

STAR

Manual para Miembros

English version on the other side



TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS STAR
Your Health Plan ★ Your Choice

Para más información, llame al 1-855-897-4448.
RightCare.SWHP.org



Scott & White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

RIGHTCARE

ÍNDICE

CONTÁCTENOS	2
LISTA DE TELÉFONOS	2
POR ESCRITO.....	3
WHERE'S MY RIDE? AYUDA PARA EL TRANSPORTE MÉDICO NO URGENTE	3
TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE STAR MEDICAID	4
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN RIGHTCARE STAR MEDICAID	7
LECTURA DEL FRENTE DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE RIGHTCARE STAR MEDICAID	7
CÓMO LEER EL REVERSO DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE RIGHTCARE STAR MEDICAID.....	7
CÓMO USAR SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE RIGHTCARE STAR MEDICAID	7
QUÉ HACER SI PIERDE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE RIGHTCARE STAR MEDICAID.....	7
TARJETA YOUR TEXAS BENEFITS (YTB) DE MEDICAID	7
PORTAL PARA CLIENTES DE MEDICAID YOURTEXASBENEFITS.COM.....	8
ELEGIBILIDAD DE MEDICAID	9
¿QUÉ SUCEDERÁ SI PIERDO MI COBERTURA DE MEDICAID?	9
PUEDE PERDER SU COBERTURA DE RIGHTCARE EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:.....	9
¿QUÉ DEBO HACER SI ME MUDO?.....	9
(ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN Y AYUDA PARA EL CUIDADO DE PERMANENCIA ÚNICAMENTE)	9
¿QUÉ DEBO HACER SI NECESITO ACTUALIZAR MI DIRECCIÓN O NÚMERO DE TELÉFONO?	9
RENOVACIÓN DE BENEFICIOS	9
CÓMO RENOVAR	9
CÓMO COMPLETAR EL PROCESO DE RENOVACIÓN.....	10
CÓMO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD	10
¿QUÉ DEBO HACER PARA CAMBIAR MI PLAN DE SALUD?	10
¿CUÁNDO ENTRARÁ EN VIGOR MI CAMBIO DE PLAN DE SALUD?	10
¿PUEDE RIGHTCARE PEDIR QUE ME DEN DE BAJA DE SU PLAN (POR INCUMPLIMIENTO, ETC.)?.....	10
BENEFICIOS DE STAR MEDICAID	11
BENEFICIOS DE SALUD.....	11
¿CÓMO OBTENGO ESTOS SERVICIOS?.....	12
“¿HAY ALGÚN LÍMITE PARA LOS SERVICIOS CUBIERTOS?	12
¿QUÉ PUEDO HACER SI QUIERO DEJAR DE FUMAR?	12
¿QUÉ SERVICIOS NO CUBRE STAR MEDICAID?	12
BENEFICIOS DE VISIÓN	13
¿CÓMO PUEDO OBTENER SERVICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA?	13
BENEFICIOS Y SERVICIOS DENTALES	13
¿LOS SERVICIOS DENTALES DE URGENCIA ESTÁN CUBIERTOS POR EL PLAN DE SALUD?.....	13
¿QUÉ SERVICIOS DENTALES CUBRE RIGHTCARE PARA NIÑOS?.....	13
¿QUÉ DEBO HACER SI MI HIJO NECESITA ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA?	13
SALUD CONDUCTUAL (MENTAL)	14
¿CÓMO OBTENGO AYUDA SI TENGO PROBLEMAS CONDUCTUALES (MENTALES), DE ALCOHOL O DE DROGAS?	14
¿EN QUÉ PUEDE AYUDAR RIGHTCARE?.....	14
¿QUÉ SON LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL Y LA ADMINISTRACIÓN DIRIGIDA DE CASOS DE SALUD MENTAL?.....	14
¿CÓMO OBTENGO ESTOS SERVICIOS?.....	15
COORDINACIÓN DE SERVICIOS: NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD	15
¿A QUIÉN LLAMO SI TENGO NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y NECESITO QUE ALGUIEN ME AYUDE?.....	15
PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE SERVICIOS.....	15
PROGRAMA DE MANEJO DE ENFERMEDADES DE RIGHTCARE	16
LÍNEA DE ENFERMERAS DISPONIBLE LAS 24 HORAS	16
NUEVAS TECNOLOGÍAS	16
PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE RIGHTCARE	16
OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE QI	16
BENEFICIOS ADICIONALES DE RIGHTCARE:	17
¿QUÉ BENEFICIOS ADICIONALES TENGO COMO MIEMBRO DE RIGHTCARE?	17
¿CÓMO PUEDO ACCEDER A ESTOS BENEFICIOS ADICIONALES?	20
¿QUÉ CLASES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD OFRECE RIGHTCARE?	20

¿QUÉ OTROS SERVICIOS PUEDE RIGHTCARE AYUDARME A OBTENER? (SERVICIOS NO AMPLIADOS)	20
PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	20
¿QUÉ ES UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA?	20
¿QUÉ DEBO LLEVAR A LA CITA CON MI MÉDICO?	21
CÓMO ELEGIR PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)	21
¿PUEDE UNA CLÍNICA SER MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)?	21
¿CÓMO PUEDO CAMBIAR MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)?	21
¿CUÁNDO SE HARÁ EFECTIVO EL CAMBIO DE MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)?	21
¿CUÁNTAS VECES PUEDO CAMBIAR MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) O EL DE MI HIJO?	22
¿HAY ALGÚN MOTIVO POR EL QUE EL PEDIDO DE CAMBIO DE PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO PUEDA SER RECHAZADO?	22
¿EN CUÁNTO TIEMPO ME VERÁN?	22
¿PUEDE MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA CAMBIARME A OTRO PROVEEDOR POR INCUMPLIMIENTO?	22
¿QUÉ OCURRE SI DECIDO CONSULTAR A OTRO MÉDICO QUE NO SEA MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)?	22
¿CÓMO OBTENGO ATENCIÓN MÉDICA SI EL CONSULTORIO DE MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) ESTÁ CERRADO?	23
ATENCIÓN GINECOLÓGICA	23
SELECCIONAR UN GINECÓLOGO/OBSTETRA	23
¿EN CUÁNTO TIEMPO ME VERÁN?	23
¿PUEDO SEGUIR CON MI GINECÓLOGO/OBSTETRA SI NO ESTÁ EN RIGHTCARE?	23
¿QUÉ OCURRE SI ESTOY EMBARAZADA?	24
¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR UNA LISTA DE LOS CENTROS DE MATERNIDAD?	24
¿QUÉ OTROS SERVICIOS, ACTIVIDADES O EDUCACIÓN OFRECE RIGHTCARE A LAS MUJERES EMBARAZADAS?	24
¿CÓMO ME INSCRIBO EN EXPECTING THE BEST®?	24
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	24
¿CÓMO SOLICITO SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?	25
¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR UN PROVEEDOR DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?	25
ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS (CPW)	25
¿QUIÉN PUEDE CONSEGUIR UN ADMINISTRADOR DE CASOS?	25
¿QUÉ HACEN LOS ADMINISTRADORES DE CASOS?	25
¿QUÉ TIPO DE AYUDA PUEDO OBTENER?	25
¿CÓMO PUEDO CONSEGUIR UN ADMINISTRADOR DE CASOS?	25
RECIÉN NACIDOS	25
¿PUEDO ELEGIR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) PARA MI BEBÉ ANTES DE QUE NAZCA?	25
¿CÓMO Y CUÁNDO PUEDO CAMBIAR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) DE MI BEBÉ?	25
¿PUEDO CAMBIAR EL PLAN DE SALUD DE MI BEBÉ?	26
¿CÓMO INSCRIBO A MI BEBÉ RECIÉN NACIDO?	26
PASOS SANOS DE TEXAS	26
¿QUÉ SERVICIOS OFRECE PASOS SANOS DE TEXAS?	26
¿CÓMO Y CUÁNDO PODRÁ MI HIJO HACERSE LOS CONTROLES MÉDICOS Y DENTALES DE PASOS SANOS DE TEXAS?	27
¿MI MÉDICO TIENE QUE FORMAR PARTE DE LA RED RIGHTCARE?	28
¿NECESITO TENER UNA DERIVACIÓN?	28
¿QUÉ DEBO HACER SI NECESITO CANCELAR UNA CITA?	28
¿QUÉ DEBO HACER SI ESTOY FUERA DE LA CIUDAD Y MI HIJO DEBE HACERSE UN EXAMEN EN PASOS SANOS DE TEXAS?	28
¿Y SI ME HE MUDADO?	28
ATENCIÓN MÉDICA PARA LAS MUJERES TRAS EL PARTO	28
¿CÓMO PUEDO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE MI BEBÉ (CUANDO YA NO ESTOY CUBIERTA POR MEDICAID)?	28
PROGRAMA HEALTHY TEXAS WOMEN	28
SERVICIOS HEALTHY TEXAS WOMEN PLUS	29
PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE DSHS	29
PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA AMPLIADA DEL DSHS	30
PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL DSHS	30
INTERVENCIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA (ECI)	30
¿NECESITO UNA DERIVACIÓN PARA ESO?	30
¿DÓNDE PUEDO ENCONTRAR UN PROVEEDOR DE ECI?	30
TRABAJADORES AGRÍCOLAS E HIJOS DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS (CMFW)	31
¿QUÉ ES UN TRABAJADOR AGRÍCOLA?	31
¿QUÉ SUCEDE SI SOY UN TRABAJADOR AGRÍCOLA ITINERANTE?	31
¿QUÉ SIGNIFICA “MÉDICAMENTE NECESARIO”?	31
CUIDADO MÉDICO DE RUTINA	32

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA?.....	32
¿QUÉ TAN PRONTO PUEDO ESPERAR QUE ME ATIENDAN?.....	32
¿QUÉ ES LA ATENCIÓN MÉDICA URGENTE?	32
¿QUÉ ES LA ATENCIÓN MÉDICA URGENTE?	32
¿QUÉ DEBO HACER SI MI HIJO O YO NECESITAMOS ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA?	33
¿QUÉ TAN PRONTO PUEDO ESPERAR QUE ME ATIENDAN?.....	33
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA.....	33
¿QUÉ ES ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA?	33
AFECCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA SIGNIFICA:	33
CONDICIÓN DE SALUD CONDUCTUAL DE EMERGENCIA:	33
SERVICIOS DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE EMERGENCIA SIGNIFICA:.....	33
EJEMPLOS DE CUÁNDO ES NECESARIO IR A UNA SALA DE EMERGENCIAS:.....	33
¿QUÉ DEBO SABER SI VOY A LA SALA DE EMERGENCIAS?	34
¿QUÉ ES LA POSTESTABILIZACIÓN?	34
¿QUÉ DEBO HACER SI ME ENFERMO ESTANDO FUERA DE LA CIUDAD O DE VIAJE?.....	35
¿QUÉ DEBO HACER SI ESTOY FUERA DEL PAÍS?	35
MÉDICO ESPECIAL (ESPECIALISTA)	35
¿QUÉ ES UNA DERIVACIÓN?	35
¿CUÁNTO TIEMPO DEBO ESPERAR PARA SER ATENDIDO POR UN ESPECIALISTA?.....	35
¿QUÉ SERVICIOS NO NECESITAN DERIVACIÓN?	35
¿UN ESPECIALISTA PUEDE SER CONSIDERADO UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)?	35
¿CÓMO PEDIR UNA SEGUNDA OPINIÓN?	36
PLANES DE INCENTIVOS PARA MÉDICOS.....	36
MEDICAMENTOS CON RECETA.....	36
¿CUÁLES SON MIS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA?	36
¿CÓMO PUEDO SABER QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁN CUBIERTOS?.....	36
¿CÓMO PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS?	37
¿CÓMO PUEDO ENCONTRAR UNA FARMACIA DE LA RED?	37
¿QUÉ DEBO HACER SI VOY A UNA FARMACIA QUE NO PERTENECE A LA RED?	37
¿QUÉ DEBO LLEVAR A LA FARMACIA?	37
¿QUÉ DEBO HACER SI NECESITO QUE ME ENVIEN A CASA MIS MEDICAMENTOS?.....	37
¿A QUIÉN DEBO LLAMAR SI TENGO PROBLEMAS PARA OBTENER MIS MEDICAMENTOS?	37
¿QUÉ DEBO HACER SI NO PUEDO OBTENER LOS MEDICAMENTOS QUE MI MÉDICO ME RECETÓ?.....	37
¿QUÉ DEBO HACER SI PIERDO UN MEDICAMENTO?	37
¿VA A SALIR DEL ESTADO Y NECESITA SUS MEDICAMENTOS?	37
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME).....	38
¿QUÉ HAGO SI NECESITO EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME) U OTROS ARTÍCULOS QUE NORMALMENTE SE CONSIGUEN EN UNA FARMACIA?.....	38
SUMINISTROS DE SALUD A DOMICILIO LIMITADOS.....	38
PROGRAMA DE BLOQUEO DE MEDICAID	38
¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE BLOQUEO DE MEDICAID?	38
SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN.....	38
¿PUEDO CONTAR CON UN INTÉRPRETE CUANDO HABLO CON MI MÉDICO?	38
¿CON CUÁNTA ANTICIPACIÓN DEBO LLAMAR?	38
¿CÓMO PUEDO CONTAR UN INTÉRPRETE EN PERSONA EN EL CONSULTORIO DEL PROVEEDOR?	38
TRANSPORTE – PROGRAMA DE TRANSPORTE MÉDICO NO URGENTE (NEMT).....	39
¿QUÉ SON LOS SERVICIOS NEMT?.....	39
¿QUÉ SERVICIOS SON PARTE DE NEMT?	39
¿CÓMO OBTENER SERVICIOS DE TRANSPORTE?	39
DIRECTIVAS ANTICIPADAS.....	40
¿QUÉ SUCEDE SI ESTOY DEMASIADO ENFERMO COMO PARA TOMAR UNA DECISIÓN SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA?	40
¿QUÉ SON LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS?	40
¿CÓMO SE PREPARA UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?	41
¿QUÉ DEBO HACER SI RECIBO UNA FACTURA DE MI MÉDICO?	41
MEDICAID Y EL SEGURO PRIVADO	41
AUTORIZACIÓN PREVIA	41
GRUPO DE ASESORÍA PARA MIEMBROS	42
¿CÓMO PUEDO UNIRME AL GRUPO DE ASESORÍA PARA MIEMBROS?.....	42

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	42
DERECHOS DE LOS MIEMBROS:	42
RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS:	44
RESPONSABILIDADES ADICIONALES DE LOS MIEMBROS AL UTILIZAR LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO NO URGENTE (NEMT)	44
INFORMACIÓN QUE DEBE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE PARA USTED	45
AVISO DE PRIVACIDAD	46
PROCESO DE QUEJAS	46
¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO UNA QUEJA?	46
¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS Y LOS PLAZOS PARA PRESENTAR UNA QUEJA?	46
¿QUÉ DEBO HACER SI NO ESTOY SATISFECHO CON EL RESULTADO DE MI QUEJA?	47
CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA ANTE LA HHSC	47
PROCESO DE APELACIONES Y DETERMINACIONES DE COBERTURA	47
DETERMINACIONES DE COBERTURA	47
¿QUÉ DEBO HACER SI MI MÉDICO ME RECETA UN SERVICIO CUBIERTO, PERO RIGHTCARE LO RECHAZA O LO LIMITA?	47
¿CÓMO PUEDO SABER SI LOS SERVICIOS HAN SIDO RECHAZADOS?	47
¿CUÁNDO TENGO DERECHO A SOLICITAR UNA APELACIÓN?	47
¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS Y PLAZOS PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN?	47
¿CÓMO PUEDO SOLICITAR LA CONTINUACIÓN DE LOS ACTUALES SERVICIOS AUTORIZADOS?	48
¿PUEDE UN REPRESENTANTE DE RIGHTCARE AYUDARME A PRESENTAR UNA APELACIÓN?	48
¿ES NECESARIO PRESENTAR MI SOLICITUD POR ESCRITO?	48
PROCESO DE APELACIÓN DE EMERGENCIA	48
¿QUÉ ES UNA APELACIÓN DE EMERGENCIA?	48
¿CÓMO SOLICITO UNA APELACIÓN DE EMERGENCIA?	49
¿ES NECESARIO PRESENTAR MI SOLICITUD POR ESCRITO?	49
¿CUÁLES SON LOS PLAZOS PARA UNA APELACIÓN DE EMERGENCIA?	49
¿QUÉ OCURRE SI RIGHTCARE RECHAZA MI PEDIDO DE APELACIÓN DE EMERGENCIA?	49
¿QUIÉN PUEDE AYUDARME A PRESENTAR UNA APELACIÓN DE EMERGENCIA?	49
AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO	49
¿PUEDO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO?	49
¿PUEDO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL DE EMERGENCIA ANTE EL ESTADO?	50
INFORMACIÓN DE REVISIÓN MÉDICA EXTERNA	50
¿UN MIEMBRO PUEDE SOLICITAR UNA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA?	50
¿PUEDO SOLICITAR UNA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA DE EMERGENCIA?	51
DENUNCIAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE	51
¿DESEA DENUNCIAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE?	51
PARA DENUNCIAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE, ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:	51
PARA DENUNCIAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE, REÚNA LA MAYOR CANTIDAD DE INFORMACIÓN POSIBLE	52
AUTORIZACIONES PREVIAS	52

Estimado(a) miembro:

Bienvenido a RightCare de Scott & White Health Plan. Nos complace que nos haya elegido como socio en materia de salud. Esperamos proporcionarle la ayuda que necesita para recibir sus beneficios de STAR Medicaid.

Este manual para miembros le explica cómo funciona RightCare. También le indica cómo obtener atención médica cuando la necesita. También puede hablar con un representante de Servicios para Miembros sobre sus beneficios. Llame al **1-855-897-4448** y un representante de Servicios para Miembros le ayudará.

En unos días, le enviaremos su tarjeta de identificación RightCare y más información. Su tarjeta de identificación le indicará cuándo comienza su membresía en RightCare.

Si una afección médica pone en peligro la vida o las extremidades, o implica heridas graves o amputaciones, los miembros deben ir a la sala de emergencias. Si la condición médica no pone en riesgo la vida, puede obtener cuidados médicos en un centro de atención urgente o solicitar cuidado médico urgente a su proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de las 24 horas. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para que le ayuden a concertar una cita urgente o a encontrar una clínica de atención urgente.

