluye optometría y anteojos; los lentes de contacto solo están cubiertos si son necesarios por motivos médicos para corrección de la vista, que no se puede lograr mediante anteojos)

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

Su proveedor de cuidado primario le ayudará a recibir estos tipos de servicios o puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. 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 la atención, tales como servicios de quiropráctica, 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, atención o servicios pueden necesitar nuestra aprobación antes de que su médico pueda proporcionarlos. Esto se llama aprobación previa. Su médico 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 para paciente hospitalizado electivas y no urgentes
- Servicios de quiropráctica
- La mayoría de los servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias (excepto servicios ambulatorios de rutina y de emergencia)
- Ciertas recetas
- Cierta equipo médico duradero, incluyendo prótesis y órtesis
- Ciertos procedimientos de gastroenterología
- Audífonos digitales
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de hospicio
- Terapia de rehabilitación (terapias física, ocupacional, respiratoria y del habla)
- Estudios del sueño
- Atención 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 aviso y no es una lista completa de los beneficios cubiertos por el plan. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas acerca de servicios específicos.

¿Cuáles servicios no están cubiertos por Amerigroup?

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

- Nada que no sea necesario por motivos médicos
- Nada que sea experimental, tal como un nuevo tratamiento que está siendo probado o que no ha demostrado que funcione
- Cirugía cosmética que no sea necesaria por motivos médicos
- Esterilización para miembros de hasta 20 años de edad
- Atención de rutina de los pies 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 sin cobertura de Amerigroup, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

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

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

Algunas personas desean vivir en sus propios hogares pero necesitan ayuda con las tareas cotidianas, como comer, las tareas domésticas ligeras, preparar las comidas o la atención personal. Nuestros coordinadores de servicios le ayudarán a recibir los servicios que usted necesita. Si se lo permite, él o ella hablarán con usted y con sus médicos para determinar los tipos de ayuda que necesita. Luego, el coordinador de servicios le contará sobre la ayuda que quizá podamos conseguirle. También podemos ayudarle a iniciar sus servicios. Luego, su coordinador de servicios le llamará para ver cómo le está yendo.

Para obtener cualquier servicio y apoyo a largo plazo, usted **debe** hablar primero con su coordinador de servicios.

Los miembros de STAR+PLUS que tienen incapacidades intelectuales o afecciones relacionadas que reciben servicios a través del programa ICF-IID o una exención de IDD obtienen servicios y apoyos a largo plazo a través de la Texas Health and Human Services Commission (HHSC).

La clase de beneficios de servicios y apoyos a largo plazo que puede recibir se basa en su categoría de elegibilidad para Medicaid. Hay tres categorías de elegibilidad de Medicaid:

- Otra atención comunitaria (OCC): beneficios básicos
- Primera opción comunitaria (CFC): beneficios de nivel medio
- Exención HCBS STAR+PLUS (SPW): beneficios de nivel alto para miembros con necesidades complejas

El siguiente cuadro proporciona las generalidades de los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo por categoría de cobertura.

Servicios y apoyo a largo plazo	Beneficios de Otra atención comunitaria (OCC)	Beneficios de Primera opción comunitaria (CFC)	Beneficios de la Exención HCBS de STAR+PLUS (SPW)
Atención primaria en el hogar/servicios de asistente personal	✓	✓	✓
Servicios de actividades diarias y salud (DAHS)	✓	✓	✓

Servicios y apoyo a largo plazo	Beneficios de Otra atención comunitaria (OCC)	Beneficios de Primera opción comunitaria (CFC)	Beneficios de la Exención HCBS de STAR+PLUS (SPW)	
Atención de asistente dirigida por el cliente (Incluyendo servicios de administración financiera)	✓	✓	✓	
Servicios de enfermería (en el hogar)	No cubierto	No cubierto	✓	
Adquisición, mantenimiento y mejora de los servicios de habilidades		✓	✓	
Servicios de respuesta de emergencia (botón para llamada de emergencia)		✓	✓	
Consulta/administración de apoyo		✓	✓	
Servicios dentales		No cubierto	No cubierto	✓
Comidas entregadas a domicilio				✓
Modificaciones menores en el hogar				✓
Ayudas para la adaptación				✓
Equipo médico duradero				✓
Suministros médicos				✓
Terapia física, ocupacional y del habla				✓
Atención de tutela temporal para adultos/atención personal en el hogar				No cubierto
Vida asistida	✓			
Servicios de asistencia en la transición (para miembros que salen de un centro de enfermería): \$2,500 máximo	✓			
Relevo (con o sin modelos autodirigidos)	✓			
Dietista/servicio nutricional (para residentes de vida asistida)	✓			
Terapia de rehabilitación cognitiva	✓			
Servicios de administración financiera	✓			
Asistencia para el empleo	✓			

Servicios y apoyo a largo plazo	Beneficios de Otra atención comunitaria (OCC)	Beneficios de Primera opción comunitaria (CFC)	Beneficios de la Exención HCBS de STAR+PLUS (SPW)
Empleo asistido			✓

Las marcas (✓) representan beneficios cubiertos por Amerigroup. Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios para averiguar si reúne los requisitos.

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

Si piensa que necesita servicios y apoyos a largo plazo, llame a la línea gratuita de Coordinación de Servicios para Miembros al número a continuación para su área de servicio.

Bexar	800-589-5274, ext. 106-103-5201
El Paso	877-405-9871, ext. 106-103-5197
Harris y Jefferson	800-325-0011, ext. 106-103-5198
Lubbock	877-405-9872, ext. 106-103-5200
Tarrant	800-839-6275, ext. 106-103-5199
Travis	800-315-5385, ext. 106-103-5202
Área de servicio rural de West Medicaid	800-839-6275, ext. 106-103-5199

Los miembros de STAR+PLUS que tienen incapacidades intelectuales o afecciones relacionadas que reciben servicios a través del programa ICF-IDD o una exención de IDD deben llamar al **866-696-0710**. Si tiene sordera o dificultad auditiva, llame al **711**.

Si no hablamos con usted durante su primer mes como nuevo miembro, llame de inmediato a Servicios para Miembros. Llame más pronto si cambió recientemente su dirección o número telefónico o piensa que necesita servicios y apoyos a largo plazo. Un coordinador de servicios de Amerigroup hablará con usted o visitará su hogar para saber más sobre su salud y necesidad de servicios. Le preguntaremos sobre su salud y cualquier problema que pueda tener con tareas de la vida diaria. También tal vez quiera que un familiar o amigo hable con nosotros.

¿Cambiarán mis beneficios de STAR+PLUS si estoy en un centro de enfermería?

Sus beneficios de servicios y apoyos a largo plazo cambiarán si usted se muda a un centro de enfermería. Sería elegible para beneficios de servicios y apoyos a largo plazo en un centro de enfermería, en lugar de beneficios de servicios y apoyos a largo plazo a domicilio.