RightCare tiene un Portal para miembros para ayudarle. El Portal para miembros de RightCare le da acceso en línea las 24 horas, los 7 días de la semana para:

- Buscar un médico o una farmacia
- Elegir o actualizar su proveedor de cuidado primario (PCP)
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal
- Pedir una nueva tarjeta de identificación
- Actualizar su información personal
- Consultar el Manual para Miembros

Visite hoy rightcare.firstcare.com para configurar sus datos. Si necesita ayuda para configurar su acceso al Portal para Miembros, llámenos al 1-855-897-4448.

Si es necesario, usted puede obtener esta información en letra más grande, audio (CD), braille o en cualquier otro formato de idioma. Si necesita alguno de estos servicios o un intérprete de lenguaje de señas, llame a Servicios para Miembros de RightCare al 1-855-897-4448 (TTY: 7-1-1). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m., hora del centro.

CONTÁCTENOS

Si tiene preguntas, llámenos al **1-855-TX-RIGHT (1-855-897-4448)**. El personal de Servicios para Miembros de RightCare está aquí para ayudarle. Nuestro personal es bilingüe (inglés y español). Si habla otro idioma o tiene problemas de audición, llame a Servicios para Miembros al **1-855-TX-RIGHT** para obtener ayuda.

Lista de teléfonos

RightCare de Scott & White Health Plan:	
Servicios para Miembros (inglés y español)	1-855-897-4448
Línea de crisis de salud conductual (inglés y español) 24/7	1-844-436-8781
Superior Vision: Línea directa de beneficios para la vista (inglés y español)	1-800-879-6901
RightCare Health Plan, TTY	7-1-1
Servicios médicos: Coordinación de servicios (inglés y español)	1-855-897-4448
Salud conductual: Coordinación de servicios (inglés y español)	1-855-897-4448
Manejo de enfermedades	1-855-828-1013
Línea de enfermeras las 24 horas	1-855-828-1013
Línea de ayuda para el cumplimiento – Línea directa de fraude, malgasto y abuso (inglés y español)	1-888-484-6977
Beneficios y servicios dentales:	
Información sobre los beneficios dentales: DentaQuest	1-800-516-0165
Información sobre los beneficios dentales: MCNA Dental	1-800-494-6262
Información sobre los beneficios dentales: United Dental	1-877-901-7321
Mujeres embarazadas: Servicio de valor añadido (Liberty Dental)	1-877-550-4374
Servicios de transporte:	
Transporte médico no urgente (NEMT): Access2Care	1-877-447-3101
Otros números:	
Ombudsman Managed Care Assistance Team	1-866-566-8989
Línea de ayuda de atención administrada de Medicaid (TDD)	2-1-1
Verificación de la elegibilidad (línea IVR)	1-800-925-9126
Línea de ayuda Texas STAR	1-800-964-2777
Mujeres, bebés y niños (WIC)	1-800-942-3678
Línea de atención de intervención en la primera infancia (ECI)	1-800-628-5115
Asistencia para la adopción/Asistencia de cuidado permanente: Línea directa del DFPS	1-800-233-3405

* Tiene la opción de elegir un representante que hable inglés o español. Si es necesario, podemos programar servicios de interpretación para ayudarle a comunicarse.

Si usted tiene una crisis, llame a la línea de crisis de salud conductual en cualquier momento, 24 horas al día y 7 días a la semana, donde será atendido por una persona. El número es **1-844-436-8781**.

Horario de atención: lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m., hora del centro (excepto los feriados aprobados por el Estado).

Por escrito

RightCare de Scott & White Health Plan
MS-A4-144
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502



Where's My Ride? Ayuda para el transporte médico no urgente

Para programar un viaje, comuníquese con nosotros de una de las siguientes maneras:

- Llame al **1-877-447-3101** de 7 a.m. a 7 p.m. hora del centro (excepto los feriados aprobados por el Estado).
- Descargue la aplicación A2C, la aplicación móvil gratuita de Access2Care. La encontrará en las tiendas App Store y Google Play.

Nuestros representantes de Servicio al Cliente hablan inglés y español. Si usted habla otro idioma, podemos comunicarlo con un intérprete. Los miembros con pérdida de audición pueden llamar a la línea TTY 7-1-1. Debe solicitar los servicios de NEMT lo antes posible y al menos dos días hábiles antes de necesitarlos.

En determinadas circunstancias, usted puede solicitar el servicio NEMT con menos anticipación. Por ejemplo, para que pasen a buscarle después de recibir el alta en un hospital; viajes a la farmacia para retirar medicamentos o suministros médicos aprobados; y viajes por condiciones médicas urgentes. Una condición médica urgente es una afección de la salud que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de las 24 horas.

Si su cita médica es cancelada, debe notificar a Access2Care con anterioridad a cualquier viaje aprobado y programado.

TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE STAR MEDICAID

Apelación - Una solicitud para que su organización de atención administrada revise un rechazo o una queja.

Queja - Una protesta que usted presenta a su aseguradora o plan de salud.

Copago - Cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención de salud cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. El importe puede variar según el tipo de servicio de atención de salud cubierto.

Equipo médico duradero (DME) - Equipo pedido por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura de DME puede incluir, entre otros, los siguientes elementos: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.

Afección médica de emergencia - Una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Transporte médico de emergencia - Servicios de ambulancia terrestre o aérea para una afección médica de emergencia.

Atención en sala de emergencias - Servicios de emergencia que una persona recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia - Evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos - Servicios de atención de salud que su seguro médico o plan no paga o cubre.

Protesta - Una queja presentada a una aseguradora o plan de salud.

Servicios y dispositivos de habilitación - Servicios de atención de salud como la terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Seguro de salud - Un contrato que obliga a su aseguradora de salud a pagar los costos de la asistencia de salud cubierta a cambio de una prima.

Atención médica a domicilio - Servicios de atención médica que una persona recibe en un hogar.

Servicios de cuidados paliativos - Servicios para proporcionar comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización - Atención en un hospital que requiere el ingreso como paciente internado que generalmente requiere internación con cama.

Atención en hospital como paciente no internado - Atención en un hospital que generalmente no requiere internación con cama.

Medicamento necesario - Servicios o suministros de atención de salud necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas y que cumplen las normas aceptadas de la medicina.

Red - Los centros, proveedores y abastecedores que su aseguradora o plan de salud ha contratado para brindar servicios de asistencia de salud.

Proveedor no participante - Un proveedor que no tiene contrato con su aseguradora o plan de salud para prestarle los servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora o plan de salud para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En casos limitados, como cuando no dispone de otros proveedores, su aseguradora de salud puede contratar a un proveedor no participante.

Proveedor participante - Un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para proporcionarle servicios cubiertos.

Servicios médicos - Servicios de atención de salud que un médico con licencia, tal como un Doctor en Medicina (MD) o un Doctor en Medicina Osteopática (D.O.) proporciona o coordina.

Plan - Un beneficio, como Medicaid, que le brinda servicios de atención médica y paga por ellos.

Autorización previa - Decisión de su aseguradora o plan de salud que indica que un servicio de atención de salud, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero que usted o su proveedor hayan solicitado, es médicamente necesario. Esta decisión o aprobación, que a veces se denomina autorización, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Prima - El monto que debe pagar por su plan o seguro de salud.

Cobertura de medicamentos recetados - Seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos y fármacos recetados.

Medicamentos de venta con receta - Medicamentos y remedios que, por ley, requieren una receta.

Médico de Atención Primaria - Un médico, tal como un Doctor en Medicina (M.D.) o un Doctor en Medicina Osteopática (D.O.) que proporciona o coordina directamente una serie de servicios sanitarios para un paciente.

Proveedor de Atención Primaria - Un médico, tal como un Doctor en Medicina (M.D.) o un Doctor en Medicina Osteopática (D.O.), enfermero/a, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una serie de servicios de atención de salud.

Proveedor - Un médico, tal como un Doctor en Medicina (M.D.) o un Doctor en Medicina Osteopática (D.O.), profesional de la salud, o centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo exigido por la ley estatal.

Servicios y dispositivos de rehabilitación - Servicios de atención de salud, como la terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el

funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o se han visto perjudicados porque una persona estaba enferma, herida o incapacitada.

Atención de enfermería especializada - Servicios de enfermeras con licencia en el hogar del paciente o en un hogar de ancianos.

Especialista - Un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, gestionar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones.

Atención urgente - Atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN RIGHTCARE STAR MEDICAID

Cuando se afilie a RightCare de Scott & White Health Plan, recibirá por correo una tarjeta de identificación de STAR. Si no recibe su tarjeta por correo, llame a los Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-TX-RIGHT (1-855-897-4448)**. A continuación, se muestra una copia de la tarjeta de identificación RightCare.

Lectura del frente de su tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid

El frente de la tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid muestra información importante sobre usted o su hijo, el nombre del proveedor de atención primaria (PCP) y el número de teléfono del PCP.

Cada miembro de STAR recibirá su propia tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid. No recibirá una nueva tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid cada mes. Recibirá una nueva si pierde su identificación, o si nos llama para cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).

Cómo leer el reverso de su tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid

El reverso de su tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid contiene información importante para usted y su proveedor de atención primaria (PCP). Contiene números de teléfono para emergencias u otro tipo de ayuda de los Servicios para Miembros de RightCare.



Scott & White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

RIGHTCARE

STAR/Medicaid

Member Name: **RIGHTCARE FOREIGN**
Member ID#: **999990009**
Effective Date: **06/01/2019**
PCP: **PCP NAME**
PCP Phone #: **(555) 999-1234**
Effective Date of PCP: **06/15/2019**

Customer Service Phone #: **1-855-TX-RIGHT**
(1-855-897-4448)

RCSWHP 6145



TEXAS
Health and Human
Services



TEXAS STAR
Your Health Plan • Your Choice

Important Information/Información Importante

24/7 Member Services/24-7 Departamento de Servicios para Miembros (gratis) **1-855-897-4448**
24/7 Behavioral Health Crisis Line/24/7 Línea de Crisis de Salud Mental **1-844-436-8781**
24/7 Nurse Hotline/24/7 Línea directa de enfermería **1-855-828-1013**
Vision Services/Servicios para la Vista **1-800-879-6901**
Member Portal/Portal para miembros <https://rightcare.firstcare.com>

Directions for what to do in an emergency. In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.

Instrucciones en caso de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de las 24 horas o tan pronto como sea posible.

NOTICE TO PROVIDER: The member whose name appears on the face of this card is covered by RightCare from Scott & White Health Plan for STAR/Medicaid services. For Medical Prior Authorization or UM questions, call 1-855-691-7947. The Medical UM FAX number is 1-800-292-1349.

For Behavioral Health Prior Authorization or UM questions, call 1-855-395-9652.
The Behavioral Health UM FAX number is 1-844-436-8779.
Submit Claims to: RightCare from Scott & White Health Plan
P.O. BOX 211342, Eagan, MN 55121-1342 Payer ID: 74205
Prescription Drug Information (Navitus): 1-877-908-6023
BIN: 610602 PCN: MCD GROUP: SWH
www.RightCare.SWHP.org

REV 07/22

Cómo usar su tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid

Lleve siempre su tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid (o la de su hijo) y muéstrela al médico, la clínica o el hospital para obtener la atención que necesita. **Debe** mostrar su tarjeta de identificación RightCare cada vez que solicite cualquier servicio sanitario.

Qué hacer si pierde su tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid

Si pierde su tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid, llámenos inmediatamente al **1-855-897-4448** para obtener una nueva. Aunque no tenga su tarjeta, usted puede ir al médico, a la clínica o al hospital. Es posible que tenga que esperar para recibir servicios hasta que se verifique su membresía en RightCare. Si cambia de nombre o necesita elegir un nuevo proveedor de atención primaria (PCP), llámenos para que podamos enviarle una nueva tarjeta de identificación.

TARJETA YOUR TEXAS BENEFITS (YTB) DE MEDICAID

Una vez que reciba la aprobación de Medicaid, recibirá una tarjeta de Medicaid YTB. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de Medicaid para uso diario. Deberá llevarla con usted y cuidarla igual que a

su licencia de conducir o una tarjeta de crédito. Su médico puede usar la tarjeta para averiguar si usted tiene beneficios de Medicaid cuando vaya a una visita.

Sólo se le emitirá una tarjeta, y recibirá una nueva únicamente si la pierde o se la roban. Si esto ocurre, puede obtener una nueva llamando al número gratuito **1-800-252-8263**, o bien, puede solicitar o imprimir en línea una tarjeta temporal en www.YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro de estar cubierto por Medicaid, puede averiguarlo llamando gratuitamente al **1-800-252-8263**. También puede llamar al **2-1-1**. Primero elija un idioma y luego la opción 2.

Su historial de salud incluye una lista de los servicios médicos y los medicamentos que recibió a través de Medicaid. Lo compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué tipo de atención médica usted necesita. Si no quiere que sus médicos tengan acceso a su historial de salud a través de la red segura en línea, llame sin cargo al **1-800-252-8263**. También puede optar por no compartir la información sobre su salud ingresando en www.YourTexasBenefits.com.

La tarjeta Your YTB 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 participa:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa Healthy Texas Women
 - Hospicio
 - STAR Health
 - Medicaid de emergencia, o
 - Presunta elegibilidad para mujeres embarazadas (PE).
- Datos que su farmacia necesitará para facturarle a Medicaid.
- El nombre de su médico y de su farmacia, si está en el programa Lock-in de Medicaid.

Your Texas Benefits
Health and Human Services Commission

Member name: _____

Member ID: _____

Issuer ID: _____ Date card sent: _____

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

Need help? ¿Necesita ayuda? 1-800-252-8263

Members: Keep this card with you. This is your medical ID card. Show this card to your doctor when you get services. To learn more, go to www.YourTexasBenefits.com or call 1-800-252-8263.
Miembros: Lleve esta tarjeta con usted. Muestre esta tarjeta a su doctor al recibir servicios. Para más información, vaya a www.YourTexasBenefits.com o llame al 1-800-252-8263.
THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.
Providers: To verify eligibility, call 1-855-827-3747. Non-pharmacy providers can also verify eligibility at www.YourTexasBenefitsCard.com. Non-managed care pharmacy claims assistance: 1-800-435-4165.
Non-managed care Rx billing: RxBIN: 610084 / RrPCN: DRTXPROD / RrGRP: MEDICAID TX-CA-1213

El reverso de la tarjeta de Medicaid YTB incluye un sitio web que puede visitar (www.YourTexasBenefits.com) y un teléfono para llamar sin cargo (**1-800-252-8263**) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si olvida su tarjeta, el médico, el dentista o la farmacia pueden utilizar el teléfono o Internet para asegurarse de que reciba los beneficios de Medicaid.

Portal para clientes de Medicaid [YourTexasBenefits.com](http://www.YourTexasBenefits.com)

El portal para clientes de Medicaid puede utilizarse para hacer todo lo siguiente, tanto para usted como para una persona cuya información médica o dental usted esté autorizado a acceder:

- Consultar, imprimir y solicitar tarjetas de Medicaid YTB
- Consultar sus planes médicos y dentales
- Consultar su información de beneficios
- Leer las alertas de Pasos Sanos de Texas de STAR y STAR Kids
- Ver alertas de difusión
- Ver diagnósticos y tratamientos
- Ver información de vacunas
- Ver una lista de los medicamentos recetados
- Autorizar a los médicos y al personal de Medicaid a ver su información médica y dental disponible

Para acceder al portal, visite www.YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en “**Log In**” (Iniciar sesión).
- Ingrese su nombre de usuario y su contraseña. Si aún no tiene una cuenta, haga clic en “**Create a new account**” (Crear una cuenta nueva).

- Haga clic en “**Manage**” (Administrar).
- Vaya a la sección “Quick links” (Enlaces rápidos).
- Haga clic en “**Medicaid & CHIP Services**” (Servicios de Medicaid y CHIP).
- Haga clic en “**View services and available health information**” (Ver servicios e información de salud disponible).

Nota: El portal para clientes de Medicaid www.YourTexasBenefits.com solo muestra información de clientes activos. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que sea parte de su caso.

ELEGIBILIDAD DE MEDICAID

Debe informar a su asistente de casos de Salud y Servicios Humanos sobre cualquier cambio que pudiera afectar su elegibilidad. Por ejemplo: cambios en los ingresos si se muda o contrata otra cobertura de seguro.

¿Qué sucederá si pierdo mi cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid, pero la recupera dentro de los seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder su cobertura de Medicaid. También tendrá el mismo proveedor de atención primaria que antes.

Puede perder su cobertura de RightCare en las siguientes circunstancias:

- Si se muda fuera del área de servicio de RightCare (área de servicio rural de Medicaid, región central).
- Si ya no es elegible para Medicaid.

¿Qué debo hacer si me mudo?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, informe a la oficina local de beneficios de HHSC y a Servicios para Miembros de RightCare llamando al **1-855-897-4448**. Antes de poder recibir los servicios de Medicaid en su nueva área, deberá llamar a RightCare, a menos que necesite servicios de emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de RightCare hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) cambie su dirección. **Los servicios sin carácter de emergencia pueden estar limitados fuera de nuestra área de servicio. Asegúrese de informar a la HHSC de su traslado tan pronto como pueda.**

(Asistencia para la Adopción y Ayuda para el Cuidado de Permanencia ÚNICAMENTE)

¿Qué debo hacer si necesito actualizar mi dirección o número de teléfono?

- El padre o madre adoptivo o el encargado de asistencia de cuidado de permanencia deberá comunicarse con el especialista regional en elegibilidad para asistencia de adopción asignado a su caso por el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (DFPS).
- Si el padre, madre o cuidador no sabe quién es el especialista en elegibilidad asignado, puede ponerse en contacto con la línea directa del DFPS al **1-800-233-3405** para averiguarlo.
- El padre, madre o cuidador deben comunicarse con el especialista de elegibilidad en asistencia para la adopción para informar el cambio de dirección.