Estos beneficios incluyen:

- Servicios de atención diaria en centro de enfermería.
- Servicios complementarios de centro de enfermería.
- Coseguro de Medicare para los servicios de atención diaria.

Sus beneficios de atención aguda como hospitalización, visitas al médico y recetas no cambiarán si se muda a un centro de enfermería, a menos que comience a recibir cobertura de un plan de Medicare que le proporcione esos beneficios.

¿Qué es coordinación de servicios?

La coordinación de servicios ayuda a asegurar que usted esté recibiendo los servicios que necesita por parte de los proveedores adecuados. Le asignaremos un coordinador personal de servicios si:

- Usted solicita uno.
- Detectamos que usted necesita uno luego de revisar sus necesidades de salud y asistencia.
- Tiene una incapacidad intelectual o afección relacionada y recibe servicios a través del programa ICF-IID o una exención IDD.
- Está inscrita en el programa Medicaid Breast and Cervical Cancer.

Un coordinador de servicios calificado administrará y supervisará todas la atención y los servicios que reciba. Él o ella lo conocerán y trabajarán con usted y con sus proveedores para asegurarse de que usted reciba la atención y los servicios que necesita.

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

- La identificación de sus necesidades a través de una evaluación
- La creación de un plan de atención acorde a esas necesidades
- El análisis del plan de atención con usted, su familia y su representante (si fuese necesario) para asegurar que usted lo comprenda y lo acepte
- La programación de citas con sus proveedores y la coordinación para que obtenga los servicios que necesita
- El trabajo en equipo junto a usted y su proveedor de cuidado primario

¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?

Cuando se convierta por primera vez en miembro de Amerigroup, el estado nos enviará 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 la atención necesaria. Él o ella le preguntarán qué tan útiles han sido los servicios de Medicaid. Hablaremos con sus proveedores de Medicaid sobre la atención que ha estado recibiendo. Si está de acuerdo, hablaremos con sus médicos sobre sus necesidades de atención de la salud.

Su coordinador de servicios le ayudará a recibir la atención que usted necesita al:

- Visitarlo en su hogar 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 y apoyos a largo plazo cubiertos, sus servicios de atención aguda 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 atención para ayudarlo a vivir independientemente.

¿Cómo sé quién es mi coordinador de servicios?

Cuando le asignemos un coordinador de servicios, le enviaremos una carta donde se indique el nombre de este y el 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 de teléfono de su coordinador de servicios en nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX. Deberá seleccionar el botón **Login (Iniciar sesión)** y registrarse para una cuenta segura 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.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Puede comunicarse con un coordinador de servicios llamando a los números telefónicos en la sección **¿Cómo recibo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para averiguar acerca de estos servicios?** o llamando a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Su plan de servicios de Amerigroup

Su coordinador de servicios trabaja con usted para ayudarlo a averiguar si necesita servicios especiales tales como servicios y apoyos a largo plazo o administración de casos. Ejemplos de servicios y apoyos a largo plazo son la atención de vida asistida y la atención de adultos durante el día. Damos servicios de administración de casos a miembros que tienen afecciones tales como cáncer, VIH; insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal en etapa terminal, anemia falciforme, diabetes y asma o que necesitan atención pulmonar y de heridas.

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

Si recibe servicios de STAR+PLUS a través del programa ICF-IID o de una exención IDD, el estado desarrollará su plan de servicios y evaluará las obligaciones de administración de casos primarios. Su coordinador de servicios de Amerigroup participará en el desarrollo del plan cuando lo permitan usted y el administrador de casos/coordinador de servicios del estado. Su coordinador de servicios de Amerigroup es responsable de respaldar los beneficios proporcionados por Amerigroup.

¿Cómo cambio mi plan de servicios de Amerigroup?

Su coordinador de servicios lo llamará o visitará periódicamente para ver cómo está. Si se produce algún cambio en su salud o capacidad de cuidarse, debe llamar a su coordinador de servicios de inmediato. No tiene que esperar a que él o ella se comuniquen con usted. Su coordinador de servicios desea saber si se produce algún cambio en su salud o comienza a tener problemas con las tareas cotidianas, como vestirse, bañarse o tomar sus medicamentos. Su coordinador de servicios trabajará con el resto de su equipo para ayudarlo a obtener otros servicios o atención que necesite. Su coordinador de servicios de

Amerigroup revisará su plan de servicios al menos una vez al año. Si es necesario efectuar algún cambio, él o ella se encargará de hacerlo.

¿Qué es la verificación electrónica de visita?

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

La EVV es gratuita. Su asistente usará su teléfono particular para llamar a la línea gratuita cuando comiencen y terminen sus servicios. Si no tiene una línea telefónica fija en su hogar, su asistente usará una aplicación móvil u otro dispositivo.

EVV se usa para todos los servicios de atención personal de Medicaid. Póngase en contacto con su coordinador de servicios o Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre la EVV.

¿Cuáles beneficios adicionales recibo como miembro de Amerigroup?

Amerigroup le proporciona beneficios de atención de la salud adicionales solo por ser miembro nuestro 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 atención de la salud. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información acerca de estos beneficios adicionales o visite nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Tarjeta de regalo de Healthy Rewards por estas actividades saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por completar chequeos de Texas Health Steps, para edades de 18 a 20 años • \$25 para una miembro que se haga un chequeo prenatal en el primer trimestre de embarazo o dentro de los 42 días de ingresar al plan médico de Amerigroup • \$50 para una miembro que se haga un chequeo después del parto en un periodo de 7 a 84 días después de dar a luz • \$20 cada 6 meses 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 	<p>Para recibir una recompensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese al programa Healthy Rewards dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Amerigroup • Su proveedor informará la mayoría de las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su consulta • Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad <p>Para ingresar al programa Healthy Rewards o encontrar información sobre el programa y las recompensas:</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>glucemia (HbA1c) con un resultado menor de 8</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 cada año para un miembro hasta los 64 años que haya sido diagnosticado con esquizofrenia o trastorno bipolar que toma medicamentos antipsicóticos y que tenga una prueba de detección de diabetes (análisis). Los miembros que ya tienen un diagnóstico de diabetes están excluidos de esta recompensa. • \$50 por hacerse una citología de cuello uterino (Papanicolaou), para miembros de 21 a 64 años, una vez cada 3 años • \$50 por hacerse una citología de cuello uterino (Papanicolaou) con análisis conjunto del virus de papiloma humano (VPH), para miembros de 30 a 64 años, una vez cada 5 años • \$20 por tener una consulta ambulatoria de seguimiento con un proveedor de salud conductual dentro de 7 días del alta del hospital por una estadía de salud conductual, hasta 4 veces por año 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o • Llame a la Línea del Servicio de Atención al Cliente de Healthy Rewards al 888-990-8681 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro
<p>Asignación de tarjeta de regalo de Healthy Rewards para productos de venta libre por completar estas actividades saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 cada año por ponerse una vacuna contra la gripe <p>Excluye cualquier producto cubierto por Medicaid</p>	<p>Para recibir una recompensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese al programa Healthy Rewards dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Amerigroup • Su proveedor informará las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su consulta • Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad <p>Para ingresar al programa Healthy Rewards o encontrar información sobre el programa y las recompensas:</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
	<ul style="list-style-type: none"> • Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o • Llame a la Línea del Servicio de Atención al Cliente de Healthy Rewards al 888-990-8681 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro
<p>Hasta \$250 por servicios dentales de rutina al año (incluye dos limpiezas con chequeos y una serie de radiografías).</p> <p>Este beneficio no está disponible para los miembros de los programas de la exención de STAR+PLUS para servicios en el hogar y la comunidad (HCBS), de Community First Choice y del programa de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (IDD).</p>	<p>Llame a DentaQuest al 855-418-1621.</p>
<p>Diploma de Educación General (GED): cubriremos la tarifa del examen para su prueba de GED</p>	<p>Llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
<p>Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas: hay enfermeros disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para sus preguntas de atención de la salud</p>	<p>Llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
<p>Ayuda para conseguir traslados para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los familiares vayan con usted a los servicios médicos. • Clases sobre embarazo, parto o recién nacidos para miembros embarazadas. • Visitas a las oficinas del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). • Reuniones del Grupo asesor de miembros. 	<p>Llame al 844-867-2837 (TTY 711).</p> <p>Los traslados para familiares adicionales deben tener aprobación previa.</p> <p>Para traslados a las oficinas de WIC y a reuniones del Grupo asesor de miembros; cada miembro puede obtener 1 traslado por mes, con hasta 12 traslados cada año.</p>
<p>Salud emocional en línea: sitio web seguro y herramientas móviles que puede usar las</p>	<p>Acceda a los recursos para el bienestar emocional, organizados por Learn to Live,</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
24 horas, los 7 días de la semana para ayudar a mejorar su salud emocional	ingresando en learntolive.com/welcome/txamerigroup . Escriba TXAmerigroup en el campo del código y haga clic en “submit” (enviar). Luego, ingrese su número de identificación del miembro.
Beneficios de la vista mejorados: anteojos de plástico/polycarbonato para miembros de 21 años en adelante, una vez cada 36 meses	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 . 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.
Ocho horas de servicios de relevo cada año para familias y cuidadores de miembros de 21 años en adelante (no disponible para miembros de la exención HCBS STAR+PLUS)	Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.
Programa Taking Care of Baby and Me® (Cuidando de Mí y de Mi Bebé): ayuda a las miembros embarazadas, madres primerizas y a sus bebés a estar y mantenerse saludables Las miembros embarazadas recibirán materiales educativos para el embarazo, posparto y el recién nacido para ayudarlas a aprender sobre el embarazo y los cuidados de posparto. Esto incluye la importancia de las visitas prenatales y continuas al médico.	Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o vaya a myamerigroup.com/TX para obtener más información.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Servicios de control de plagas cada 3 meses	<p>Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o vaya a myamerigroup.com/TX para obtener más información.</p> <p>Los miembros pueden obtener este servicio en una ubicación.</p>
Un kit de primeros auxilios y un plan personal para desastres (1 kit por miembro de por vida)	<p>Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
Kit de ejercicio personal para miembros de 21 años en adelante (1 kit por año)	<p>Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
Kit de higiene dental para miembros de 21 años en adelante (1 kit por año)	<p>Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
Apoyo dietético nutricional de hasta 20 comidas entregadas a domicilio cada año después de salir de un hospital o centro de enfermería para miembros de 21 años en adelante	<p>Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o a su coordinador de servicios.</p> <p>Este beneficio no está disponible para los miembros de la exención de HCBS STAR+PLUS o miembros que reciben asistencia de alimentos mediante Medicaid.</p>
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	<p>Acceda a la plataforma de la Biblioteca CommonGround iniciando sesión en su cuenta segura en myamerigroup.com/TX.</p>
Programa para el embarazo y la paternidad temprana en línea las 24 horas, los 7 días de la semana, a través del sitio web o la aplicación	<p>Acceda a la plataforma de la Biblioteca CommonGround iniciando sesión en su cuenta segura en myamerigroup.com/TX.</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
móvil para brindar apoyo a los padres futuros o recientes	
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> .

¿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 salud ofrece Amerigroup?

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

- Servicios de Amerigroup y cómo obtenerlos
- Nacimiento
- Atención del bebé
- Ser padres
- Embarazo
- Técnicas para dejar de fumar
- Protección personal contra la violencia
- Otras clases o eventos sobre temas de salud

Para conocer los eventos que se realizan en su área, consulte la página de *Community Resources (Recursos comunitarios)* en myamerigroup.com/TX bajo la pestaña **Get Help (Obtener ayuda)**. Si necesita ayuda para encontrar un programa en la comunidad, llame a Servicios para Miembros o marque 2-1-1. Tenga en cuenta que algunas organizaciones de la comunidad pueden cobrar una tarifa para participar en sus programas.

Control de enfermedades

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

Nuestro equipo incluye enfermeros certificados llamados administradores de casos de DM. Ellos le ayudarán a aprender cómo manejar mejor su afección o problema de salud. Usted puede elegir inscribirse en un programa de DM sin costo para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede inscribirse en un programa de control de enfermedades para recibir atención de la salud y servicios de apoyo en caso de tener alguna de estas afecciones:

- Asma
- Trastorno bipolar
- Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)
- Enfermedad de las arterias coronarias (EAC)
- Diabetes
- VIH/SIDA
- Hipertensión
- Trastorno depresivo grave: adultos
- Trastorno depresivo grave: niños y adolescentes
- Esquizofrenia
- Trastorno por el uso de sustancias

Cómo funciona

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

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

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

Cómo ingresar

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

Cuando llame:

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

También puede enviarnos un correo electrónico a dmsself-referral@amerigroup.com.

Tenga en cuenta que los correos electrónicos enviados por la internet son usualmente seguros, pero existe cierto riesgo de que terceros puedan acceder (u obtener) estos correos electrónicos sin que usted lo sepa. Al enviar su información por correo electrónico, usted acepta (o entiende) que terceros tal vez accedan a estos correos electrónicos sin que usted lo sepa.

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

Números telefónicos útiles

En una emergencia, llame al 911.

Control de enfermedades

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

De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local

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

Fuera del horario normal:

Llame a Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas

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

800-600-4441 (TTY 711)

Derechos y obligaciones de control de enfermedades

Al ingresar a un programa de Control de enfermedades, usted tiene ciertos derechos y obligaciones.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener detalles sobre nosotros, tales como:
 - Los programas y servicios que ofrecemos.
 - Nuestro personal y sus calificaciones (habilidades o educación).
 - Cualquier relación contractual (tratos que tenemos con otras compañías).
- Excluirse de servicios de DM.