RENOVACIÓN DE BENEFICIOS

Cómo renovar

Las familias deben renovar su cobertura de CHIP o Medicaid para niños cada año. En los meses anteriores a la finalización de la cobertura de un niño, la HHSC le enviará a la familia un paquete de

renovación por correo. El paquete de renovación incluirá una solicitud. También incluye una carta en la que se pide una actualización de los ingresos y las deducciones de costos de la familia. La familia debe:

- Revisar la información incluida en la solicitud de renovación.
- Corregir cualquier información que no sea correcta.
- Firmar y fechar la solicitud.
- Consultar las opciones de planes de salud, si hay planes de salud de Medicaid disponibles.
- Volver a enviar la solicitud de renovación y los documentos de prueba antes de la fecha de vencimiento.

Una vez que la HHSC recibe la solicitud de renovación y los documentos de prueba, el personal comprueba si los niños de la familia siguen reuniendo los requisitos para su programa actual o si reúnen los requisitos para un programa diferente. Si un niño es derivado a otro programa (Medicaid o CHIP), la HHSC envía a la familia una carta en la que se le informa de la derivación y, a continuación, comprueba si el niño puede obtener beneficios en el otro programa. Si el niño cumple los requisitos, la cobertura en el nuevo programa (Medicaid o CHIP) comienza el mes siguiente al último mes de la cobertura del otro programa. Durante la renovación, la familia puede llamar al centro de llamadas de CHIP/Medicaid para niños al 1-800-964-2777 o visitar YourTexasBenefits.com para elegir nuevos planes médicos y dentales.

Cómo completar el proceso de renovación

Cuando los niños aún califican para la cobertura en su programa actual (CHIP o Medicaid), la HHSC le enviará a la familia una carta con la fecha de inicio del nuevo período de cobertura. Si los niños califican para el programa CHIP y hay que pagar una cuota de inscripción, la familia debe pagar la cuota de inscripción antes de la fecha de vencimiento o corre el riesgo de perder la cobertura.

La renovación de Medicaid se completará cuando la familia firme y envíe a la HHSC el formulario de inscripción o transferencia correspondiente, si la familia elige un nuevo plan médico o dental.

Llame a los Servicios para Miembros de RightCare al 1-855-897-4448 si tiene preguntas o necesita ayuda para renovar sus beneficios de Medicaid.

CÓMO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD

¿Qué debo hacer para cambiar mi plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la línea de ayuda del Programa STAR de Texas al **1-800-964-2777**. Puede cambiar de plan de salud tantas veces como desee.

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

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

Si llama para cambiar su plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio se realizará el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio tendrá lugar el primer día del segundo mes posterior. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes, el cambio se hará el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, su cambio tendrá lugar el 1 de junio.

¿Puede RightCare pedir que me den de baja de su plan (por incumplimiento, etc.)?

Sí, RightCare puede solicitar su baja en los siguientes casos:

- Fraude o abuso cometido por un miembro.
- Usted deja que otra persona utilice su tarjeta de identificación de RightCare o su tarjeta Your Texas Benefits.
- No sigue los consejos que su proveedor les da a usted o a su hijo.
- Va a urgencias cuando no tiene una verdadera urgencia en reiteradas ocasiones.
- Causa problemas en la consulta del proveedor, como gritos o peleas.
- No asiste a las visitas al proveedor en reiteradas ocasiones.
- Es grosero o irrespetuoso con un proveedor o un miembro del personal.
- Dificulta que su proveedor le ayude a usted o a otras personas.

RightCare no le pedirá que abandone el programa sin intentar hablar con usted. Si tiene preguntas sobre este proceso, llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**. La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas decidirá si se le puede decir a un miembro que abandone ese plan de salud.

BENEFICIOS DE STAR MEDICAID

Beneficios de salud

RightCare le ofrece todos los servicios cubiertos a los que tiene derecho a través de Medicaid. Usted obtiene:

- Servicios de atención primaria para ayudarle a usted y a su hijo a estar bien.
- Pasos Sanos de Texas (revisiones médicas y vacunas para niños).
- Cuidado prenatal y durante el embarazo.
- Atención médica necesaria para adultos y niños.
- Vacunas para menores de 21 años.
- Servicios de proveedores especializados (algunos pueden requerir una derivación).
- Atención hospitalaria (pacientes internados y ambulatorios).
- Servicios quiroprácticos.
- Servicios de podología (médico de los pies).
- Servicios de laboratorio.
- Servicios de radiografías.
- Cirugía que no requiere pasar la noche en el hospital.
- Atención hospitalaria.
- Cuidado de emergencia las 24 horas en una sala de emergencias.
- Medicamentos recetados.
- Exámenes de ojos y anteojos.
- Visitas al médico especialista en oídos y audífonos.
- Servicios de salud a domicilio (atención de salud en el hogar: requiere una derivación).
- Servicios de ambulancia, si son necesarios.
- Terapias: física, del habla y ocupacional.
- Diálisis (ayuda de una máquina) para problemas renales.
- Servicios y suministros de planificación familiar (como anticonceptivos).
- Servicios de salud conductual (mental).
- Servicios para personas con autismo
- Ayuda con el abuso de sustancias (como el alcohol o las drogas).
- Centro de atención pediátrica prolongada y recetada (miembros de 20 años o menos que dependen de atención médica o tecnología).
- Una revisión de adultos cada año.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su proveedor de atención primaria (PCP) trabajará con usted para asegurarse de que recibe los servicios que necesita. Estos servicios DEBEN ser prestados por su PCP, o bien el PCP debe derivarlo a otro proveedor. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** en cualquier momento que tenga preguntas.

“¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?”

La mayoría de los servicios de Medicaid para niños, adolescentes y adultos jóvenes (menores de 21 años) no tienen límites. Algunos servicios de Medicaid para adultos (mayores de 21 años) sí tienen límites, tales como atención de la salud conductual para pacientes hospitalizados, servicios de salud en el hogar y servicios de terapia”. Si tiene preguntas sobre los límites de cualquier servicio cubierto, consulte con su proveedor o llame a RightCare al **1-855-897-4448**. Le indicaremos si un servicio cubierto tiene un límite.

¿Qué puedo hacer si quiero dejar de fumar?

Los miembros mayores de 18 años pueden llamar a YES QUIT, un programa del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. Para inscribirse, los miembros pueden llamar al 1-877-YES-QUIT (1-877-937-7848) o visitar yesquit.org. Su proveedor de atención primaria (PCP) también puede trabajar con usted para asegurarse de que recibe los servicios, las derivaciones y el asesoramiento que necesita.

¿Qué servicios no cubre STAR Medicaid?

Hay algunos servicios de salud que no están cubiertos por STAR Medicaid. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Acupuntura (curación mediante agujas y alfileres).
- Hipnosis.
- Cirugía estética (como un lifting facial).
- Inseminación artificial.
- Perforación de oreja.
- Duelo en el hospital.
- Trasplante de pelo.
- Tratamiento de la infertilidad.
- Fecundación in vitro.
- Medicamentos o procedimientos experimentales.
- Asesoramiento matrimonial.
- Documentos e informes médicos.
- Servicios no autorizados.
- Implante de pene.
- Queratotomía radial.
- Cuidado de relevo.
- Reversión de la esterilización.
- Cualquier servicio que no tenga que recibir (es decir, que no sea médicamente necesario).
- Cualquier servicio que su PCP no diga que está aceptado.
- Cualquier servicio recibido fuera de los Estados Unidos.

Si tiene preguntas sobre qué beneficios están o no cubiertos, llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

BENEFICIOS DE VISIÓN

¿Cómo puedo obtener servicios de cuidado de la vista?

Los niños desde su nacimiento hasta los 20 años pueden someterse a un examen ocular y a unas gafas recetadas una vez cada 12 meses. Los niños pueden tener exámenes oculares adicionales y gafas recetadas como parte de Pasos Sanos de Texas. RightCare se asocia con Superior Vision para proporcionar estos servicios a nuestros miembros. Para obtener información sobre el cuidado de la vista y dónde puede encontrar un oftalmólogo, llame al **1-800-879-6901**.

Si tiene más de 21 años, puede someterse a un examen ocular y a unas gafas recetadas una vez cada 24 meses.

RightCare ofrece prestaciones oftalmológicas adicionales para adultos mayores de 21 años. Los miembros tendrán acceso a un examen ocular anual a través del proveedor de RightCare, Superior Vision. Este beneficio de valor añadido solo incluye el examen de la vista, no las gafas, los lentes de contacto, etc.

BENEFICIOS Y SERVICIOS DENTALES

¿Los servicios dentales de urgencia están cubiertos por el plan de salud?

RightCare cubre un número limitado de servicios dentales de urgencia en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluido el pago de los siguientes servicios:

- Tratamiento por mandíbula dislocada.
- Tratamiento de lesiones traumáticas de los dientes y las estructuras de soporte
- Extirpación de quistes
- Tratamiento de abscesos orales originados en dientes o encías.
- Tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.
- Hospitales, médicos y servicios médicos relacionados (como los medicamentos) para las condiciones anteriores.

RightCare cubre hospitales, médicos y servicios médicos relacionados para las condiciones mencionadas anteriormente. Esto incluye los servicios proporcionados por el médico y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia.

RightCare también es responsable de pagar el tratamiento y los dispositivos necesarios para anomalías craneofaciales.

¿Qué servicios dentales cubre RightCare para niños?

El plan dental de Medicaid de su hijo le ofrece todos los otros servicios dentales, tales como servicios para ayudar a prevenir el deterioro de los dientes y servicios para corregir problemas dentales. Llame al plan dental de Medicaid de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrecen.

DentaQuest
1-800-516-0165
dentaquest.com

MCNA Dental
1-800-494-6262
mca.net

United Dental
1-877-901-7321
Dentaltx.uhc.com

¿Qué debo hacer si mi hijo necesita atención dental de emergencia?

Durante el horario normal de atención, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia fuera del horario de atención de su dentista primario, llámenos sin cargo al **1-855-897-4448** o llame al 9-1-1.

SALUD CONDUCTUAL (MENTAL)

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas conductuales (mentales), de alcohol o de drogas?

RightCare puede ayudarle a obtener ayuda para problemas de salud conductual (mental) y abuso de sustancias (drogas/alcohol). Usted puede visitar un proveedor de salud conductual sin necesidad de que lo derive su proveedor de cuidado primario (PCP). El proveedor que elija debe ser un proveedor de RightCare. Si tiene dificultades para administrar sus necesidades de salud conductual, alguna persona de nuestro equipo de coordinación de servicios de salud conductual puede ayudarle a hacer sus citas con el médico, a organizar el transporte, a obtener respuestas a las preguntas sobre los servicios, la medicación, y más. Puede llamar a nuestro equipo de Servicio al Cliente, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y solicitar que lo deriven a un coordinador de servicios de salud mental al **1-855-897-4448**.

Si usted tiene una crisis o se siente abrumado, llame a la línea de crisis de salud conductual en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No obtendrá una grabación. El número al que hay que llamar es el **1-844-436-8781**.

¿En qué puede ayudar RightCare?

RightCare Behavioral Health puede ayudarle si:

- Se siente muy triste, estresado o preocupado (deprimido).
- Tiene dificultades con la vida diaria.
- No duerme ni come bien.
- Tiene pensamientos de querer hacerse daño a sí mismo o a otros.
- Se siente perturbado por pensamientos extraños (como escuchar voces).
- Consume más drogas o alcohol.
- Tiene problemas en el trabajo o en casa.
- Su hijo tiene problemas en la escuela.

LÍNEA DIRECTA PARA CRISIS
1-844-436-8781

Recuerde que los servicios de salud conductual son privados, por lo que usted no necesita un permiso de su PCP para recibirlos.

Si usted tiene una emergencia debido a síntomas de salud mental o abuso de drogas o alcohol, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 9-1-1 para pedir una ambulancia.

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la administración dirigida de casos de salud mental?

Los servicios de rehabilitación de salud mental y de administración de casos específicos son servicios cubiertos por RightCare. Estos servicios ayudan a los miembros que han sido evaluados y se ha determinado que tienen:

- Una enfermedad mental grave y persistente como esquizofrenia, depresión mayor, trastorno bipolar u otro trastorno mental gravemente incapacitante.
- Niños y adolescentes de 3 a 17 años con un diagnóstico de enfermedad mental o que presentan un trastorno emocional grave.

Los servicios de rehabilitación de la salud mental pueden incluir:

- Programa de día para necesidades agudas.
- Servicios de capacitación y apoyo en medicación.
- Intervención de crisis.
- Capacitación y desarrollo de habilidades.
- Servicios de rehabilitación psicosocial

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a la coordinación de servicios de salud conductual de RightCare al **1-855-897-4448** para obtener ayuda.

COORDINACIÓN DE SERVICIOS: NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

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

Si tiene necesidades especiales de atención de la salud, como afecciones complejas o crónicas, enfermedades graves continuas o una discapacidad, RightCare ofrece un programa de coordinación de servicios que puede beneficiarle.

Programa de Coordinación de Servicios

Todos los miembros del plan de salud con cobertura actual pueden utilizar la Coordinación de Servicios. El programa es un beneficio adicional para nuestros miembros. La Coordinación de Servicios se ofrece sin costo para los miembros. Nuestro programa es completamente opcional, por lo que los miembros pueden participar o dejar de hacerlo en cualquier momento.

¿Cómo puede ayudarle la Coordinación de Servicios?

Las enfermeras y los trabajadores sociales están aquí para ayudarlo a:

- Obtener atención médica, servicios médicos, equipos y medicamentos.
- Comprender y controlar sus condiciones de salud.
- Comprender y aprovechar al máximo sus beneficios.
- Comprender el sistema de cuidado de la salud y obtener las autorizaciones y derivaciones necesarias.
- Encontrar programas y recursos comunitarios para ciertos beneficios que su seguro no cubre.

Qué esperar

Después de ser derivado a Coordinación de Servicios, un miembro de nuestro equipo le llamará y completará una evaluación por teléfono. Usted recibirá la llamada dentro de los cuatro (4) días. Esta evaluación nos ayudará a identificar qué necesidades tiene. Trabajaremos con usted a fin de crear un plan para atender sus necesidades. También trabajaremos junto a usted en su plan hasta atender satisfagan sus necesidades, hasta que ya no tenga cobertura con nosotros, ya no podamos comunicarnos con usted o si usted decide que ya no necesita ayuda.

Se le pondrá en contacto con una enfermera o trabajadora social, a quien podrá llamar directamente en cualquier momento en que necesite ayuda. La enfermera o trabajadora social también puede colaborar con su médico o farmacia para ayudarle. La información sobre su salud es confidencial y está protegida. El uso de la Coordinación de Servicios no afecta la cobertura de su plan.

Cómo solicitar ayuda a la Coordinación de Servicios:

Para solicitar la Coordinación de Servicios, llame al 1-855-897-4448 y pida hablar con un miembro de nuestro equipo. También puede enviarnos un correo electrónico para solicitar la Coordinación de Servicios: CaseManagement@BSWHealth.org.

Nuestros Coordinadores de Servicios están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro (excepto los feriados aprobados por el Estado). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Programa de Manejo de Enfermedades de RightCare

El programa de manejo de enfermedades ofrece ayuda especializada a cargo de enfermeras registradas, para miembros con afecciones tales como: asma, diabetes y enfermedades musculoesqueléticas (lesiones o trastornos de los músculos, nervios, tendones, articulaciones, cartílagos y discos vertebrales).

El programa ofrece educación y coordinación de la atención entre sus médicos y los beneficios. Puede hablar y trabajar con una enfermera certificada y autorizada por el Estado. Queremos ayudarle a obtener la información y el apoyo que necesita. Si desea recibir ayuda adicional, llámenos al 1-855-828-1013. Nuestros programas de manejo de enfermedades no representan ningún costo adicional para usted.

Línea de enfermeras disponible las 24 horas

¿Necesita asesoramiento sobre atención médica? ¿Tiene una pregunta médica? ¿No está seguro si debe ir al médico? Para síntomas que no sean una emergencia y para preguntas de salud o tratamiento, los miembros de RightCare pueden hablar con una enfermera las 24 horas del día, todos los días. Obtenga la información que necesita a cualquier hora del día o de la noche llamando al 1-855-828-1013. Se dispone de información en inglés y en español. Servicios de interpretación disponibles a pedido. Los usuarios de TTY pueden llamar al 7-1-1.

NUEVAS TECNOLOGÍAS

En RightCare, siempre buscamos mejores maneras de corregir o mejorar la salud de nuestros miembros. Tenemos un comité de médicos que revisan la evidencia científica y hablan con los médicos en ejercicio para obtener la opinión de expertos.

Los nuevos tratamientos cubiertos por el Programa STAR se comparten con RightCare. Si hay una nueva tecnología como:

- Un tratamiento o procedimiento médico o quirúrgico
- Un procedimiento de cuidado de salud conductual
- Un equipo (por ejemplo, tomografías computadas)
- Un medicamento (fármaco)

Investigaremos si se ha comprobado que su uso es seguro y efectivo, y/o:

- Es saludable para nuestros miembros
- Corrige una enfermedad o lesión
- Mejora la salud de nuestros miembros

PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE RIGHTCARE

Queremos mejorar su salud. El Departamento de Mejora de la Calidad (QI) de RightCare se centra en la creación de programas para: diabetes, asma, enfermedades cardíacas, inmunizaciones (vacunas), visitas de niños sanos, EPOC y salud de la mujer (incluida la atención prenatal y posparto). El personal de QI obtiene datos para medir sus necesidades de salud. Sus datos de salud ayudan a RightCare a mejorar su salud y sus servicios.

Objetivos del programa de QI

- Mejorar los resultados de salud.
- Aumentar la satisfacción de los miembros.
- Mejorar la seguridad de los miembros.

- Disminuir el uso excesivo y abusivo de los servicios de salud.
- Satisfacer las necesidades culturales y lingüísticas de los miembros.
- Mejorar la calidad general de la atención.

Si tiene alguna pregunta o desea información sobre los objetivos, procesos o resultados de la mejora de la calidad, llame al Departamento de Mejora de la Calidad de RightCare al **1-855-897-4448**.

BENEFICIOS ADICIONALES DE RIGHTCARE:

¿Qué beneficios adicionales tengo como miembro de RightCare?