- Saber cuál administrador de casos de DM está manejando sus servicios de DM y cómo pedir un cambio.
- Obtener nuestro apoyo para tomar decisiones de atención de la salud con sus proveedores de atención de la salud.
- Preguntar sobre todas las opciones de tratamiento relacionadas con DM (opciones de formas de mejorar) mencionadas en las pautas clínicas (incluso si un tratamiento no es parte de su plan de salud) y hablar acerca de las opciones con los proveedores de atención de la salud tratantes.
- Que sus datos personales y su información médica se mantengan en privado.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo nos aseguramos de que su información permanezca, segura, privada y confidencial.
- Recibir tratamiento cortés y respetuoso de parte de nuestro personal.
- Recibir información que sea clara y fácil de entender.
- Presentarle reclamos a Amerigroup llamando a la línea gratuita al **888-830-4300 (TTY 711)** de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local de lunes a viernes y:
 - Recibir ayuda sobre cómo usar el proceso de reclamos.
 - Saber cuánto tiempo tiene Amerigroup para responder y resolver asuntos de calidad y reclamos.
 - Darnos comentarios acerca del programa de Control de enfermedades.

Usted también tiene la obligación de:

- Seguir el plan de atención acordado por usted y su administrador de casos de DM.
- Brindarnos la información que necesitamos para llevar a cabo nuestros servicios.
- Decirnos a nosotros y a sus proveedores de atención de la salud si elije ser excluido (abandonar el programa).

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

Puede iniciar sesión en su cuenta segura o registrarse en **myamerigroup.com/TX** para pedirnos ingresar en un programa de DM. Necesitará su número de identificación del miembro para registrarse (se encuentra en su tarjeta de identificación del miembro). Al usar su cuenta segura, usted puede enviar un mensaje seguro a Servicios para Miembros/Control de enfermedades y solicitar ingresar en el programa.

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

Además de nuestro programa de Control de enfermedades, tenemos un programa de administración de casos complejos. En este programa, los administradores de casos le ayudan a manejar su atención 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 afección médica grave tal como diabetes. Tenemos administradores de casos especiales para miembros con un embarazo de alto riesgo, un embarazo múltiple, antecedentes de parto prematuro de un embarazo anterior o labor prematura actual.

No necesita una referencia de su médico 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 enfermeros certificados 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 atención de la salud?

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

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

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

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

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

¿Qué otros servicios puede Amerigroup ayudarme a recibir?

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

- Servicio dental de Pasos Sanos de Texas (incluyendo ortodoncia): los miembros hasta los 20 años pueden recibir beneficios dentales a través de una organización dental de atención administrado
- Investigación de plomo ambiental de Pasos Sanos de Texas (para miembros hasta los 20 años)
- Servicios de salud escolar y relacionados de Texas (para niños hasta los 20 años)
- Programa de descubrimiento vocacional y desarrollo para niños ciegos del Department of Assistive and Rehabilitative Services (para miembros hasta los 21 años)
- Servicios para tuberculosis (de terapia directamente observada e investigación de contactos) provistos por proveedores aprobados por el DSHS
- Servicios de hospicio de la Health and Human Services Commission (HHSC)
- Pruebas de detección, evaluaciones y servicios especializados del examen de detección previo a la hospitalización y revisión de residentes (PASRR)

MIS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y DE OTRO TIPO

¿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:

Necesario por motivos médicos significa:

- 1) Para los miembros de 18 a 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - a) Servicios de detección, para la vista y la audición
 - b) Otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud del comportamiento, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:
 - i) Tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de *Alberto N., et al. v. Traylor, et al.*; y
 - ii) Puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.
- 2) Para los miembros mayores de 20 años, servicios de atención de la salud no relacionados con la salud del comportamiento que:
 - a) Son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, o proporcionar detección, intervenciones tempranas para padecimientos que provoquen dolor o sufrimiento, causen deformaciones físicas o que limiten el funcionamiento, amenacen con causar o empeorar una discapacidad, provoquen enfermedad o padecimiento del miembro 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 reconocidas o agencias gubernamentales
 - d) Son acordes con el diagnóstico del padecimiento
 - e) Son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia
 - f) No son experimentales ni de estudio y
 - g) No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor
- 3) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud del comportamiento:
 - a) Son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar un trastorno de salud mental o dependencia de sustancias químicas, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento resultante de dicho trastorno
 - b) Cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas profesionalmente en el campo de la salud del comportamiento
 - c) Se prestan en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el cual se puedan prestar con seguridad
 - d) Se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos
 - e) No se podrían omitir sin afectar adversamente la salud mental y/o física del miembro o la calidad de la atención prestada

- f) No son experimentales ni de estudio
- g) No son principalmente para la conveniencia del miembro o el proveedor

Si tiene preguntas con respecto a una autorización, una solicitud de servicios o una pregunta de administración de utilización, llame 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
- Medicamentos
- Procedimientos de salud del comportamiento
- Dispositivos

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

¿Qué es atención médica de rutina?

La atención de rutina incluye chequeos regulares, atención preventiva 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. Este también lo cuida antes de enfermarse. Esto se llama atención de bienestar. Vea las secciones **¿Qué servicios son ofrecidos por Pasos Sanos de Texas?** y **¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?** de este manual para obtener más información.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

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

¿Qué es la atención médica urgente?

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

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

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

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

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

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

¿Qué es atención médica de emergencia?

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

Atención médica de emergencia

La atención médica de emergencia se presta para los padecimientos médicos de emergencia y los padecimientos de salud del comportamiento de emergencia.

Padecimiento médico de emergencia significa:

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

- Poner en grave peligro la salud del paciente.
- Ocasionar problemas graves en las funciones corporales.
- Ocasionar disfunción grave de algún órgano vital o parte del cuerpo.
- Causar desfiguración grave.
- En el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del feto.

Padecimiento de salud del comportamiento de emergencia significa:

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

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

Servicios de emergencia y Atención de emergencia significa:

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

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted debería poder ver a su médico inmediatamente para atención de emergencia.

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

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

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

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

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos gratis al **800-600-4441** o llame al 911.

¿Que es la posestabilización?

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

Debe llamar a su proveedor de cuidado primario dentro de las 24 horas siguientes a su visita a la sala de emergencias. Si no puede llamar, pida a otra persona que lo haga. Su proveedor de cuidado primario le dará o coordinará cualquier atención de seguimiento que necesite.

¿Cuán pronto puedo ver a mi médico?

Sabemos cuán importante es para usted ver a su médico. 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 que se indican a continuación.

Nombre del estándar	Amerigroup
Servicios de emergencia	Tan pronto usted llegue al proveedor buscando atención
Atención de urgencia	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Atención fuera del horario normal	Los proveedores de atención primaria están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana directamente o a través de un servicio de contestador automático. Refiérase a la sección ¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de cuidado primario esté cerrado? de este manual.
Atención primaria de rutina	En un plazo de 14 días de la solicitud
Atención especializada de rutina	En un plazo de 3 semanas de la solicitud
Visita de seguimiento de atención primaria después de una visita	Dentro de 14 días de la visita o el alta

Nombre del estándar	Amerigroup
a la sala de emergencias o alta hospitalaria	
Salud preventiva	
21 años en adelante	En un plazo de 90 días de la solicitud
Nuevo miembro	Nuevos miembros de 18 a 20 años, tan pronto como sea posible, pero a más tardar a los 90 días de la inscripción
18 hasta 20 años	En un plazo de 60 días de la solicitud
Atención prenatal	
Visita inicial	En un plazo de 14 días de la solicitud
Visita inicial para alto riesgo o 3er trimestre	En un plazo de 5 días de la solicitud 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
Atención de urgencia	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Visita inicial para atención de rutina	Lo más temprano de 10 días hábiles o 14 días calendario a partir de la solicitud
Visita de seguimiento para atención 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

¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de cuidado primario esté cerrado?

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

Si cree que necesita atención de emergencia, llame al 911 o vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana. Refiérase a la sección **¿Qué es atención médica de emergencia?** de este manual para ayudarlo a decidir si necesita atención 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 atención médica, llámenos a la línea gratuita al **800-600-4441 (TTY 711)**. Si necesita atención de emergencia, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

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

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

- Alergólogos (médicos que tratan alergias)
- Dermatólogos (médicos de la piel)
- Cardiólogos (médicos del corazón)
- Podólogos (médicos de los pies)
- Oncólogos (médicos que tratan el cáncer)

Cubrimos servicios de muchos tipos diferentes de médicos que proveen atención de especialista. Si su proveedor de cuidado primario no puede darle la atención necesaria, él o ella puede referirlo a un especialista de nuestro plan.

Si tiene discapacidades, necesidades especiales de atención de la salud, o condiciones complejas crónicas, un especialista puede servir como su proveedor de cuidado primario si dicho especialista acepta proporcionarle sus servicios de atención primaria. Llame a Servicios para Miembros de manera que podamos organizar esto para usted.

¿Qué es una referencia?

Una referencia es cuando su proveedor de cuidado primario lo envía a otro médico o servicio para atención. Si su proveedor de cuidado primario no puede darle la atención que usted necesita, lo referirá a un especialista en nuestro plan.

¿Qué servicios no necesitan una referencia?

No necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario con el fin de recibir atención necesaria de proveedores de nuestro plan. Siempre es mejor hablar primero con su proveedor de cuidado primario acerca de cualquier atención adicional que necesite. Su proveedor de cuidado primario puede darle información acerca de otros médicos de nuestro plan y ayudarlo a coordinar toda la atención que recibe.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atienda un especialista?

Usted podrá ver al especialista en un plazo de tres 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 atención de la salud que necesita. Esto no le cuesta nada a usted. Puede obtener una segunda opinión de otro médico en nuestro plan. O, si un médico 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 médico que no esté en nuestro plan.

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

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

¿Necesito una referencia para esto?

No necesita una referencia para recibir ayuda para problemas de salud del comportamiento, alcohol o drogas.

¿Qué son servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos dirigida 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 y la comunidad, tales como:

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

La administración de casos dirigida 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 estos servicios?

Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para aprender más acerca de los recursos disponibles.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

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

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

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

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

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

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

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

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Cuando vaya a la farmacia, debe llevar:

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

¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicamentos?

Muchas farmacias ofrecen servicios de entrega. Pregunte al farmacéutico si hacen entregas a domicilio.

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

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

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el médico 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 tres días. Llámenos al **833-235-2022 (TTY 711)** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos. Pídale a su farmacéutico que despache un suministro para tres días.

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

Si pierde o le roban su medicamento, pida a su farmacéutico que llame a Servicios para Proveedores al **800-454-3730**.

¿Cómo averiguo cuáles medicamentos están cubiertos?

Su médico 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 está en el formulario del VDP. Si su receta dice que usted necesita el medicamento de marca, lo cubriremos en lugar de darle un genérico.

¿Cómo transfiero mis recetas a una farmacia de la red?

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

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

¿Tendré un copago?

Los miembros de Medicaid no tienen copagos.

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy de viaje?

Si necesita una reposición mientras está de viaje, llame a su médico 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 una reclamación.

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un centro de enfermería?

El centro de enfermería le proporcionará todos los medicamentos requeridos.

¿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 una reclamación. El formulario de reembolso también está disponible en línea en myamerigroup.com/TX bajo *Benefits (Beneficios)* de farmacia.

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

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

Llame al **800-600-4441 (TTY 711)** para más información sobre estos beneficios.

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

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

¿Necesito una referencia para esto?

No necesita una referencia de su médico.

¿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** para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

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

Administración de casos para mujeres embarazadas y niños

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

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

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

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

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos se reunirá con usted y entonces:

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

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

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

¿Cómo puede usted obtener un administrador de casos?

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

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

¿Qué es Pasos Sanos de Texas? ¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

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

Pasos Sanos de Texas le brinda al niño:

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

Los exámenes de Pasos Sanos de Texas:

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

Cuándo programar un examen:

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

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

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

Llame a Servicios para Miembros de Amerigroup al **800-600-4441** o gratis a Pasos Sanos de Texas al 877-847-8377 (877-THSTEPS) si usted:

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

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

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

Los miembros de 18 a 20 años, deben hacerse un chequeo de Pasos Sanos de Texas cada año. Asegúrese de hacer una cita e ir a su médico cuando esté programado. Estos chequeos ayudan a evitar problemas de salud encontrándolos antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar. Si necesita ayuda para encontrar un médico y hacer una cita, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Tiene que ser mi médico parte de la red de Amerigroup?

Usted puede ver a cualquier proveedor de Pasos Sanos de Texas para estos chequeos. El proveedor de Pasos Sanos de Texas no tiene que estar en el plan Amerigroup.

¿Necesito tener una referencia?

Usted puede recibir atención de Pasos Sanos de Texas sin una referencia.

¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?

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

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

Si está fuera de la ciudad y tiene una visita de Pasos Sanos de Texas, llame al consultorio de su médico o a Servicios para Miembros para que le ayuden.

¿Cuándo deben hacerse chequeos los adultos?