Todos los miembros de RightCare que cumplan con los requisitos recibirán los siguientes beneficios adicionales (servicios de valor agregado):

- **Exámenes físicos anuales para deportes y la escuela** - Los miembros de hasta 19 años pueden hacerse un examen de aptitud deportiva una vez al año. El miembro debe estar al día con sus controles de salud de Pasos Sanos de Texas.
- **Tarjeta de regalo de \$50 por hacerse los 6 chequeos de Pasos Sanos de Texas antes de los 15 meses** - Los miembros de 15 meses o menos que se hagan los 6 chequeos de Pasos Sanos de Texas de forma oportuna pueden obtener una tarjeta de regalo de \$50. El voucher de la tarjeta de regalo está disponible en línea en rightcare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. Limitado a una tarjeta de regalo por miembro. El miembro debe solicitarla dentro de los 3 meses siguientes a la sexta revisión.
- **Tarjeta de regalo de \$25 por un chequeo oportuno de Pasos Sanos de Texas** - Los miembros de 20 años o menos que se realicen su chequeo de Pasos Sanos de Texas oportunamente pueden obtener una tarjeta de regalo de \$25. El voucher de la tarjeta de regalo está disponible en línea en rightcare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. El chequeo de Pasos Sanos de Texas de un nuevo miembro de RightCare debe completarse dentro de los 90 días de la inscripción en RightCare. Limitado a una tarjeta de regalo por miembro por año. El miembro debe solicitarlo en los 3 meses siguientes a la revisión.
- **Servicios extra de la vista para adultos** - Los miembros de 21 años o más tendrán acceso a una revisión de la vista una vez al año con cualquier proveedor de Superior Vision. Este servicio de valor agregado solo incluye el examen de ojos y no las gafas, lentes de contacto, etc. Los servicios de visión están disponibles a través de Pasos Sanos de Texas para miembros menores de 21 años. Llame a Superior Vision al 1-800-879-6901.
- **Asignación de \$150 para gafas, lentes o lentes de contacto** - Los miembros tendrán una asignación de \$150 para armazones de gafas, lentes o lentes de contacto seleccionados que no están cubiertos por Medicaid. Esta asignación se limita a \$150 cada 24 meses para marcos y lentes, así como lentes de contacto seleccionados que no estén cubiertos por Medicaid. Este beneficio está disponible a través de cualquier proveedor de Superior Vision. Llame a Superior Vision al 1-800-879-6901.
- **Tarjeta de regalo de \$20 para el manejo del asma** - Los miembros pueden obtener una tarjeta de regalo de \$20 por participar activamente en un programa de control del asma, cuando la enfermedad está controlada deficientemente o está muy mal controlada (niveles 2 o 3). El voucher de la tarjeta de regalo está disponible en línea en rightcare.swhp.org. Limitado a una

tarjeta de regalo por año. Llame a Servicios para Miembros de RightCare para obtener más información.

- **Tarjeta de regalo de \$20 para el manejo de la diabetes** - Los miembros pueden recibir una tarjeta de regalo de \$20 por participar activamente en la coordinación de servicios de la diabetes, cuando la enfermedad está controlada deficientemente o muy mal controlada (niveles 2 o 3). El voucher de la tarjeta de regalo está disponible en línea en rightcare.swhp.org. Limitado a una tarjeta de regalo por año. Llame a Servicios para Miembros de RightCare para obtener más información.
- **Tarjetas de regalo de \$20 por asistir a la visita de seguimiento de salud conductual de paciente internado** - Los miembros pueden obtener una tarjeta de regalo de \$20 por consultar a su médico de salud conductual después de recibir el alta de salud conductual o mental del hospital. Un miembro puede obtener una tarjeta regalo de \$20 por acudir a una visita de seguimiento de 7 días. Los miembros deben tener 5 años o más. El voucher de la tarjeta regalo está disponible en línea en rightcare.swhp.org o llame a Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448** para obtener más información. Los miembros deben solicitar esta tarjeta de regalo dentro de los 3 meses siguientes a la fecha en que ocurre el evento calificador. Limitado a una tarjeta de regalo por año.
- **Baby Shower de RightCare** - Las nuevas mamás pueden obtener una bolsa de pañales y artículos simbólicos por acudir a un *Baby Shower* de RightCare. Los *Baby Showers* de RightCare se celebran en lugares y horarios determinados. RightCare notificará a todas las futuras mamás los detalles del baby shower. Los miembros tienen un límite de una bolsa de pañales con otros artículos pequeños y regalos por embarazo. Los *Baby Showers* incluyen información de salud y recursos comunitarios.
- **Programa posparto de educación sobre la seguridad del bebé de RightCare** – Estos eventos se llevan a cabo en lugares y horarios establecidos. RightCare informará a las afiliadas que ya hayan tenido a sus bebés los detalles del evento. Los programas de seguridad del bebé incluyen educación e información sobre cómo mantener al bebé sano y seguro.
- **Tarjeta de regalo de \$20 para las afiliadas embarazadas que acudan a un *Baby Shower* de RightCare y a una visita prenatal** - Las afiliadas embarazadas pueden obtener una tarjeta de regalo de \$20. Para conseguirla, la afiliada debe acudir a un *Baby Shower* de RightCare y a una visita prenatal durante el primer trimestre o en los 42 días siguientes a la inscripción. Límite de una tarjeta de regalo por embarazo. El voucher de la tarjeta de regalo está disponible en línea en rightcare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. La afiliada debe solicitarlo dentro de los 3 meses siguientes al parto.
- **Tarjeta de regalo de \$20 para las embarazadas inscritas que acudan a un baby shower de RightCare y a una visita de posparto** - Las afiliadas embarazadas pueden obtener una tarjeta de regalo de \$20. Para conseguirla, la afiliada debe acudir a un *Baby Shower* de RightCare y a una visita de posparto entre los 21 y los 56 días posteriores al parto. El voucher de la tarjeta de regalo está disponible en línea en rightcare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare. Límite de una tarjeta de regalo por embarazo. La afiliada debe solicitarlo dentro de los 3 meses siguientes al parto.

- **Tarjetas de regalo para embarazadas inscritas en el plan** - Las mujeres embarazadas inscritas en el plan pueden obtener tarjetas de regalo por recibir atención médica durante el embarazo:
 - \$75 por hacer una visita prenatal durante el primer trimestre o dentro de los 42 días de su inscripción;
 - \$75 por hacer una visita de posparto entre los 21 y los 56 días después del parto.

La afiliada debe ser miembro de RightCare durante las visitas de calificación. Las afiliadas deben solicitar la tarjeta regalo dentro de los 3 meses siguientes a su visita posparto. Limitado a una tarjeta regalo por visita y por embarazo. Los vouchers para estas tarjetas regalo están disponibles en línea en rightcare.swhp.org o llamando a Servicios para Miembros de RightCare.

- **Programa de manejo del embarazo Expecting the Best®**
 - Inscripción anticipada en el programa de apoyo a la coordinación de servicios;
 - Aplicación educativa para teléfonos inteligentes;
 - Planificación del parto, que incluye apoyo personalizado durante y después del embarazo;
 - Detección de la depresión perinatal y posparto durante el embarazo y hasta un año después del parto;
 - Educación parental para la salud del recién nacido.
- **Hasta \$500 al año por servicios dentales adicionales para mujeres embarazadas y mujeres puérperas** - Las mujeres embarazadas y las mujeres puérperas de 21 años o más pueden recibir hasta \$500 al año para controles dentales, que incluyen radiografías (1 por año), extracciones simples, empastes limitados, tratamientos con flúor y limpiezas cada 6 meses a través de Liberty Dental. Llame a Liberty Dental al 1-877-550-4374.
- **Visitas a domicilio para embarazadas de alto riesgo inscritas en la coordinación de servicios** - Las embarazadas en la coordinación de servicios con enfermedades de alto riesgo, como diabetes, presión arterial alta, hipertensión y náuseas graves, pueden recibir visitas a domicilio. Los servicios serán determinados por un coordinador de servicios de RightCare y requerirán una orden del proveedor del miembro.
- **Ayuda adicional para servicio de transporte** - Un viaje mensual para que los miembros vayan a la tienda de comestibles, citas de WIC, clases de educación para la salud, gimnasios, capacitaciones profesionales, entrevistas de trabajo, reuniones de grupos de autoayuda, lugares de culto o servicios religiosos, clases de embarazo/parto, clases sobre recién nacidos, clases de RCP/primeros auxilios, grupos de asesores para miembros de RightCare y *baby showers* de RightCare. Llame a Access2 Care al **1-877-447-3101** o descargue la aplicación **A2C**, la aplicación móvil gratuita de Access2Care. La encontrará en las tiendas App Store y Google Play.
- **Descuento en las farmacias de Baylor Scott & White** - Los miembros pueden obtener hasta un 20% de descuento en las farmacias de Baylor Scott & White Health. El descuento aplica a:
 - Artículos de cuidado personal, como desodorante, cepillos de dientes, pasta de dientes y champú.
 - Artículos de primeros auxilios, como apósitos, cremas y desinfectantes para las manos.
 - Artículos para el cuidado del bebé, como termómetros y toallitas húmedas.

Los miembros solo tienen que mostrar su tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid para recibir el descuento en la caja.

- **Recursos de bienestar y salud mental en línea** - Los miembros tendrán acceso a seminarios web de bienestar trimestrales de Scott and White Health Plan.
- **Scrubbing In** (anteriormente GrowWell) - Consejos semanales de bienestar para todas las etapas de la vida que le ayudarán a usted y a su familia a mantenerse saludables y en excelente estado. Lea el blog de Scrubbing In en la web o descargue la aplicación MyBSWHealth.

RightCare siempre está planeando nuevos programas y servicios para ayudarle a usted y a su familia a mantenerse sanos.

¿Cómo puedo acceder a estos beneficios adicionales?

Puede ponerse en contacto con nuestro departamento de Servicios para Miembros llamando al **1-855-897-4448** para conocer los servicios de valor agregado de RightCare. Nuestro departamento de Servicios para Miembros le explicará cómo puede obtener estos beneficios. También puede obtener más información sobre nuestros servicios de valor agregado en línea, en rightcare.swhp.org.

¿Qué clases de educación para la salud ofrece RightCare?

RightCare ofrece clases a sus miembros sobre muchos temas de salud distintos. La educación de salud de RightCare es gratuita. La educación de salud puede incluir información sobre:

- Inmunizaciones
- Embarazo de alto riesgo
- Diabetes
- Cuidado del asma

Llame a Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448** para obtener más información.

¿Qué otros servicios puede RightCare ayudarme a obtener? (Servicios no ampliados)

RightCare se preocupa por su salud y bienestar. RightCare tiene muchos servicios y agencias con los que trabajamos para ayudarle a obtener la atención y la ayuda que necesita. Algunos de estos servicios/agencias incluyen:

- Intervención en la primera infancia (ECI)
- Coordinación de Servicios para Niños y Mujeres Embarazadas
- Servicios escolares de salud y afines de Texas (SHARS)
- Departamento de Servicios de Envejecimiento y Rehabilitación (DARS) División de Servicios para personas ciegas
- Departamentos de salud pública
- Otras agencias y programas estatales y locales, como los cupones de alimentos y el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Servicios de cuidado personal

PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un proveedor de atención primaria (PCP) es el principal proveedor al que acude para recibir servicios médicos de Medicaid. Es el médico, la enfermera de práctica avanzada (NP) o el asistente médico (PA) al que usted (o su hijo) eligió o se le asignó para sus necesidades de atención médica.

Este es el miembro más importante de su equipo de atención médica, la persona responsable de asegurarse de que tiene todo lo que necesita para mantenerse sano.

¿Qué debo llevar a la cita con mi médico?

Cuando necesite ver a su PCP, llame a su consultorio con antelación y concierte una cita para una visita. Debe llevar su **tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid** y su tarjeta de **Medicaid de Texas Benefits** cuando acuda a cualquier proveedor. Si su hijo acude a un proveedor, no olvide los registros de vacunas de su hijo.

Cómo elegir proveedor de cuidado primario (PCP)

Durante el proceso de inscripción, usted eligió un proveedor de nuestra lista para ser su PCP (o el de su hijo).

Cada miembro de la familia RightCare seleccionará su propio PCP. Puede elegir entre:

- Pediatras (atención a los niños)
- Ginecología y obstetricia (atención a la mujer)
- Medicina general/familiar (atención a niños y adultos)
- Medicina interna (normalmente solo se atiende a los adultos)
- Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC)/Clínicas de Salud Rurales (RHC)

¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria (PCP)?

Usted o su hijo pueden seleccionar una clínica como su PCP. Puede tratarse de determinadas clínicas, como los **Centros de Salud con Certificación Federal (FQHC)** o las **Clínicas de Salud Rurales (RHC)**. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria (PCP)?

Usted puede querer cambiar a otro PCP si:

- No está satisfecho con la atención de su PCP;
- Necesita otro tipo de proveedor para cuidar de usted o de su hijo;
- Se muda lejos de su PCP;
- Su PCP ya no forma parte de la red de RightCare;
- Quiere que lo atienda un PCP diferente.

Puede cambiar su PCP llamando al Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**. El Directorio de Proveedores de RightCare lista a todos los PCP que forman parte de la red. Para solicitar que le enviemos una copia por correo, llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**. También puede consultar el directorio en la web, en: rightcare.swhp.org/en-us/members/find-a-provider.

Puede encontrar información adicional sobre un proveedor, tal como la escuela de medicina a la que asistió y dónde completó su residencia, visitando el sitio web de la Junta Médica de Texas en public.tmb.state.tx.us/HCP_Search/searchinput.aspx.

Recibirá una nueva tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid que muestra la fecha en que su nuevo PCP puede empezar a atenderle a usted o a su hijo. La nueva tarjeta mostrará el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi proveedor de atención primaria (PCP)?

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si llama **ANTES** del día 15 del mes, el cambio se hará efectivo de inmediato. Si llama **DESPUÉS** del día 15 del mes, su PCP no cambiará hasta el primero del mes siguiente. A veces, en función de las circunstancias, podemos cambiar su proveedor de inmediato.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria (PCP) o el de mi hijo?

No hay un límite de veces en las que puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo.

Para cambiar sus proveedores, llame sin cargo al **1-855-897-4448** o escriba a:

**RightCare from Scott & White Health Plan
MS-A4-144
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502**

¿Hay algún motivo por el que el pedido de cambio de proveedor de cuidado primario pueda ser rechazado?

En las siguientes circunstancias, es posible que no se le pueda asignar el proveedor de cuidado primario (PCP) que usted eligió si:

- El PCP que eligió no está recibiendo nuevos pacientes.
- El PCP que eligió no forma parte de la red de RightCare.

¿En cuánto tiempo me verán?

Los nuevos miembros deben consultar a un proveedor de atención primaria (PCP) lo antes posible después de la inscripción o **dentro de las dos (2) semanas** siguientes a la solicitud al PCP. Todos los miembros deben esperar ver a un PCP para todas las visitas no urgentes dentro de los 60 días de la solicitud a su PCP.

¿Puede mi proveedor de atención primaria cambiarme a otro proveedor por incumplimiento?

Es importante seguir los consejos de su PCP. Usted debe participar de las decisiones relacionadas con su atención médica (o de su hijo).

Su PCP puede pedirnos que le asignemos a usted o a su hijo a otro PCP si:

- Usted no sigue los consejos de su PCP ni las normas del consultorio;
- Usted y su PCP no se llevan bien;
- Suele faltar a las visitas sin llamar para avisarle al PCP que no estará allí;
- Faltas a muchas citas.

Si su PCP solicita un cambio, debe notificarnoslo. Recibirá una carta por correo. Si esto ocurre, llame a RightCare al **1-855-897-4448**. Le ayudaremos a encontrar un nuevo PCP.

¿Qué ocurre si decido consultar a otro médico que no sea mi proveedor de atención primaria (PCP)?

Puede acudir a cualquier proveedor que participe en STAR Medicaid (lo que incluye la mayoría de los hospitales), si necesita lo siguiente:

- Cuidado de emergencia las 24 horas en una sala de emergencias.
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Visita de control de Pasos Sanos de Texas para su hijo

Para el resto de la atención, solo debe acudir al PCP que figura en su tarjeta de identificación.

Si consulta a otro PCP:

- Puede que tenga que pagar la factura.
- Es posible que el proveedor no lo vea.
- Es posible que el proveedor le diga que vea a su PCP primero.

Si necesita servicios de salud mental o por abuso de sustancias, llame a un administrador de casos de salud conductual al **1-855-897-4448**. Los servicios de salud conductual son privados, por lo que usted no necesita un permiso de su PCP para recibirlos. Si usted tiene una crisis, llame a la línea de crisis de salud conductual en cualquier momento, 24 horas al día y 7 días a la semana, donde será atendido por una persona. El número de crisis es el **1-844-436-8781**.

¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de atención primaria (PCP) está cerrado?

Si se enferma por la noche o en un fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su PCP para que le brinde asesoramiento. Su PCP u otro proveedor de la oficina del PCP está disponible por teléfono las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Si el consultorio de su PCP está cerrado, es posible que lo transfieran a un servicio de respuestas.

ATENCIÓN GINECOLÓGICA

Atención a las mujeres afiliadas

RightCare le permite elegir cualquier obstetra/ginecólogo, ya sea que el médico pertenezca o no a la misma red que su proveedor de atención primaria.

Usted tiene derecho a elegir un obstetra/ginecólogo sin una derivación de su proveedor de atención primaria. Un obstetra/ginecólogo puede brindarle:

- Un control de la salud femenina por año
- Atención médica relacionada con el embarazo
- Atención de cualquier condición médica femenina
- Derivación a médicos especializados dentro de la red

Seleccionar un ginecólogo/obstetra

No está obligada a elegir un ginecólogo/obstetra (proveedor de salud de la mujer). Pero, si está embarazada, debe elegir un ginecólogo/obstetra para que la atienda.

Solo puede acudir a ginecólogos y obstetras que formen parte de la red de RightCare. No es necesario que su PCP la derive. Para elegir un obstetra/ginecólogo, llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**. También puede hacer que su obstetra/ginecólogo sea su PCP, pero solo si este está de acuerdo. Si desea que su obstetra/ginecólogo sea su PCP, llame a Servicios para miembros al **1-855-897-4448**.

Si no elige un obstetra/ginecólogo como su PCP, aún puede obtener la mayoría de los servicios de un obstetra/ginecólogo de la red de RightCare sin llamar a su PCP u obtener una derivación/aprobación de RightCare. Se puede acceder a todos los servicios de planificación familiar, atención obstétrica y servicios ginecológicos de rutina directamente a través del ginecólogo/obstetra de la red RightCare que usted elija.

¿En cuánto tiempo me verán?

Se la atenderá en un plazo de dos semanas desde que solicite una cita si está embarazada. Si no está embarazada, debe ser atendida dentro de las 3 semanas siguientes a la solicitud de la cita.

¿Puedo seguir con mi ginecólogo/obstetra si no está en RightCare?

Si ya ha sido atendida por un ginecólogo/obstetra que no forma parte de RightCare, hay momentos en los que puede seguir viendo a ese ginecólogo/obstetra. Por ejemplo, si está embarazada de al menos seis meses cuando se afilia a RightCare, puede seguir viendo al ginecólogo/obstetra que la atiende. Debe llamar a la Coordinación de Servicios de RightCare al **1-855-897-4448** para mantener su actual obstetra/ginecólogo.

¿Qué ocurre si estoy embarazada?

Si cree o sabe que está embarazada, pida una cita con su PCP o ginecólogo. Podrán confirmar si está embarazada o no y hablar de los cuidados que necesitarán usted y su hijo por nacer. Podrá programar una cita dentro de las siguientes dos semanas a partir de su pedido.

¿Dónde puedo encontrar una lista de los centros de maternidad?

Para encontrar un centro de maternidad cerca de usted, llame a los Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**.

Es muy importante que llame a RightCare para informarnos que está embarazada y decimos qué proveedores la atienden. Llame a Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**. Es muy importante que comience el cuidado prenatal inmediatamente.

¿Qué otros servicios, actividades o educación ofrece RightCare a las mujeres embarazadas?

El Programa de Coordinación de Servicios para la Maternidad Expecting the Best® ofrece información útil sobre cómo cuidar de usted y de su bebé. Si usted ya ha dado a luz a un bebé antes de tiempo (parto prematuro) o tiene un alto riesgo de que esto ocurra, es posible que existan medicamentos para ayudar a que su bebé nazca a término. Los miembros de nuestro equipo Expecting the Best® pueden ayudarle a obtener estos medicamentos. También pueden ayudarle con lo siguiente:

- Encontrar un médico o recursos.
- Programar una cita prenatal o de posparto.
- Ayudarle con otras necesidades relacionadas con el embarazo.

¿Cómo me inscribo en Expecting the Best®?

Obtenga más información llamando a Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448** o enviando un correo electrónico a HPmaternitycasemanagement@bswhealth.org. Si se comunica con nosotros por correo electrónico, incluya su nombre, número de miembro, número de teléfono y cualquier necesidad que pueda tener. Como parte del programa, RightCare querrá saber cómo está llevando su embarazo. Es posible que reciba una llamada nuestra para repasar algunas cuestiones.

Si se inscribe en Expecting the Best®, un miembro del equipo puede:

- Comunicarse con usted por teléfono
- Contactarla por correo
- Proporcionar educación sobre su embarazo
- Ayudarle a encontrar un proveedor obstetra/ginecólogo.
- Evaluar sus necesidades de cuidado de la salud.
- Ayudarle a coordinar el transporte para necesidades especiales
- Ayudarle a elegir un pediatra para su bebé
- Informarle sobre las ventajas adicionales de RightCare para las mujeres embarazadas, que incluyen:
 - Tarjetas de regalo
 - Fiestas de nacimiento

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

RightCare ofrece servicios de planificación familiar, incluidos los miembros menores de 18 años. Los servicios de planificación familiar ayudan a las personas a determinar la cantidad de hijos que quieren tener y el espacio de tiempo entre ellos. Esto promueve resultados positivos en los nacimientos y familias saludables.

¿Cómo solicito servicios de planificación familiar?

Los servicios de planificación familiar, tales como métodos anticonceptivos y orientación, son muy privados. No es necesario que pida a su proveedor de atención primaria (PCP) una derivación para obtener estos servicios o suministros.

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de servicios de planificación familiar?

Para localizar los centros de proveedores de servicios de planificación familiar más cercanos, visite www.dshs.state.tx.us/famplan/. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar, llame sin cargo a RightCare al **1-855-897-4448**.

ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS (CPW)

¿Necesita ayuda para encontrar y obtener servicios? Podría comunicarse con un administrador de casos que le ayude.

¿Quién puede conseguir un administrador de casos?

Niños, adolescentes, adultos jóvenes (desde el nacimiento hasta los 20 años) y mujeres embarazadas con Medicaid y:

- problemas de salud, o
- un alto riesgo de tenerlos

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos lo visitará, y luego:

- Averiguará qué servicios necesita
- Buscará servicios cerca de donde usted vive
- Le enseñará cómo buscar y obtener otros servicios
- Se asegurará de que reciba los servicios que necesita

¿Qué tipo de ayuda puedo obtener?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

- Obtener servicios médicos y dentales
- Obtener suministros o equipos médicos
- Tratar cuestiones escolares o educativas
- Tratar otros problemas

¿Cómo puedo conseguir un administrador de casos?

Para más información, comuníquese con RightCare o llame a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377 (sin cargo) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Coordinación de Servicios de RightCare 1-855-897-4448
rightcare.swhp.org

RECIÉN NACIDOS

¿Puedo elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para mi bebé antes de que nazca?

Sí, llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** y le ayudaremos a seleccionar un pediatra (médico de bebés) de la red RightCare para su bebé.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de atención primaria (PCP) de mi bebé?

Si no elige un PCP para su bebé, elegiremos uno por usted. Si no está satisfecho con la elección, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para cambiar el PCP. No cambie de PCP

sin avisar a RightCare. Si va a un nuevo PCP sin avisar a RightCare, es posible que los servicios no estén cubiertos.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Al menos durante 90 días a partir de la fecha de nacimiento, su bebé estará cubierto por el mismo plan de salud donde usted se haya inscrito. Usted puede solicitar un cambio de plan de salud antes de los 90 días llamando al agente de inscripción al **1-800-964-2777**.

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

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?

Cuando nazca su bebé, llame al asistente de casos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas para que su bebé pueda recibir Medicaid. No es necesario esperar a obtener el número del Seguro Social de su bebé para inscribirlo. También es importante que llame a Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448** para comunicarnos el nacimiento de su bebé. Recibirá una tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid que dice "Newborn Call Plan". Esto significa que el bebé está inscrito en el plan de salud de la madre (RightCare) durante al menos 90 días a partir de la fecha de nacimiento.

PASOS SANOS DE TEXAS

¿Qué servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas es un programa de atención médica de Medicaid para niños, adolescentes y adultos jóvenes desde el nacimiento hasta los 20 años. Si el proveedor de su hijo encuentra un problema de salud durante un chequeo, su proveedor puede asegurarse de que su hijo reciba la atención de salud necesaria para ayudar a prevenir problemas que podrían dificultar el aprendizaje y el crecimiento de su hijo.

Pasos Sanos de Texas le brinda a su hijo:

- Controles médicos regulares y gratuitos desde el nacimiento.
- Controles dentales gratuitos a partir de los 6 meses.
- Un administrador de casos que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde recibir esos servicios.

Controles de salud de Pasos Sanos de Texas:

- Permiten detectar problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- Previenen problemas de salud que hacen que sea difícil para su hijo desarrollarse y aprender como los otros niños de su edad.
- Ayudan a que su hijo tenga una sonrisa saludable.

Algunas de las cosas que se hacen en un chequeo médico de Pasos Sanos de Texas son:

- Examen físico, medición de la altura y el peso
- Revisión auditiva y de la vista
- Cómo asegurarse de que su hijo sigue una buena dieta
- Inmunizaciones (vacunas)
- Análisis de sangre (cuando sea necesario)
- Una historia clínica y un examen de salud

Los menores de 21 años pueden recibir atención dental. Esta atención incluye:

- Evaluación oral y barniz de flúor
- Empastes
- Sacar los dientes

- Coronas
- Endodoncia
- Limpieza dental cada 6 meses
- Sacar las muelas del juicio

Si tiene 21 años o más, STAR Medicaid cubrirá su atención dental solo si se trata de una emergencia que ponga en peligro su vida (o su salud inmediata). Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

Cuándo programar un control: Recibirá una carta de Pasos Sanos de Texas informándole cuándo es el momento de hacer un control. Llame al médico de su hijo para programar el control. Programe el control para el día que mejor se adapte a su familia.

Si el médico o el dentista detecta un problema de salud durante un chequeo, su hijo podrá recibir la atención médica que necesita, como:

- Exámenes oculares y anteojos.
- Pruebas auditivas y audífonos.
- Otros cuidados dentales y de la salud.
- Tratamiento para otras condiciones médicas.

Llame a RightCare al **1-855-897-4448** o a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) (gratis) si:

- Necesita ayuda para encontrar un médico o dentista.
- Necesita ayuda para programar un chequeo.
- Tiene preguntas sobre chequeos o Pasos Sanos de Texas.
- Necesita ayuda para encontrar y obtener otros servicios.

Si no puede llevar a su hijo a un control médico, Medicaid puede ayudarlo. Los niños que tengan Medicaid y su padre/madre pueden recibir viajes gratuitos hacia y desde el consultorio del médico, dentista, hospital o farmacia.

- Área de Houston/Beaumont: 1-855-687-4786.
- Área de Dallas/Ft. Worth: 1-855-687-3255.
- Todas las otras áreas: 1-877-633-8747 (1-877-MED-TRIP).

¿Cómo y cuándo podrá mi hijo hacerse los controles médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas?

La mayoría de los proveedores de atención primaria (PCP) de la red de RightCare que trabajan con niños pueden ofrecer los servicios de Pasos Sanos de Texas. Es posible que quiera hablar primero con el PCP de su hijo. Si por alguna razón su PCP no puede ofrecer los servicios de Pasos Sanos de Texas, podemos ayudar a organizarlos a través de otro proveedor. Llame al **1-855-897-4448** para obtener ayuda.

Las revisiones dentales pueden realizarse cada 6 meses a partir de los 12 meses de edad. Si el dentista encuentra un problema, puede tratarlo en una visita de seguimiento. Si el dentista tiene que realizar un tratamiento dental en el hospital o en otro lugar que no sea su consultorio, tendrá que llamar a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** antes de que se realice el servicio.

Edades de los controles de Pasos Sanos de Texas

Nacimiento (hospitalización)	6 meses	24 meses	6 años	11 años	16 años
3-5 días	9 meses	30 meses	7 años	12 años	17 años
2 semanas	12 meses	3 años	8 años	13 años	18 años
2 meses	15 meses	4 años	9 años	14 años	19 años
4 meses	18 meses	5 años	10 años	15 años	20 años

¿Mi médico tiene que formar parte de la red RightCare?

La mayoría de los proveedores de atención primaria (PCP) de la red de RightCare que trabajan con niños pueden ofrecer los servicios de Pasos Sanos de Texas. Sin embargo, su hijo puede acudir a cualquier proveedor de STAR Medicaid para recibir los servicios de Pasos Sanos de Texas. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

¿Necesito tener una derivación?

No necesita una derivación del PCP de su hijo para recibir los servicios de Pasos Sanos de Texas.

¿Qué debo hacer si necesito cancelar una cita?

Llame y pida una cita para cada miembro de la familia que necesite ser atendido. Si necesita cancelar su cita, llame al consultorio del proveedor lo antes posible. Algunos PCP piden a los pacientes que llamen al menos 24 horas antes de su cita para que otro paciente pueda utilizar esa franja horaria. Asegúrese de reprogramar su cita lo antes posible. Es importante mantener a sus hijos al día en sus revisiones.

¿Qué debo hacer si estoy fuera de la ciudad y mi hijo debe hacerse un examen en Pasos Sanos de Texas?

Si está fuera de la ciudad cuando le toca el examen de Pasos Sanos de Texas a su hijo, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda al **1-855-897-4448**. Puede acudir a cualquier proveedor de Texas Medicaid de la zona para los servicios de Pasos Sanos de Texas.

¿Y si me he mudado?

Si se ha mudado, debe notificar a su trabajador de casos de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) su nueva dirección y debe llamar a RightCare al **1-855-897-4448** antes de recibir servicios en su nueva área, a menos que se trate de una emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de RightCare hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) cambie su dirección.

ATENCIÓN MÉDICA PARA LAS MUJERES TRAS EL PARTO

¿Cómo puedo recibir atención médica después del nacimiento de mi bebé (cuando ya no estoy cubierta por Medicaid)?

Después de que nazca su bebé, es posible que pierda la cobertura de Medicaid. Tal vez pueda obtener algunos servicios de atención médica a través del Programa Healthy Texas Women y del Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS). Estos servicios son para mujeres que solicitan estos servicios y se los aprueban.

Programa Healthy Texas Women

El Programa Healthy Texas Women ofrece exámenes de planificación familiar, exámenes de salud relacionados y métodos anticonceptivos a mujeres de 18 a 44 años cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores a los límites de ingreso del programa (185 por ciento del nivel federal de pobreza). Debe enviar una solicitud para averiguar si puede obtener servicios a través de este programa.

Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través del Programa Healthy Texas Women, escriba, llame o visite el *sitio web del programa*:

Programa Healthy Texas Women
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 1-800-335-8957
Sitio web: www.texaswomenshealth.org
Fax: 1-866-993-9971 (llamadas sin cargo)

Servicios Healthy Texas Women Plus

El programa Healthy Texas Women también ofrece un paquete de servicios de posparto, llamado Healthy Texas Women Plus. Healthy Texas Women Plus proporciona beneficios para:

- Depresión posparto y otras afecciones de salud mental
- Afecciones cardiovasculares y coronarias
- Trastornos por abuso de sustancias

Si actualmente está inscrita en Medicaid for Pregnant Women (Medicaid para Mujeres Embarazadas), es posible que sea inscrita automáticamente en el programa Healthy Texas Women una vez que nazca su bebé. Si usted reúne los requisitos, recibirá una carta de Texas Health and Human Services en la que confirmarán que ha sido inscrita en el programa Healthy Texas Women.

Programa de atención primaria de DSHS

El programa de atención primaria de DSHS está destinado a mujeres, niños y hombres que no pueden acceder a la misma atención a través de un seguro o de otros programas. Para obtener servicios a través de este programa, el ingreso de una persona debe ser igual o inferior a los límites de ingreso del programa (200 por ciento del nivel federal de pobreza). Cada persona aprobada para obtener los servicios puede tener que pagar un copago, pero nadie es rechazado para recibir los servicios por falta de dinero.

El programa de atención primaria se centra en la prevención de enfermedades, la detección y la intervención temprana de problemas de salud. Los principales servicios prestados son:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de salud preventiva, tales como vacunas (inyecciones) y educación para la salud, así como análisis de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico apropiados.

Los servicios secundarios que podrían proporcionarse son servicios de nutrición, exámenes de salud, atención médica domiciliaria, cuidado dental, traslados a visitas médicas, medicamentos que su médico le ordene (medicamentos con receta), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies dañados (servicios de podiatría) y servicios sociales.

Usted podrá solicitar servicios de atención primaria en ciertas clínicas de su área. Para encontrar una clínica en la que pueda presentar su solicitud, visite el localizador de clínicas de servicios de salud familiares y comunitarios del DSHS en txclinics.com/.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del programa de atención primaria, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/phc/
Teléfono: (512) 776-7796
Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa de atención primaria ampliada del DSHS

El programa de Atención Primaria Ampliada ofrece servicios primarios, preventivos y de detección a las mujeres de 18 años o más cuyos ingresos son iguales o inferiores a los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios de extensión y directos se prestan a través de clínicas comunitarias que tienen contrato con el DSHS. Los trabajadores de la salud de la comunidad ayudarán a garantizar que las mujeres reciban los servicios preventivos y de detección que necesitan. Algunas clínicas pueden ofrecer ayuda para la lactancia.

Puede solicitar estos servicios en determinadas clínicas de su zona. Para encontrar una clínica en la que pueda presentar su solicitud, visite el localizador de clínicas de servicios de salud familiares y comunitarios del DSHS en txclinics.com/.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de atención primaria ampliada, visite el 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 incluye clínicas en todo el Estado que ofrecen métodos anticonceptivos de calidad, bajo costo y fáciles de usar para mujeres y hombres.

Para encontrar una clínica en su zona, visite el localizador de clínicas de servicios de salud familiar y comunitaria del DSHS en txclinics.com/.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de Planificación Familiar, visite el sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/famplan/
Teléfono: (512) 776-7796
Fax: (512)-776-7203
Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

INTERVENCIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA (ECI)

El programa de intervención en la primera infancia (ECI) es un programa estatal de Texas para familias con niños, desde el nacimiento hasta los tres años, con discapacidades y retrasos en el desarrollo. El programa de ECI apoya a las familias para que ayuden a sus hijos a alcanzar su potencial mediante servicios de desarrollo.

¿Necesito una derivación para eso?

No necesitará una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP) para la ECI.

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

Si necesita ayuda para localizar un proveedor de ECI, llame al número gratuito de ECI al **1-800-628-5115** o busque un proveedor de ECI en línea en: dmzweb.dars.state.tx.us/prd/citysearch.

TRABAJADORES AGRÍCOLAS E HIJOS DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS (CMFW)

¿Qué es un trabajador agrícola?

Un trabajador agrícola es una persona que:

- Trabaja en el campo, en una granja o como empacador de alimentos durante ciertas épocas del año
- Trabaja con: cultivos, lácteos, aves de corral o ganado
- Ha trabajado por temporadas en los últimos 24 meses
- Debido al trabajo estacional, vive en una vivienda temporal para facilitar sus traslados

¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola itinerante?

Usted puede hacerse el chequeo antes si debe viajar fuera del área. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**: estaremos encantados de ayudarle a concertar esta cita antes.

¿QUÉ SIGNIFICA “MÉDICAMENTE NECESARIO”?