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

Programa de visitas de bienestar para miembros adultos		
TIPO DE EXAMEN	¿QUIÉN LO NECESITA?	¿CUÁN FRECUENTE?
Visita de bienestar	Mayores de 21 años	Cada año
Examen pélvico	Mujeres de 18 años en adelante	Cada año
Prueba de Papanicoláu	Mujeres de 21 a 29 años	Solo prueba de Papanicoláu: cada 3 años

Programa de visitas de bienestar para miembros adultos

TIPO DE EXAMEN	¿QUIÉN LO NECESITA?	¿CUÁN FRECUENTE?
	Mujeres de 30 a 65 años	Solo prueba de Papanicoláu: cada 3 años Análisis conjunto de prueba de Papanicoláu/virus del papiloma humano (VPH): cada 5 años
Examen clínico de las mamas	Mujeres de 20 a 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 médico
Análisis de sangre oculta en las heces	Mayores de 50 años	Cada año
Sigmoidoscopia y DRE/PSA o colonoscopia y DRE/PSA	Mayores de 50 años	Cada 5 años

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

Si usted no acude a una visita de bienestar o Pasos Sanos de Texas a tiempo, haga una cita con su médico lo antes posible. Si necesita ayuda para programar la cita, llame a Servicios para Miembros. Organizaremos una llamada de conferencia con usted y su médico. También puede iniciar sesión en el sitio web seguro en myamerigroup.com/TX para enviarnos un correo electrónico, y nosotros nos encargaremos del resto.

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

¿Qué son los servicios de NEMT?

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

¿Que servicios forman parte de los servicios de NEMT?

- Pases o boletos para transporte, como el transporte público en y entre ciudades o estados, incluyendo el tren o el autobús.
- Servicios de transporte aéreo comercial.
- Servicios de transporte a la demanda, que es el transporte desde su casa al lugar de la cita en autobús privado, minivan o automóvil, incluidos los vehículos accesibles para sillas de ruedas, si es necesario.

- Reembolso del millaje para un participante a cargo del transporte individual (ITP) por un viaje verificado y completo a un servicio médico cubierto. El ITP puede ser usted, un responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo de las comidas relacionadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios médicos. La tarifa diaria de las comidas es de \$25 por día para usted y \$25 por día para un acompañante aprobado.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo del alojamiento relacionado con un viaje de larga distancia para obtener servicios médicos. Los servicios de alojamiento se limitan a la estancia de una noche y no incluyen los servicios utilizados durante la estancia, como llamadas telefónicas, servicio de habitaciones o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios de NEMT autorizados.

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

Cómo obtener transporte

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

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

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

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

Si usted tiene una afección médica que ocasiona que necesite una ambulancia para llevarlo a citas de atención de la salud, su médico puede enviar una solicitud a Amerigroup. Para obtener más información acerca de cómo puede su médico enviar una solicitud, llame a Servicios para Miembros, al **800-600-4441 (TTY 711)**.

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

¿Cómo recibo servicios de atención de los ojos?

Usted tiene beneficios de atención de los ojos. No necesita una referencia de su médico para estos beneficios. Llame a Superior Vision of Texas al 800-428-8789 si necesita ayuda para encontrar un especialista de la vista (optometrista) del plan cerca de usted.

Los adultos jóvenes de 18 a 20 años obtienen cobertura para un examen de la vista una vez cada 12 meses y marcos y lentes o lentes de contacto necesarios por motivos médicos cada 24 meses, o cuando de otra forma sea necesario por motivos médicos. Los miembros adultos de 21 años en adelante reciben cobertura para un examen de la vista y marcos y lentes o lentes de contacto necesarios por motivos médicos cada 24 meses.

¿Qué servicios dentales cubre Amerigroup para los niños?

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

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

¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona 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? ¿Tengo derecho a escoger un obstetra/ginecólogo?

AVISO IMPORTANTE PARA MIEMBROS FEMENINOS:

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 ginecólogo obstetra?

No se le exige que escoja un médico de ginecología obstetricia. Sin embargo, si está embarazada, debe elegir un ginecólogo obstetra para que la atienda. Puede escoger cualquier ginecólogo obstetra enumerado en el directorio de proveedores de Amerigroup o buscar uno en nuestro sitio web en **myamerigroup.com/TX** bajo la herramienta **Find A Doctor (Encontrar un doctor)**. Si necesita ayuda para elegir uno, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

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

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

¿Necesitaré una referencia?

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

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

Su ginecólogo obstetra la debe ver en un plazo de dos semanas para su visita inicial. De ser necesario podemos ayudarla a encontrar un ginecólogo obstetra en nuestro plan.

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

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

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

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

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

Es muy importante que acuda a su médico o ginecólogo obstetra para atención cuando esté embarazada. Esta clase de atención se conoce como atención prenatal. Puede ayudarla a tener un bebé sano. Siempre es importante la atención prenatal, aunque ya haya tenido un bebé.

Nuestro programa Taking Care of Baby and Me® les brinda a las mujeres embarazadas información sobre salud y recompensas por recibir atención prenatal y de postparto. Se le asigna un administrador de la atención para que la ayude a recibir la atención y los servicios prenatales que necesite durante el embarazo hasta su chequeo de posparto. Es posible que el administrador de la atención la llame para ver cómo está y responder preguntas. También puede ayudarla a encontrar recursos prenatales en su comunidad. Para saber más sobre el programa Taking Care of Baby and Me®, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas con necesidades complejas de atención de la salud. Los enfermeros administradores de la atención trabajan conjuntamente con estas miembros para proveer:

- Educación.
- Apoyo emocional.
- Ayuda para seguir el plan de atención del médico.
- Información sobre servicios y recursos en su comunidad, como transporte, el programa Women, Infants and Children (WIC), lactancia materna y asesoramiento.

Nuestros enfermeros trabajan con médicos para ayudar a mantenerla sana y a dar a luz bebés sanos.

My Advocate®

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

Usted puede contar con:

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

Con My Advocate, su información se mantiene segura y privada. Cada vez que MaryBeth llama, le preguntará por su año de nacimiento. No dude en decírselo. Necesita ese dato para asegurarse de hablar con la persona correcta.

Ayudar a que usted y su bebé se mantengan sanos

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

- Atención para el embarazo y de postparto.
- Atención de niño sano.
- Atención dental.
- Vacunas.
- Consejos para una vida saludable.

Para obtener más información sobre My Advocate, visite myadvocatehelps.com.

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

Le enviaremos un libro educativo, llamado Pregnancy and Beyond Resource Guide. Este libro incluye:

- Información de cuidado personal sobre su embarazo.
- Una sección del libro para anotar cosas que suceden durante su embarazo.
- Detalles sobre My Advocate que le informan sobre el programa y cómo inscribirse y recibir información de salud en su teléfono mediante voz automatizada, la Internet o aplicación de teléfono inteligente.
- Una sección de Trabajo de parto, parto y más allá con información sobre lo que debe esperar durante su tercer trimestre.
- Una sección del libro sobre cómo tener un bebé sano, la depresión posparto y la atención para su recién nacido, con recursos útiles.
- Información sobre cómo hacer un plan de vida familiar y anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC).

Cuando está embarazada, debe acudir a su médico o ginecólogo obstetra por lo menos:

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

Puede que su médico o ginecólogo obstetra desee que lo visite más veces basado en sus necesidades de salud.

Programas de NICU

A los padres de bebés admitidos a la unidad neonatal de cuidado intensivo (NICU), les ofrecemos el programa You and Your Baby in the NICU y un programa NICU Post Traumatic Stress Disorder (NICU

PTSD). Los padres reciben educación y apoyo para estar involucrados en la atención de sus bebés, visitar la NICU, interactuar con los proveedores de atención del hospital y prepararse para el alta. Los padres reciben un recurso educativo que detalla estrategias exitosas que pueden usar para trabajar con el equipo de atención. El programa NICU PTSD busca mejorar los resultados para las familias de los bebés que están en la NICU evaluando y ayudando a hacer referencias a tratamiento para PTSD en los padres. Este programa apoya a las madres y familias en riesgo de PTSD debido a la experiencia estresante de tener a un bebé en la NICU.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

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

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

Sí, puede escoger un proveedor de cuidado primario para su bebé antes de que nazca. Llámenos al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener ayuda para encontrar un médico.

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

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

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

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?

El hospital donde nace su bebé debe ayudarla a iniciar el proceso de solicitud de Medicaid para su bebé. Consulte con el trabajador social del hospital antes de irse a casa para asegurarse de que la solicitud esté completa. También debe llamar al 2-1-1 para asegurarse de que la solicitud de su bebé ha sido recibida. Si es miembro de Amerigroup cuando da a luz a su bebé, su bebé será inscrito en Amerigroup en su fecha de nacimiento.

¿Cómo y cuándo le informo a Amerigroup?

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

¿Cómo y cuándo le informo a mi asistente social?

Después de dar a luz a su bebé, llame al 2-1-1 o a su asistente social de la HHSC para decirle que el bebé ha nacido.

Cuando tenga a un nuevo bebé

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

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

Puede quedarse menos tiempo en el hospital si su médico o ginecólogo obstetra y el médico del bebé observan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé se van del hospital antes de tiempo, su médico puede pedir que visite el consultorio o que un enfermero la visite en su casa en un plazo de 48 horas.

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

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

Programa de Salud para la Mujer de Texas

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

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

Healthy Texas Women Program
PO Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 800-335-8957
Sitio web: texaswomenshealth.org
Fax: (gratis) 866-993-9971

Programa Atención Primaria de Salud del DSHS

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

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

- Diagnóstico y tratamiento.
- Servicios de emergencia.
- Planificación familiar.

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

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

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

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

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

Teléfono: 512-776-7796

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

Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS

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

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

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

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

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

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

Programa de Planificación Familiar del DSHS

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

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

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

Sitio web: healthytexaswomen.org/family-planning-program
Teléfono: 512-776-7796
Fax: 512-776-7203
Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

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

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

¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi atención médica?

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** 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 atención médica en caso de que sufra una enfermedad o lesión grave y no se recupere. Para asegurarse de recibir el tipo de atención 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 médico y a su familia qué tipos de atención 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 médico 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 médico. Su médico sabrá entonces la clase de atención que usted desea recibir.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento después de haber firmado una directiva anticipada. Llame a su médico 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 de representación duradero. Este documento le permitirá designar una persona para que tome decisiones por usted, cuando no pueda hacerlo usted mismo. Pregunte a su médico sobre estos formularios.

Recertifique sus beneficios de Medicaid a tiempo

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

¡No pierda sus beneficios de atención de la salud! Podría perder sus beneficios incluso si aún reúne los requisitos para ellos. Deberá renovar sus beneficios cada 12 meses. La Health and Human Services Commission (HHSC) le enviará un paquete aproximadamente 60 días antes de la fecha límite, para informarle que es hora de renovar sus beneficios de Medicaid. Esta notificación tendrá instrucciones sobre cómo hacer la renovación. Si no renueva sus beneficios antes de la fecha indicada, perderá sus beneficios de atención de la salud.

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

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

Deseamos que siga recibiendo sus beneficios de atención de la salud si todavía reúne los requisitos. Para renovarlos, vaya a YourTexasBenefits.com y seleccione **Manage your account or applications (Manejar su cuenta o aplicaciones)**. Siga las instrucciones que se muestran allí para renovar.

Si está inscrita a través del programa Medicaid Breast and Cervical Cancer (MBCC), deberá renovar cada seis meses. Usted deberá enviar:

- Formulario H1551 formulario de verificación de tratamiento completado por el médico que la está tratando
- Formulario H2340 de renovación de MBCC

¿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 un médico? ¿A quién llamo?

¿Qué información necesitarán?

Presente siempre su tarjeta de identificación de Amerigroup y la tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid cuando acuda a un médico, vaya al hospital o se realice análisis. Incluso si su médico le indicó que asistiera, debe presentar su tarjeta de identificación de Amerigroup y su tarjeta actual de Your Texas Benefits Medicaid para asegurarse de que no se le facturen los servicios cubiertos por Amerigroup.

No tiene que mostrar su tarjeta de identificación de Amerigroup antes de recibir atención de emergencia. Si recibe una factura, envíela con una carta que diga que a usted le han enviado una factura al defensor del miembro de su área de servicio en la ubicación de Amerigroup más cerca de usted listada en el frente de este manual.

En la carta, incluya:

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

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

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

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

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

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

¿Qué pasa si 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 cuidado primario es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

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

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

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

Usted y sus médicos pueden obtener una copia de estos derechos y obligaciones por correo, fax o correo electrónico. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** y pida una copia. También puede descargar una copia de nuestro sitio web accediendo a **Member Rights & Responsibilities (Derechos y obligaciones del miembro)** en myamerigroup.com/TX bajo **Tools and resources (Herramientas y recursos)** en la parte inferior de la página de inicio.

CÓMO TOMAMOS DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN

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

No exhortamos a los médicos a subutilizar los servicios. Y no creamos barreras para recibir atención de la salud. Los proveedores y otras personas implicadas en las decisiones de UM no reciben ninguna recompensa por limitar o denegar atención. Cuando contratamos, ascendemos o despedimos

proveedores o personal, no se basa en la probabilidad de que nieguen beneficios. Los médicos 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 médico pide un atención 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 médico pueden solicitar una apelación.

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

PROCESO DE QUEJAS

¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién debo llamar?

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. Amerigroup no puede tomar medidas en su contra si usted presenta una queja.

¿Puede alguien de Amerigroup ayudarme a presentar un reclamo?

Sí, un defensor del miembro o representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar un reclamo ante nosotros o el programa estatal adecuado. Llame a Servicios para Miembros al **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 cinco días hábiles 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 u hospitalización, se resolverá tan pronto sea necesario para la urgencia de su caso y no más tarde de un día hábil desde cuando recibimos su reclamo.