1. Para nuestros miembros de 0 a 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - a. Exámenes y servicios oftalmológicos y de la audición; y
 - b. Otros servicios de atención médica, como los de salud conductual, que son necesarios para corregir o mejorar un defecto o una enfermedad física o mental. La determinación de si un servicio es necesario para corregir o mejorar un defecto o una enfermedad o condición física o mental:
 - i. debe cumplir los requisitos de los acuerdos conciliatorios parciales del dictamen “*Alberto N. y otros contra Traylor y otros*”; y
 - ii. puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2) (a-g) y (3) (a-g) de esta definición.
2. Para miembros mayores de 20 años, servicios de atención médica relacionados con la salud no conductual que:
 - a. Son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o padecimientos médicos, para detectar enfermedades a tiempo, para hacer intervenciones o para tratar padecimientos que provoquen dolor o sufrimiento, causen deformidades físicas o limiten el movimiento, amenacen con causar o empeorar una discapacidad, provoquen una enfermedad o debilidad, o pongan en riesgo la vida de un miembro.
 - b. Se prestan en centros adecuados y a los niveles apropiados de atención médica para tratar condiciones médicas de un miembro.
 - c. Cumplen las pautas de cuidado de la salud aprobadas por las organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por organismos gubernamentales.
 - d. Son coherentes con el diagnóstico de las afecciones.
 - e. No son más invasivos o restrictivos de lo necesario para ofrecer un equilibrio adecuado entre seguridad, efectividad y eficiencia.
 - f. No son experimentales o de investigación.
 - g. No se prestan principalmente para conveniencia del miembro o el profesional.
3. Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud conductual que:
 - a. Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o dependencia química, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento como resultado de un trastorno de este tipo.
 - b. Se ajustan a las pautas y normas de práctica profesionalmente aceptadas para la atención médica de la salud conductual.
 - c. Son proporcionados dentro del entorno más apropiado y menos restrictivo posible en el cual los servicios puedan ofrecerse de manera segura.

- d. Son el nivel u oferta de servicios más adecuado que puede ofrecerse de manera segura.
- e. No pueden omitirse sin afectar la salud mental y/o física del miembro o la calidad de la atención prestada.
- f. No son experimentales o de investigación.
- g. No se prestan principalmente para conveniencia del miembro o el profesional.

CUIDADO MÉDICO DE RUTINA

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina consiste en los chequeos regulares realizados por su proveedor de atención primaria (PCP) y el tratamiento por parte de su PCP cuando está enfermo. Su PCP le conocerá, organizará las revisiones periódicas y le tratará cuando esté enfermo. Su PCP le recetará medicamentos y lo enviará a un médico especial (especialista) si lo necesita.

Es importante que haga lo que dice su PCP y que participe en las decisiones que se tomen sobre su atención médica. Si no puede tomar una decisión sobre su atención de salud, puede elegir a otra persona para que lo haga por usted.

Cuando necesite ver a su PCP, llame a su PCP al número que aparece en su tarjeta de identificación de RightCare STAR Medicaid. Alguien en el consultorio del PCP fijará una hora para que usted vea a su PCP. Es muy importante que acuda a su cita, que llame con antelación para concertar las visitas y que vuelva a llamar si tiene que cancelarlas. Si más de un miembro de su familia necesita ver a un proveedor, necesita una nueva cita para cada persona.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Su PCP está disponible las 24 horas del día en persona o por teléfono. Si su PCP no está disponible, tendrá otro proveedor disponible para usted. Esto incluye los fines de semana y los feriados. Podrá programar una cita para su cuidado médico de rutina dentro de las dos (2) semanas siguientes. Si tiene una afección que necesita atención médica el mismo día, su PCP puede ayudarle con eso.

Debe acudir a un proveedor de RightCare para recibir atención de rutina y de urgencia. Si necesita ayuda para elegir un proveedor o concertar una cita, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN MÉDICA URGENTE?

¿Qué es la atención médica urgente?

La **atención urgente** es otro tipo de atención. Hay algunas lesiones y enfermedades que tal vez no sean emergencias, pero pueden transformarse en emergencias si no son tratadas dentro de las 24 horas. Algunos ejemplos:

- Quemaduras o cortes menores
- Dolor de oídos
- Dolor de garganta
- Torceduras y dolores musculares
- Resfriados, tos o gripe
- Problemas de los senos nasales
- Problemas de alergia
- Dolores de cabeza sin importancia
- Sarpullido
- Quemaduras solares menores
- Dolor de dientes o brote de dientes en bebés
- Dolor de espalda crónico
- Resurtidos de medicamentos con receta
- Rotura de un yeso
- Necesidad de que le quiten los puntos

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

Para atención médica de urgencia, llame al consultorio de su médico, incluso durante la noche o los fines de semana. Su médico le indicará qué hacer. En algunos casos, el médico puede decirle que vaya a una clínica de urgencias. Si su médico le indica que vaya a una clínica de urgencias, no es necesario llamar a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que acepte RightCare de Scott & White Health Plan Medicaid. Para obtener ayuda, llámenos sin cargo al **1-855-897-4448**.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Para atención de urgencia, podrá programar una cita con su médico dentro de las siguientes 24 horas. Si su médico le indica que vaya a una clínica de urgencias, no es necesario que llame a la clínica antes de ir. La clínica de atención urgente debe aceptar RightCare de Scott & White Health Plan Medicaid.

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

¿Qué es atención médica de emergencia?

La atención médica de emergencia se proporciona para condiciones médicas de emergencia y condiciones de salud conductual de emergencia.

Afección médica de emergencia significa:

Una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de aparición reciente y gravedad suficiente (como dolor intenso) tal, que una persona común, prudente y con conocimientos medios de salud y medicina podría esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata puede:

1. Poner en grave peligro la salud de un paciente;
2. provocar un grave deterioro de las funciones corporales;
3. provocar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
4. provocar una grave desfiguración; o
5. en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro su salud y la del niño por nacer.

Condición de salud conductual de emergencia:

Es cualquier condición médica, sin tener en cuenta su naturaleza o causa, que en opinión de una persona prudente con conocimientos medios de medicina y salud:

1. requiere intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro presentaría un peligro inmediato para sí mismo o para otros; o
2. impide que el miembro controle, conozca o comprenda las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y atención de emergencia significa:

Servicios cubiertos para pacientes internados y ambulatorios proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer tales servicios, y que son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia o una condición de salud conductual de emergencia, como los servicios de postestabilización.

Los servicios prestados fuera de los Estados Unidos no son prestaciones cubiertas por el programa STAR Medicaid.

Ejemplos de cuándo es necesario ir a una sala de emergencias:

- Una persona puede morir sin atención médica inmediata;
- Una persona tiene dolores graves en el pecho;
- Una persona no puede respirar o se está asfixiando;

- Una persona se desmayó o tiene un ataque epiléptico;
- Una persona ingirió veneno o sobredosis de droga;
- Una persona sufre una fractura ósea;
- Una persona está sangrando mucho;
- Una persona ha sido atacada (fue violada, apuñalada, herida de bala o golpeada);
- Una mujer está a punto de tener un bebé;
- Una persona tiene una quemadura grave;
- Una persona sufre una reacción alérgica grave o es mordida por un animal;
- Una persona tiene una herida grave en el brazo, la pierna, la mano, el pie o la cabeza;
- Una persona tiene dificultad para controlar su comportamiento y si no es tratada puede ser peligrosa para sí misma o para otras personas.

Si tiene una emergencia, vaya de inmediato a la sala de emergencias más cercana o llame al 9-1-1.

El tiempo de espera en urgencias se basa en sus necesidades médicas determinadas por el servicio de urgencias que le atiende. Atención de emergencia disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Qué debo saber si voy a la sala de emergencias?

Si va a la sala de emergencias, asegúrese de llamar a su proveedor de atención primaria (PCP) lo antes posible. Si usted no puede llamar a su PCP, tal vez puedan hacerlo un familiar o amigo en su nombre.

Si el hospital más cercano no es un hospital de la red de RightCare, es posible que sea trasladado a un hospital de nuestra red cuando esté médicamente estable.

Si va a una sala de emergencias, pero no corre grave peligro, a menudo tendrá que esperar mucho tiempo para recibir atención de un proveedor. En la mayoría de los casos, su proveedor de atención primaria (PCP) podrá atenderlo más rápidamente en su consultorio. Algunas razones por las que **NO** debe ir a la sala de emergencia son:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| • Quemaduras o cortes menores | • Sarpullido |
| • Dolor de oídos | • Quemaduras solares menores |
| • Dolor de garganta | • Dolor de dientes o brote de dientes en bebés |
| • Torceduras y dolores musculares | • Dolor de espalda crónico |
| • Resfriados, tos o gripe | • Resurtidos de medicamentos con receta |
| • Problemas de los senos nasales | • Rotura de un yeso |
| • Problemas de alergia | • Necesidad de que le quiten los puntos |
| • Dolores de cabeza sin importancia | |

En su lugar, llame a su PCP y pida una cita urgente. Si necesita ayuda para programar una cita urgente, llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**. Si un representante del plan de salud le dice que debe tratar de recibir servicios de emergencia, el plan de salud no podrá denegar el pago de dichos servicios.

¿Qué es la postestabilización?

Los servicios de postestabilización son los servicios cubiertos por Medicaid que mantienen estable la condición médica de un miembro después de la atención médica de emergencia.

¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera de la ciudad o de viaje?

Si necesita atención médica estando de viaje, llámenos sin cargo al **1-855-897-4448** y le ayudaremos a encontrar un médico. Si necesita servicios de emergencia estando de viaje, vaya al hospital más cercano y luego llámenos sin cargo al **1-855-897-4448**.

Si tiene una emergencia mientras se encuentra fuera de la ciudad o del Estado, vaya a la sala de emergencias más cercana. Cuando deba estar temporalmente fuera de su hogar, comuníquese de antemano con su PCP para programar citas y obtener recetas en cantidad suficiente para la duración de su viaje. Si se enferma mientras se encuentra fuera de la ciudad, **y no se trata de una emergencia**, sigue estando bajo el cuidado de su PCP. Con la excepción de la atención médica de emergencia, si usted visita a un proveedor fuera de la ciudad, es posible que deba pagar la consulta.

¿Qué debo hacer si estoy fuera del país?

Los servicios médicos brindados fuera del país no están cubiertos por Medicaid.

MÉDICO ESPECIAL (ESPECIALISTA)

Para la mayor parte de la atención médica, su proveedor de atención primaria (PCP) será el único proveedor al que deberá acudir. Pero si usted tiene una afección de salud especial, su PCP puede querer que usted visite a un especialista para que lo atienda. Este especialista ha recibido formación y tiene más experiencia en la atención de determinadas enfermedades, dolencias y lesiones.

¿Qué es una derivación?

La derivación es una aprobación de su PCP para recibir cuidado médico y tratamiento de seguimiento especializados. En general, para consultar a un proveedor especializado de RightCare deberá contar con una derivación. Si usted recibe servicios de un especialista sin tener una derivación de su PCP, o si el especialista no es un proveedor de RightCare, usted posiblemente deba pagar por esos servicios. En algunos casos, un ginecólogo u obstetra puede derivarlo a un especialista.

¿Cuánto tiempo debo esperar para ser atendido por un especialista?

Todos los especialistas de la red de RightCare deberían poder verlo en un plazo de dos (2) semanas para las citas de rutina, y en un plazo de 24 horas para las citas de atención urgente.

¿Qué servicios no necesitan derivación?

Sin embargo, puede recibir algunos servicios sin necesidad de consultar antes a su médico. Estos servicios incluyen:

- Cuidado de emergencia las 24 horas (si considera que se trata de una verdadera emergencia médica)
- Cuidado de la visión de rutina
- Servicios dentales (para niños)
- Atención ginecológica
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios de salud conductual (salud mental) y por abuso de sustancias
- Pasos Sanos de Texas

¿Un especialista puede ser considerado un proveedor de atención primaria (PCP)?

Los miembros con discapacidades, necesidades especiales de atención sanitaria o afecciones crónicas complejas pueden tener asignado un especialista como PCP. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para que le ayuden.

¿Cómo pedir una segunda opinión?

Usted tiene derecho a una segunda opinión de un proveedor de la red RightCare si no le gusta el plan de atención que le ofrece el especialista. RightCare cubrirá los gastos de una segunda opinión. RightCare puede ayudarle a obtener una segunda opinión de un profesional de salud calificado fuera de la red, si no hay ningún proveedor disponible dentro de la red. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para solicitar una segunda opinión. Debe llamarnos para pedir autorización **antes** de obtener una segunda opinión.

PLANES DE INCENTIVOS PARA MÉDICOS

RightCare no puede realizar pagos según un plan de incentivos para médicos si dichos pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos médicamente necesarios para los miembros. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de cuidado primario (el médico principal) forma parte de este plan de incentivo médico. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Para obtener más información, llame al **1-855-897-4448**.

MEDICAMENTOS CON RECETA

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta?

Usted puede obtener recetas a través de STAR Medicaid si visita una farmacia que pertenece a la red de RightCare. Para obtener una lista de medicamentos cubiertos, actualizaciones y limitaciones, visite [Texas Vendor Drug](#). Si tiene preguntas o necesita una lista impresa, llámenos al **1-855-897-4448** o visite nuestra página web en rightcare.swhp.org/en-us/member-home. La lista impresa está disponible sin cargo. Es posible que algunos medicamentos no estén cubiertos a través de STAR Medicaid. Una farmacia de RightCare puede informarle qué medicamentos no están cubiertos y ayudarle a encontrar otro medicamento que sí esté cubierto. También puede preguntarle a su proveedor de atención primaria (PCP) qué medicamentos están cubiertos y cuál es el mejor para usted.

¿Cómo puedo saber qué medicamentos están cubiertos?

RightCare utiliza la lista de medicamentos del Programa de Medicamentos para Proveedores (VDP) del Estado, de la cual su médico puede elegir. Incluye todos los medicamentos cubiertos por Medicaid y CHIP. Visite <https://www.txvendordrug.com/formulary/formulary-search> para buscar en la lista de medicamentos cubiertos de Texas. Para ver la lista de medicamentos preferidos de Texas, visite www.txvendordrug.com/formulary/preferred-drugs. Un medicamento genérico disponible está cubierto si se incluye en la lista de medicamentos cubiertos del VDP. Los medicamentos genéricos son idénticos a los medicamentos de marca aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Algunas recetas requieren aprobación previa. Si un medicamento requiere aprobación previa, su proveedor debe enviar datos clínicos que respalden la necesidad del medicamento. El farmacéutico le notificará si un medicamento recetado por su médico requiere aprobación previa. Si esto ocurre, comuníquese con su proveedor y pídale que envíe a RightCare la solicitud del medicamento y los datos clínicos.

Algunos medicamentos requieren tratamientos escalonados. Un tratamiento escalonado requiere la prueba sin éxito de uno o más medicamentos antes de aprobar el medicamento solicitado. Si el farmacéutico le notifica que su medicamento requiere tratamientos escalonados, comuníquese con su proveedor y pregúntele si puede probar primero los otros medicamentos.

Su receta puede ser dispensada con un suministro para 30 días.

¿Cómo puedo obtener mis medicamentos?

Medicaid cubre la mayoría de los medicamentos que su médico indique que usted necesita. Su médico le extenderá una receta para que pueda llevarla a la farmacia, o tal vez pueda enviarla a la farmacia por usted.

¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?

Visite rightcare.swhp.org/en-us/members/find-a-provider para encontrar un enlace a la lista de farmacias de la red de RightCare. También puede llamarnos al **1-855-897-4448** para que le ayudemos a encontrar una farmacia de la red cerca de usted.

¿Qué debo hacer si voy a una farmacia que no pertenece a la red?

No se cubrirá su beneficio de medicamentos recetados de RightCare en una farmacia a menos que esté en la red de RightCare. La farmacia puede pedirle que pague el medicamento recetado. Llame a RightCare al **1-855-897-4448** si necesita una lista impresa o para que le ayuden a encontrar una farmacia de la red cerca de usted.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Traiga su receta escrita (a menos que haya sido enviada a la farmacia directamente desde el consultorio del proveedor), su tarjeta de beneficios de Texas, su tarjeta de identificación de RightCare o una identificación con foto u otro documento emitido por el Estado. La farmacia utiliza estas tarjetas de identificación para asegurarse de que es miembro de RightCare.

¿Qué debo hacer si necesito que me envíen a casa mis medicamentos?

Hay algunas farmacias en Texas que ofrecen la entrega gratuita de medicamentos recetados a los miembros de Medicaid. Estas farmacias deben tener un acuerdo con RightCare para poder prestar este servicio. Póngase en contacto con su farmacia local para saber si está asociada a RightCare para ayudarle.

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

Podemos ayudarle con esto si lo necesita. Llame a Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448** para obtener ayuda.

¿Qué debo hacer si no puedo obtener los medicamentos que mi médico me recetó?

Si no puede comunicarse con su médico para que le apruebe un medicamento recetado, puede recibir un suministro de emergencia del medicamento para tres días. Para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos, llame a RightCare al **1-855-897-4448**.

¿Qué debo hacer si pierdo un medicamento?

Llame a los Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448** para obtener ayuda. El resurtido de los medicamentos perdidos puede requerir una nueva receta de su proveedor. Necesitaremos que nos dé información sobre lo que ha pasado con sus medicamentos. No todos los medicamentos pueden sustituirse: cuide bien sus medicamentos recetados y guárdelos en un lugar seguro.

¿Va a salir del estado y necesita sus medicamentos?

Asegúrese de prepararse con tiempo y compruebe si hay un proveedor de farmacia RightCare en la zona a la que viaja. Puede encontrar el directorio de farmacias en el sitio web de RightCare en rightcare.swhp.org/en-us/members/find-a-provider.

EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)

¿Qué hago si necesito equipo médico duradero (DME) u otros artículos que normalmente se consiguen en una farmacia?

Medicaid cubre algunos equipos médicos duraderos (DME) y artículos que normalmente se consiguen en una farmacia. RightCare cubre nebulizadores, suministros para ostomía, y otros suministros y equipos cubiertos que sean médicamente necesarios para todos los miembros. Para los niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), RightCare también cubre medicamentos de venta libre recetados que sean médicamente necesarios, pañales, fórmula y algunas vitaminas y minerales.

Llame a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para obtener más información sobre estos beneficios.

SUMINISTROS DE SALUD A DOMICILIO LIMITADOS

Puede obtener un número limitado de suministros de salud a domicilio a través de su farmacia de la red RightCare. No es necesario que adquiera estos suministros en una tienda de equipos médicos duraderos (DME).

PROGRAMA DE BLOQUEO DE MEDICAID

¿Qué es el Programa de Bloqueo de Medicaid?

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede ser asignado al Programa de Bloqueo. Este programa evalúa cómo usted utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid siguen siendo los mismos. Cambiarse a una organización de cuidado administrado (MCO) distinta no cambia su condición en el programa.