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

Una vez que haya agotado el proceso de reclamos de Amerigroup, puede presentar un reclamo ante la Health and Human Services Commission (HHSC) llamando a la línea gratuita al 866-566-8989. Si quiere hacer su reclamo por escrito, por favor, envíelo 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 la Internet, puede enviar su reclamo a: hhs.texas.gov/managed-care-help

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal de emergencia?

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

INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA

¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?

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

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

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

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

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

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

¿Puedo pedir una revisión médica externa de emergencia?

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

¿CÓMO INFORMO UN SUPUESTO ABUSO, DESCUIDO O EXPLOTACIÓN?

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

¿Qué es abuso, descuido y explotación?

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

Cómo reportar el abuso, descuido y la explotación

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

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

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

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

- Un centro para convalecientes
- Un centro de asistencia con la vida diaria
- Un centro de cuidado de adultos durante el día
- Un proveedor de cuidado temporal de adultos con licencia, o

- Una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o una agencia de servicios de salud en casa

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

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

Informe electrónicamente (si no es una emergencia)

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

Información útil al presentar un informe

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

INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico en una droguería, 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 OIG al 800-436-6184.
- Visite <https://oig.hhs.texas.gov> y haga clic “Report Fraud (Denunciar fraude)” para llenar el formulario en línea.
- Denúncielo directamente al plan de salud:

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

Otras opciones para denunciar incluyen:

- Línea directa externa anónima de cumplimiento: 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

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 verificar si usted está recibiendo la mejor atención preventiva de la salud. Si tiene una enfermedad crónica, revisamos si usted está recibiendo ayuda para manejar su afección.

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

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

¿Qué son normas de práctica clínica?

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

INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE UNA VEZ AL AÑO

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

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los médicos de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio; esta información incluirá el nombre, la dirección, el número de teléfono y los idiomas que habla (aparte del inglés) de cada proveedor de la red, así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes; y, cuando corresponda, las calificaciones profesionales, especialidad, institución de educación médica a la que asistió, finalización de la residencia y estado de certificación del Colegio de médicos
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre los trámites para hacer una queja, una apelación, una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid
 - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia
 - Las reglas sobre la posestabilización
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta
- Las pautas de práctica de Amerigroup

GUÍA DEL MIEMBRO PARA TÉRMINOS DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

Término	Definición
Afección médica de emergencia	Una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan graves que una persona razonable buscaría atención inmediatamente para evitar perjuicios.
Apelación	Una solicitud para que su organización de atención administrada revise nuevamente una denegación o una queja.
Atención ambulatoria en el hospital	Atención en un hospital que generalmente no requiere de una hospitalización de una noche.
Atención de enfermería especializada	Servicios de enfermeros autorizados en su propio hogar o en un hogar de ancianos.
Atención de la salud a domicilio	Servicios de atención de la salud que una persona recibe en casa.
Atención de urgencia	Atención para una enfermedad, lesión o afección lo suficiente grave que una persona razonable buscaría atención inmediatamente, pero no tan severa como para requerir atención en la sala de emergencias.
Atención en la sala de emergencias	Servicios de emergencia que obtiene en una sala de emergencias.
Autorización previa	Una decisión de su aseguradora o plan de salud de que un servicio de atención de la salud, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha solicitado, es necesario por motivos médicos. Esta decisión o aprobación, denominada a veces autorización anterior, aprobación anterior o certificación previa, se debe obtener antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.
Cobertura de medicamentos recetados	Seguro o plan de salud que ayuda a pagar por medicamentos recetados.
Copago	Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de atención de la salud cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar por el tipo de servicio de atención de la salud cubierto.
Equipo médico duradero (DME)	Equipo ordenado por un proveedor de atención de la salud para uso diario o prolongado. La cobertura para DME podría incluir, pero no se limita a: equipo para oxígeno, sillas de rueda, muletas o suministros para diabéticos.

Especialista	Un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones.
Hospitalización	Atención en un hospital que exige de una admisión como paciente hospitalizado que generalmente requiere una hospitalización de una noche.
Medicamentos recetados	Medicamentos que por ley requieren una receta.
Médico de atención primaria	Un médico (M.D. — Doctor en Medicina o D.O. — Doctor de Medicina Osteopática) que atiende directamente o coordina una serie de servicios de atención de la salud para un paciente.
Necesario por motivos médicos	Servicios de atención de la salud o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas y que cumple con estándares aceptados de medicina.
Plan	Un beneficio, como Medicaid, que brinda y paga por sus servicios de atención de la salud.
Prima	El monto que debe pagar por su seguro o plan de salud.
Proveedor	Un médico (M.D. - Doctor en Medicina o D.O. — Doctor de Medicina Osteopática), profesional de atención de la salud, o centro de atención de la salud autorizado, certificado o acreditado conforme a las exigencias de la ley estatal.
Proveedor de atención primario	Un médico (M.D. - Doctor en Medicina o D.O. — Doctor de Medicina Osteopática), enfermero practicante, enfermero especialista clínico o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que brinda, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una serie de servicios de atención de la salud.
Proveedor no participante	Un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para ofrecerle servicios cubiertos a usted. Podría ser más difícil obtener autorización de su aseguradora o plan de salud para obtener servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En casos limitados, tales como cuando no hay otros proveedores, su aseguradora de salud puede hacer un contrato para pagarle a un proveedor no participante.
Proveedor participante	Un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para ofrecerle servicios cubiertos a usted.
Queja	Un reclamo a su aseguradora o plan de salud.

Reclamo	Una queja que usted le comunica a su aseguradora médica o plan.
Red	Los centros, proveedores y distribuidores que su aseguradora o plan de salud ha contratado para que le proporcione servicios de atención de la salud.
Seguro de salud	Un contrato que requiere que su aseguradora de salud pague sus costos de atención de la salud cubiertos a cambio de una prima.
Servicios de emergencia	Evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.
Servicios de hospicio	Servicios para brindar comodidad y apoyo para personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.
Servicios del médico	Servicios de atención de la salud que ofrece o coordina un médico autorizado (M.D. — Doctor en Medicina o D.O. — Doctor de Medicina Osteopática).
Servicios excluidos	Servicios de atención de la salud que su seguro o plan de salud no paga o cubre.
Servicios y dispositivos de habilitación	Servicios de atención de la salud tales como terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento del diario vivir.
Servicios y dispositivos de rehabilitación	Servicios y dispositivos de atención de la salud tales como terapia física u ocupación que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y funcionamiento del diario vivir que ha sido perdido o deteriorado debido a que la persona estaba enferma, herida, o discapacitada.
Transporte médico de emergencia	Servicios de ambulancia terrestre o aérea para una afección médica de emergencia.