Para no ser ingresado al Programa de Bloqueo de Medicaid:

- Elija una farmacia determinada para utilizar todo el tiempo.
- Asegúrese de que su PCP, su dentista principal y los médicos especialistas a los que lo derivan sean los únicos médicos que le recetan medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de distintos médicos.

Para obtener más información, llame a RightCare al **1-855-897-4448**.

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

¿Puedo contar con un intérprete cuando hablo con mi médico?

Sí, RightCare tiene personal que habla inglés y español. Llame a Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**. Le facilitaremos un intérprete para que le ayude a hablar con su proveedor.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Deberá llamar al menos 48 horas (2 días hábiles) antes de su cita.

¿Cómo puedo contar un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?

Si usted tiene una discapacidad auditiva, o es padre de un miembro que tiene una discapacidad auditiva, RightCare puede encargarse de que haya un intérprete para la visita al consultorio de su proveedor. El intérprete que organizamos para usted puede ser alguien que venga al consultorio.

Esa persona puede acompañarlo en el consultorio del médico. Háganos saber si esto es lo que quiere.

TRANSPORTE – PROGRAMA DE TRANSPORTE MÉDICO NO URGENTE (NEMT)

¿Qué son los servicios NEMT?

Los servicios NEMT ofrecen transporte a citas de atención médica no urgente a los miembros que no tienen otras opciones para viajar. Estos viajes incluyen transporte a médicos, dentistas, hospitales, farmacias y otros lugares donde se proporcionan servicios de Medicaid. Los viajes NO incluyen transporte en ambulancia. RightCare se ha asociado con Access2Care para brindar estos servicios a nuestros miembros.

¿Qué servicios son parte de NEMT?

- Pases o boletos para trasladarse, tales como medios de transporte público dentro de una ciudad y entre ciudades o estados, incluso por tren o autobús.
- Servicios de transporte de aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, que es transporte de acera a acera en autobuses privados, furgonetas o sedanes, incluidos los vehículos accesibles a sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso de millas para participantes de transporte individuales (ITP) por un viaje completo y verificado a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted mismo, una persona responsable, un familiar, amigo o vecino.
- Si usted tiene 20 años o menos, tal vez pueda recibir el costo de las comidas asociadas con un viaje de larga distancia para recibir servicios de atención médica. La compensación diaria por comidas es de \$25 por día para el miembro y \$25 por día para un asistente autorizado.
- Si usted tiene 20 años o menos, tal vez pueda recibir el costo de alojamiento asociado con un viaje de larga distancia para recibir servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a pasar la noche y no incluyen las conveniencias utilizadas durante la estancia, como llamadas telefónicas, servicio de habitación o servicio de lavandería.
- Si usted tiene 20 años o menos, quizás pueda recibir fondos anticipadamente para un viaje en reemplazo de servicios autorizados de NEMT.

Si necesita un asistente para viajar con usted a su cita, los servicios de NEMT cubrirán los costos de transporte de su asistente.

Los niños de 14 años o menos deben ir acompañados por uno de sus padres, un tutor u otro adulto autorizado. Los niños de 15 a 17 años deben concurrir en compañía de un padre, tutor u otro adulto autorizado, o bien contar con un consentimiento archivado de uno de sus padres, tutor u otro adulto autorizado que le permita viajar solo. Si el servicio de atención médica es de naturaleza confidencial, no se requiere el consentimiento del padre o la madre.

¿Cómo obtener servicios de transporte?

RightCare le proporcionará información sobre cómo solicitar servicios de NEMT.

Para programar un viaje, comuníquese con nosotros de una de las siguientes maneras:

- Llame al **1-877-447-3101** de 7 a.m. a 7 p.m. hora del centro (excepto los feriados aprobados por el Estado).
- Descargue la aplicación A2C, la aplicación móvil gratuita de Access2Care. La encontrará en las tiendas App Store y Google Play.

Debe solicitar los servicios de NEMT lo antes posible y al menos dos días hábiles antes de necesitarlos. En determinadas circunstancias, usted puede solicitar el servicio NEMT con menos anticipación. Por ejemplo, para que pasen a buscarle después de recibir el alta en un hospital; viajes a la farmacia para retirar medicamentos o suministros médicos aprobados; y viajes por condiciones médicas urgentes. Una condición médica urgente es una afección de la salud que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de las 24 horas.

Si su cita médica es cancelada, debe notificar a Access2Care con anterioridad a cualquier viaje aprobado y programado.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

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

A veces las personas están demasiado enfermas para tomar decisiones sobre su atención de salud. Antes de que esto ocurra, puede hacer un documento de directivas anticipadas, que es una carta en la que dice lo que quiere que ocurra si está muy enfermo. Un documento de Directivas Anticipadas puede ser útil para usted, su familia y su proveedor. Ayuda a su familia al no tener que decidir cómo cuidarle si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo. Si no tiene una directiva avanzada, los miembros de su familia pueden no estar de acuerdo con lo que es mejor para usted. Ayuda a su proveedor, al entregarle directivas para su atención.

¿Qué son las Directivas Anticipadas?

Existen cuatro tipos de directivas anticipadas:

- **Testamento vital** - Un testamento vital indica a su proveedor lo que debe hacer si está demasiado enfermo para decírselo, esto puede incluir su deseo de que le retiren o detengan procedimientos de soporte vital. Su proveedor debe respetar su testamento vital en caso de que usted esté demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención. Esto se activa solo si usted es incapaz de tomar sus propias decisiones.
- **Poder notarial médico** - Poder notarial duradero que le permite a un amigo o familiar (que usted elija) tomar decisiones por usted si no puede hacerlo. Esta persona puede empezar a tomar decisiones por usted cuando sea incapaz de tomar sus propias decisiones médicas debido a cualquier enfermedad o lesión (no solo las que ponen en peligro su vida).
- **Orden de no reanimar (DNR) fuera del hospital** - Una DNR fuera del hospital puede indicar al personal de los servicios de salud de emergencia, al personal de la sala de emergencias del hospital y a otros profesionales de la salud que actúan en un entorno extrahospitalario, que retengan la reanimación cardiopulmonar (RCP) y otros tratamientos de soporte vital.
- **Declaración para el tratamiento de la salud mental** - Una declaración para el tratamiento de la salud mental permite tomar decisiones anticipadas sobre el tratamiento de la salud mental, incluido el uso de medicación psicoactiva, la terapia convulsiva y el tratamiento de emergencia de la salud mental.

Si tiene una Directiva Anticipada, su proveedor conoce sus deseos y se basará en ellos para decidir qué tratamiento de soporte vital usará. Una Directiva Anticipada comienza cuando usted está muy enfermo y dura hasta que la cambie o la cancele. Si cambia o cancela su Directiva Anticipada debe informar a su proveedor.

¿Cómo se prepara una Directiva Anticipada?

Puede hablar con su proveedor sobre una directiva anticipada. Su proveedor puede tener el formulario en su oficina. También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** y le ayudaremos a conseguirlo.

¿QUÉ DEBO HACER SI RECIBO UNA FACTURA DE MI MÉDICO?

Usted nunca debería recibir una factura de su PCP o proveedor de RightCare por servicios cubiertos.

Solo recibirá una factura si usted acepta recibir servicios que no son un beneficio de RightCare. Su proveedor debe indicarle que STAR Medicaid no cubre los servicios antes de que usted sea examinado, y además deben solicitarle que firme un formulario de pago privado.

Si recibe una factura de su PCP o de otro proveedor, llame a Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**. Cuando nos llame, tenga a la mano su tarjeta de identificación y la factura del proveedor. Servicios para Miembros de RightCare le pedirá esta información para ayudarle.

MEDICAID Y EL SEGURO PRIVADO

Usted debe informarle al personal de Medicaid de cualquier seguro de salud privado que tenga. Debe llamar a la línea directa de recursos de terceros de Medicaid y actualizar su expediente de Medicaid en los siguientes casos:

- Su seguro de salud privado se cancela.
- Usted obtiene una nueva cobertura de seguro.
- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros.

Puede llamar sin cargo a la línea directa al **1-800-846-7307**.

Si tiene otro seguro, aún puede calificar para Medicaid. Cuando usted informa al personal de Medicaid sobre su otro seguro de salud, ayuda a garantizar que Medicaid sólo pague lo que su otro seguro de salud no cubre.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden negarle sus servicios porque usted tenga un seguro de salud privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también deben presentar sus facturas a su compañía de seguro de salud privado.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Hay algunos servicios que requerirán que su PCP u otro proveedor de la red se ponga en contacto con RightCare y obtenga permiso para que usted reciba los servicios. La lista completa se adjunta al final de este manual. Algunos de estos servicios son:

- Todas las admisiones en un hospital (excepto en una situación de emergencia, en la que el hospital o los proveedores de admisión deben notificar a RightCare al **1-855-691-SWHP (7947)** tan pronto como sea posible)
- Admisión a un centro de rehabilitación
- Cirugía ambulatoria
- Terapia de rehabilitación (fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional)
- Servicios de salud en el hogar, tales como terapia intravenosa en el hogar
- Derivaciones a proveedores especialistas, excepto ginecólogos/obstetras o proveedores de salud mental
- Servicios de equipo médico duradero que cueste más de \$300

- Uso de ambulancias para transporte médico (y no para transporte de emergencia)
- Solicitud de servicios de un proveedor de cuidado de la salud que no tiene contrato con RightCare
- Otros tipos de tratamiento médico (como hipnosis o masoterapia)

Para la autorización, su proveedor debe utilizar el formulario de solicitud de autorización previa (disponible en rightcare.swhp.org), o puede llamar a Administración Médica al **1-855-691-SWHP (7947)**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. hora del centro.

Si no hay autorización para el servicio, es posible que RightCare no lo pague. Usted tiene derecho a saber el costo de cualquier servicio antes de que usted o su hijo lo reciban. Si usted acepta recibir servicios que RightCare no cubre o no autoriza, quizás deba pagar por ellos.

Su internación en el hospital se revisa todos los días. Los servicios pueden ser revisados después de haber sido brindados o pagados.

GRUPO DE ASESORÍA PARA MIEMBROS

Usted puede ayudar a RightCare a mejorar la forma en que funciona nuestro plan de salud. Contamos con un grupo de asesoría de miembros que ofrece a personas como usted la oportunidad de compartir sus opiniones e ideas con RightCare. En las reuniones, tendrá la oportunidad de hablar sobre la forma en que prestamos los servicios. El grupo de asesoría de miembros se reunirá cuatro (4) veces al año. Pedimos a los miembros, representantes de la comunidad, asesores y personal de RightCare que participen en las reuniones. Allí, usted tendrá la oportunidad de hablar de sus preocupaciones con una variedad de personas. También podrá expresar su opinión de nuestros servicios. Podrá hacer preguntas y compartir cualquier preocupación que tenga sobre la prestación de servicios.

¿Cómo puedo unirme al Grupo de Asesoría para Miembros?

Si desea ser parte de este equipo, llame a Servicios a Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

Los miembros de RightCare tienen tanto derechos como responsabilidades relacionadas con su membresía y cuidado.

Derechos de los miembros:

1. Usted tiene derecho a recibir respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad y a no ser discriminado. Esto incluye el derecho a:
 - a. Ser tratado de manera justa y respetuosa.
 - b. Saber que sus expedientes médicos y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán con carácter privado y confidencial.
2. Usted tiene derecho a tener una oportunidad razonable de elegir un plan de atención médica y un proveedor de atención primaria. Este será el médico o proveedor de atención médica que verá la mayor parte del tiempo y quien coordinará su cuidado. Usted tiene derecho a cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente fácil. Esto incluye el derecho a:
 - a. Recibir información sobre cómo elegir y cambiar su plan de salud y su proveedor de atención primaria.
 - b. Elegir cualquier plan de salud que desee y que esté disponible en su área, y elegir un proveedor de atención primaria de ese plan.
 - c. Cambiar su proveedor de atención primaria.
 - d. Cambiar su plan de salud sin recibir una penalización.

- e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de atención primaria.
3. Usted tiene derecho a hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho a:
 - a. Pedirle a su proveedor que le explique sus necesidades de atención médica y que le informe sobre las diferentes formas en que pueden tratarse sus problemas de atención médica.
 - b. Ser informado de por qué se le negaron y no se le brindó cierta atención o ciertos servicios.
4. Usted tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento y a participar activamente en las decisiones de tratamiento. Esto incluye el derecho a:
 - a. Trabajar como parte de un equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar la atención recomendada por su proveedor.
5. Usted tiene derecho a utilizar cada procedimiento de quejas y apelaciones disponible a través de la organización de cuidado administrado y a través de Medicaid, y a obtener una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales del Estado. Esto incluye los siguientes derechos:
 - a. Presentar una queja a su plan de salud o al programa estatal de Medicaid sobre su atención médica, su proveedor o su plan de salud.
 - b. Obtener una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el procedimiento de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial al programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese procedimiento.
 - e. Solicitar una audiencia imparcial ante el Estado sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese procedimiento.
6. Usted tiene derecho a recibir acceso oportuno a una atención médica que no presente ninguna barrera de comunicación o acceso físico. Esto incluye el derecho a:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Obtener atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto incluye el acceso sin barreras para personas con discapacidades u otras condiciones que limiten la movilidad, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
 - d. Tener intérpretes, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y cuando hable con su plan de salud. Los intérpretes incluyen personas que hablan su idioma nativo, asisten a personas con discapacidad y ayudan a comprender la información.
 - e. Recibir información que pueda comprender sobre las reglas de su plan de salud, lo cual incluye los servicios de atención médica que puede obtener y cómo obtenerlos.
7. Usted tiene derecho a no ser restringido o aislado cuando sea para conveniencia de otra persona, o para obligarlo a hacer algo que no quiere hacer o para castigarlo.
8. Usted tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y demás personas que lo atienden pueden aconsejarle acerca de su estado de salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que ellos le faciliten esta información, aun cuando la atención o tratamiento no sean servicios cubiertos.
9. Usted tiene derecho a saber que no es responsable de pagar por los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros no pueden exigirle que haga copagos o cualquier otro monto por los servicios cubiertos.
10. Usted tiene derecho a obtener información y hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de nuestros miembros.

Responsabilidades de los miembros:

1. Usted debe conocer y comprender cada derecho que tiene dentro del programa de Medicaid. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Conocer y comprender sus derechos dentro del programa de Medicaid.
 - b. Hacer preguntas si no entiende sus derechos.
 - c. Conocer las opciones de planes de salud disponibles en su área.
2. Usted debe cumplir con las políticas y procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Conocer y seguir las reglas del plan de salud y las reglas de Medicaid.
 - b. Elegir rápidamente su plan de salud y un proveedor de atención primaria.
 - c. Realizar cualquier cambio en su plan de salud y cambio de proveedor de atención primaria según las formas establecidas por Medicaid y por el plan de salud.
 - d. Asistir a sus citas programadas.
 - e. Cancelar las citas por adelantado cuando no pueda asistir.
 - f. Ponerse siempre en contacto con su proveedor de atención primaria antes de tratar necesidades médicas que no sean urgentes.
 - g. Asegurarse de contar con la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de visitar a un especialista.
 - h. Comprender cuándo debe y cuándo no debe ir a la sala de emergencias.
3. Usted debe compartir información sobre su salud con su proveedor de atención primaria, otros proveedores y su plan de salud y conocer las opciones de servicios y tratamientos. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con su proveedor sobre sus necesidades de atención médica y hacerle preguntas sobre las diferentes formas en que pueden tratarse sus problemas de atención médica.
 - c. Ayudar a sus proveedores a obtener sus expedientes médicos.
4. Usted debe involucrarse en las decisiones relacionadas con servicios y opciones de tratamiento, debe tomar decisiones personales y debe tomar medidas para mantenerse saludable. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Trabajar como parte de un equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es mejor para usted.
 - b. Comprender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor sobre todos sus medicamentos.
 - f. Seguir los planes e instrucciones de cuidado.

Responsabilidades adicionales de los miembros al utilizar los servicios de transporte médico no urgente (NEMT)

1. Al solicitar los servicios de NEMT, usted deberá proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Usted debe seguir todas las reglas y reglamentaciones que afectan sus servicios de NEMT.
3. Usted deberá devolver los fondos anticipados que no haya utilizado. Antes de recibir fondos anticipados en el futuro, usted deberá haber proporcionado prueba de que asistió a su cita médica.
4. Al solicitar o recibir los servicios de NEMT, usted no deberá abusar o acosar a ninguna persona de manera verbal, sexual o física.
5. Usted no debe extraviar boletos de autobús o fichas y deberá devolver todo boleto o ficha que no haya utilizado. Usted deberá usar los boletos de autobús o fichas solamente para viajar hacia y desde su cita médica.

6. Solo deberá usar los servicios de NEMT para viajar hacia y desde sus citas médicas.
7. Si ha coordinado un servicio de NEMT, pero ocurre algún cambio y ya no lo necesita, deberá comunicarse lo antes posible con la persona que le ayudó a organizar su transporte.

Si usted cree que ha sido discriminado o tratado injustamente, llame sin cargo al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos al **1-800-368-1019**. También puede obtener información sobre la Oficina de Derechos Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos por Internet, ingresando a www.hhs.gov/ocr/.

Información que debe estar disponible anualmente para usted

La siguiente información debe ponerse a disposición de los miembros con carácter anual (requisito de la Ley de Presupuesto Equilibrado). Esto debe realizarse como se indica a continuación:

Como miembro de *RightCare de Scott and White Health Plan*, usted puede solicitar y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red, como los médicos de atención primaria, especialistas y hospitales dentro de nuestra área de servicio. Esta información incluirá nombre, dirección, números de teléfono e idiomas que habla (además del inglés) cada proveedor de la red, así como los nombres de aquellos que no estén aceptando nuevos pacientes.
- Cualquier restricción a su libertad para elegir proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de queja, apelaciones y audiencia imparcial.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. El propósito es asegurarse de que usted comprenda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, lo cual incluye los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios (como servicios de planificación familiar) de proveedores fuera de la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y fuera del horario normal, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - Qué constituye una condición médica de emergencia, qué son los servicios de emergencia y los servicios de postestabilización.
 - El hecho de que usted no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para recibir servicios de cuidado de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, lo cual incluye indicaciones sobre cómo utilizar el sistema telefónico 9-1-1 o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración de su derecho a usar las instalaciones de cualquier hospital u otro lugar para recibir cuidado de emergencia.
 - Las reglas de la postestabilización.
- La política acerca de derivaciones a atención especializada y otros servicios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria.
- Las pautas de cuidado de *RightCare*.
- Llame a *RightCare* al **1-855-897-4448** para obtener copias impresas de información útil. Le enviaremos esta información sin costo para usted en cinco (5) días hábiles:
 - Manual para Miembros
 - Directorio de Proveedores
 - Prácticas de Privacidad
 - Derechos y Responsabilidades de los Miembros

- Cualquier otra información disponible en nuestro sitio web

Aviso de Privacidad

La ley federal requiere que RightCare proteja la privacidad de la información protegida sobre la salud (PHI). Tenemos la obligación de notificarle nuestros deberes legales, las prácticas de privacidad respecto a los usos de la PHI e informarle sobre sus derechos individuales. En este aviso se detallan los propósitos para los cuales RightCare puede utilizar y divulgar la información protegida sobre su salud. En nuestro sitio web, rightcare.swhp.org/privacy-policy/privacy-practice, encontrará una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad. También puede solicitar una copia impresa llamándonos al **1-855-897-4448**.

PROCESO DE QUEJAS

¿Qué debo hacer si tengo una queja?

Nosotros queremos ayudarle. Si tiene una queja, por favor llámenos sin cargo al **1-855-897-4448** para contarnos su problema. Un representante de Servicios para Miembros de RightCare puede ayudarle a presentar su queja. Simplemente llame al **1-855-897-4448**. La mayoría de las veces, podremos ayudarle de inmediato o a lo sumo en unos pocos días.

RightCare le notificará que la ha recibido, la investigará y la resolverá dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que la haya recibido.

¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja?

Usted puede presentar una queja en cualquier momento. La queja puede realizarse por teléfono o en forma escrita:

**RightCare from Scott & White Health Plan
Attn: Complaints and Appeals
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502
1-855-897-4448**

También puede presentar una queja en línea en el portal de autoservicio de RightCare en rightcare.firstcare.com:

- 1) Inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña.
- 2) Elija "Send a Message" (Enviar un mensaje) en el "Message Center" (Centro de Mensajes)
- 3) Seleccione "Complaint" (Queja) en "Message Type" (Tipo de mensaje)

Una vez que recibamos su queja, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando para resolver el problema. Esta carta se enviará por correo dentro de los cinco días hábiles posteriores a la presentación de su queja.

¿Cuánto demorarán en procesar mi queja? ¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja?

Le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión dentro de los 30 días luego de recibir su queja.

Si tiene una queja sobre una emergencia o una hospitalización actual, resolveremos su queja lo antes posible, según la urgencia de su caso, a más tardar un (1) día hábil a partir de la recepción de su reclamación.

¿Qué debo hacer si no estoy satisfecho con el resultado de mi queja?

Si considera que RightCare no le dio la respuesta adecuada a su queja, puede presentar su reclamación ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC).

Cómo presentar una queja ante la HHSC

Una vez que haya seguido el procedimiento de quejas de RightCare, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando sin cargo al **1-866-566-8989**. Si usted desea presentar su queja por escrito, por favor envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247
Fax: 1-888-780-8099

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su queja a través del sitio web: hhs.texas.gov/managed-care-help.

PROCESO DE APELACIONES Y DETERMINACIONES DE COBERTURA

Determinaciones de cobertura

Los Directores Médicos de RightCare hacen todas las denegaciones de servicios luego de revisar la información médica proporcionada por el proveedor. Toda persona que toma decisiones con respecto a servicios lo hace únicamente en función de la idoneidad de la atención y los servicios. No se otorgan recompensas a partir de la revisión o denegación de los servicios. RightCare no ofrece dinero ni recompensas a los proveedores u otras personas que toman decisiones sobre los servicios.

¿Qué debo hacer si mi médico me receta un servicio cubierto, pero RightCare lo rechaza o lo limita?

Puede haber ocasiones en que el Director Médico de RightCare niegue servicios o medicamentos. Cuando esto ocurre, puede apelar esta decisión. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para saber más.

¿Cómo puedo saber si los servicios han sido rechazados?

RightCare le enviará una carta que le informe que los servicios fueron denegados o limitados.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Usted puede apelar una decisión si los servicios cubiertos de Medicaid son denegados por falta de necesidad médica. Usted puede apelar una denegación si considera que RightCare:

- Denegó la cobertura de un servicio que usted cree que debería estar cubierto;
- Suspendió un servicio que usted cree necesario;
- No pagó por los servicios (total o parcialmente);
- Limitó la solicitud de un servicio cubierto.

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una apelación?

Usted dispondrá de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de la carta de denegación para enviarnos una apelación. Usted o su proveedor pueden apelar verbalmente o por escrito.

Le enviaremos una carta dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de su apelación, para informarle que la hemos recibido. También le indicaremos qué otra información puede enviarnos. Puede enviarnos pruebas, afirmaciones de hecho o leyes que respalden su apelación, en persona o por escrito.

Completaremos la revisión de la apelación estándar dentro de los treinta (30) días posteriores a su solicitud oral o escrita. Cada apelación se investiga de inmediato. Usted, o su representante, y su médico recibirán una carta que explicará la decisión final de nuestra revisión interna dentro de los 30 días calendario de su solicitud oral o escrita. Si se rechaza su apelación, la carta explicará la razón por la que fue rechazada y se le informará cómo apelar al siguiente nivel.

Si el período será mayor, le notificaremos por teléfono y luego por notificación escrita de la razón para la demora (a menos que usted haya solicitado el aplazamiento) dentro de los dos (2) días calendario. El período solamente puede extenderse hasta 14 días. Si necesitamos más información, nos comunicaremos con su médico.

Si desea apelar la denegación de un servicio que no es un beneficio cubierto, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Estado. Para informarse sobre cómo presentar una queja ante nosotros o ante el Estado, consulte la sección anterior sobre procedimientos de queja.

¿Cómo puedo solicitar la continuación de los actuales servicios autorizados?

Si está recibiendo servicios que están siendo dados por terminados, suspendidos o reducidos, debe presentar una apelación a más tardar:

- Diez (10) días hábiles después de que RightCare le haya enviado por correo la notificación de la negativa (usando como referencia la fecha del estampillado postal); o
- En la fecha de la entrada en vigencia de la fecha propuesta para dar por finalizado, suspendido o reducido el servicio
- Si ya está recibiendo servicios, puede solicitar su continuación hasta tanto usted obtenga el resultado de su apelación. Es posible que deba pagar por esos servicios si se confirma la decisión.

Llame a RightCare al **1-855-897-4448** para más información.

¿Puede un representante de RightCare ayudarme a presentar una apelación?

Sí. Un asesor de Servicios para Miembros de RightCare puede orientarle durante el proceso de apelación. Contacte a los Servicios para Miembros al **1-855-897-4448** para solicitar ayuda.

¿Es necesario presentar mi solicitud por escrito?

No. Si desea apelar una decisión, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**. También puede enviar su apelación por escrito. Si necesita ayuda, RightCare puede ayudarle a redactar su apelación solicitando los servicios de un Asesor de Miembros. Su apelación por escrito debe ser enviada por correo a:

RightCare de Scott & White Health Plan
Attn: Complaints and Appeals
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502

PROCESO DE APELACIÓN DE EMERGENCIA

¿Qué es una apelación de emergencia?

La apelación de emergencia se realiza cuando el plan de salud debe tomar una decisión rápida debido a una condición de salud, si el tiempo que demora una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

¿Cómo solicito una apelación de emergencia?

Puede solicitar una apelación de emergencia llamando a Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**.

¿Es necesario presentar mi solicitud por escrito?

No, debe presentar su solicitud de apelación de emergencia de manera oral a Servicios para Miembros de RightCare al **1-855-897-4448**. También puede solicitar una apelación acelerada por escrito, pero podemos ayudarle más rápidamente si nos llama por teléfono.

¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?

Si su apelación de emergencia se refiere a una emergencia en curso o a la denegación para permanecer en el hospital, RightCare revisará su caso y se comunicará con usted en el plazo de un (1) día hábil después de recibir su solicitud. Otras apelaciones de emergencia se decidirán dentro de las 72 horas.

Si usted solicita una extensión, este proceso puede extenderse hasta 14 días, o si RightCare le explica la necesidad de una extensión y cómo le conviene solicitarla. Si la apelación acelerada es extendida, usted recibirá una carta.

¿Qué ocurre si RightCare rechaza mi pedido de apelación de emergencia?

Si RightCare decide que su apelación no necesita ser de emergencia, se lo informará inmediatamente. Igualmente, la apelación se evaluará, pero la decisión podría demorarse hasta 30 (treinta) días.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

Usted puede discutir su solicitud de una apelación de emergencia con los Servicios para Miembros de RightCare llamando al **1-855-897-4448**. Las solicitudes de apelación de emergencia se toman muy en serio. RightCare desea asegurarse de que usted reciba la atención que sea médicamente necesaria.

Un asesor de Servicios para Miembros de RightCare puede orientarle durante el proceso de apelación de emergencia. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-855-897-4448**.

AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial ante el Estado?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, tiene derecho a pedir una audiencia imparcial ante el Estado. Usted puede nombrar a una persona para que lo represente escribiendo una carta a DHP para informarle el nombre de esa persona. Su proveedor también puede actuar como su representante. Si quiere objetar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial ante el Estado dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta en la que el plan de salud indica su decisión de apelación interna. Si usted no pide la audiencia dentro de esos 120 días, es posible que pierda su derecho a solicitarla. Para solicitar una audiencia imparcial ante el Estado, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud a la siguiente dirección:

RightCare from Scott & White Health Plan
Attn: Fair Hearing Request
1206 West Campus Drive
Temple, Texas 76502

O bien llame al **1-855-897-4448**.

Usted tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que su plan de salud haya rechazado o reducido, por lo menos hasta que se tome la decisión final en la audiencia, para lo cual debe solicitar una audiencia imparcial ante el Estado antes de la última de las siguientes fechas: (1) 10 días calendario luego de la fecha en que el plan de salud envió por correo la carta de decisión de apelación interna, o (2) la fecha en que la carta de decisión de apelación interna de su plan de salud dice que su servicio será reducido o finalizado. Si usted no solicita una audiencia imparcial ante el Estado antes de esa fecha, el servicio que el plan de salud denegó será suspendido. Si usted solicita una audiencia imparcial ante el Estado, recibirá un paquete de información donde le indicarán la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales ante el Estado se realizan por teléfono. En ese momento, usted o su representante podrán explicar por qué usted necesita el servicio que el plan de salud rechazó. La HHSC dictará una decisión final dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de solicitud de la audiencia.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial de emergencia ante el Estado?

Si considera que esperar una audiencia imparcial ante el Estado pondría en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para lograr, conservar o recuperar su funcionalidad máxima, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial de emergencia ante el Estado por escrito o llamando a RightCare. Para calificar para una audiencia imparcial de emergencia ante el Estado a través de la HHSC, primero deberá completar el proceso de apelación interna de RightCare.

INFORMACIÓN DE REVISIÓN MÉDICA EXTERNA

¿Un miembro puede solicitar una Revisión Médica Externa?

Si como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, el Miembro tiene derecho a pedir una revisión médica externa. Una Revisión Médica Externa es un paso extra opcional que el miembro puede tomar para que su caso sea revisado antes de que ocurra la audiencia imparcial ante el Estado. El miembro puede nombrar a alguien para que lo represente al contactar al plan de salud y darle el nombre de la persona que el miembro desea que lo/la represente. Un proveedor también puede actuar como representante del miembro. El miembro o su representante deben solicitar la revisión médica externa dentro de los 120 días desde la fecha en que el plan de salud le envía por correo una carta con la decisión de apelación interna. Si el miembro no solicita una revisión médica externa dentro de los 120 días, este puede perder su derecho a dicha revisión. Para solicitar una revisión médica externa, el miembro o el representante del miembro pueden:

- Completar el Formulario de solicitud de Revisión Médica Externa y Audiencia Imparcial ante el Estado que se brinda como un adjunto a la Notificación del miembro de la carta de decisión de apelación interna de la Organización de Cuidado Administrado (MCO) y enviarla por correo o fax a RightCare usando la dirección o número de fax en la parte superior del formulario;
- Llame a la MCO al **1-855-897-4448**.
- Envíe un correo electrónico a la MCO a hpappealsandgrievances@bswhealth.org.

Si el miembro solicita una revisión médica externa dentro del plazo de 10 días a partir de la fecha en que recibe la decisión sobre la apelación del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado, basándose en los servicios autorizados previamente, al menos hasta que se tome la decisión de la audiencia imparcial ante el Estado. Si el miembro no solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días del momento en que el

miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, el servicio que el plan de salud denegó será interrumpido.

El miembro puede retirar la solicitud de una revisión médica externa antes de que sea asignada a una Organización de Revisión Independiente o mientras la Organización de Revisión Independiente está revisando la solicitud de revisión médica externa del miembro. Una Organización de Revisión Independiente es una organización de terceros contratada por HHSC que conduce una revisión médica externa durante los procesos de apelación de miembros relacionados con determinaciones adversas de beneficios basadas en una necesidad funcional o médica. No se puede retirar una revisión médica externa si una Organización de Revisión Independiente ya ha completado la revisión y ha tomado una decisión.

Una vez que se reciba la decisión de Revisión Médica Externa, el miembro tiene derecho a retirar la solicitud de una Audiencia Imparcial ante el Estado. El miembro puede retirar la solicitud de la audiencia ya sea oralmente o por escrito, comunicándose con el oficial de audiencias indicado en el Formulario 4803, Aviso de Audiencia.

Si el miembro continúa con una Audiencia Imparcial ante el Estado y la decisión de dicha audiencia es diferente a la decisión de la Organización de Revisión Independiente, la decisión final es la de la Audiencia Imparcial ante el Estado. La decisión de la Audiencia Imparcial ante el Estado solo puede mantener o aumentar los beneficios del miembro de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una Revisión Médica Externa de emergencia?

Si considera que esperar una revisión médica externa estándar pondría en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para lograr, conservar o recuperar su funcionalidad máxima, usted o su representante legal pueden solicitar una Revisión Médica Externa de emergencia y una Audiencia Imparcial de Emergencia ante el Estado por escrito o llamando a RightCare. Para calificar para una Revisión Médica Externa de emergencia y una Audiencia Imparcial de Emergencia ante el Estado a través de la HHSC, primero deberá completar el proceso de apelación interna de RightCare.

DENUNCIAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE

¿Desea denunciar malgasto, abuso o fraude?

Si usted cree que un médico, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está haciendo algo malo, infórmenos. Eso podría ser malgasto, abuso o fraude, lo cual es ilegal. Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien:

- Recibe un pago por servicios que no fueron dados o no eran necesarios.
- Está mintiendo sobre su condición médica para recibir tratamiento.
- Deja que otra persona use su tarjeta de identificación de Medicaid.
- Usa la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona.
- Está mintiendo sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para obtener beneficios.

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, elija una de las siguientes opciones:

- Llame a la línea directa de la Fiscalía General (OIG) al **1-800-436-6184**;
- Visite oig.hhs.texas.gov/ y haga clic en la casilla llamada "Report Fraud" (Denunciar fraude) para completar un formulario por Internet.
- O puede informar directamente a su plan de salud llamando a la línea de ayuda para el cumplimiento de la normativa al 1-888-484-6977 o visitando app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp:

RightCare de Scott & White Health Plan
Attn: Compliance Officer
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502
Teléfono: 1-888-484-6977
Email: HPCOMPLIANCE@BSWHealth.org
Visite: app.mycompliancereport.com/MCR?cid=swhp

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, reúna la mayor cantidad de información posible.

- Al denunciar a un proveedor (médico, dentista, consejero, etc.) incluya los siguientes datos:
 - El nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
 - El nombre y dirección del centro (hospital, hogar de descanso, agencia de servicios de salud en el hogar, etc.)
 - El número de Medicaid del proveedor o centro (si lo conoce)
 - El tipo de proveedor (médico, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.)
 - El nombre y número de teléfono de otros testigos que puedan colaborar en la investigación.
 - Las fechas de lo ocurrido
 - Un resumen de lo sucedido
- Al reportar a una persona que recibe beneficios, incluya lo siguiente:
 - Nombre de la persona
 - La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o número de caso (si lo tiene)
 - La ciudad en la que vive la persona
 - Detalles específicos del malgasto, abuso o fraude

AUTORIZACIONES PREVIAS

**Algunos servicios requieren una autorización previa
Visite RightCare.swhp.org para más información**

***Todas las solicitudes de médicos, hospitales y servicios auxiliares fuera de la red requieren autorización previa. No están permitidas las derivaciones de un especialista a otro.
Los miembros deben ser remitidos primero al PCP.***

Ayuda adicional para miembros de STAR

Disponible sin cargo para los miembros que califican



Mindoula: Herramienta de salud conductual

¿Quiénes califican?

Los miembros activos de RightCare STAR califican, dependiendo de ciertas condiciones. Mindoula se comunicará con usted si califica.

¿Cómo puede ayudar Mindoula?

Mindoula es un proveedor de gestión de la salud conductual que ofrece gestión de casos y atención médica 24/7 (servicios digitales), así como apoyo psiquiátrico para miembros con desafíos de salud conductual y múltiples necesidades médicas.

Programas ofrecidos a través de Mindoula:

- Programa de Reducción de la Violencia Interpersonal (IVRP)
- Programa de Prevención del Suicidio (SPP)
- Programa de embarazo expuesto (SEPP) a trastornos por consumo de sustancias (SUD)
- Programa de Vida Expuesta a Sustancias (SELP)

Scrubbing In

¿Qué es Scrubbing In?

Consejos de bienestar semanales para todas las etapas de la vida, para ayudarle a usted y a su familia a mantenerse sanos y saludables. Siga el enlace en la página de miembros en RightCare.swhp.com o descargue la aplicación MyBSWHealth para leer en su teléfono.

Recursos de FindHelp: Encuentre recursos locales gratuitos o de costo reducido

¿Qué puede hacer FindHelp?

Encuentre recursos locales gratuitos o de costo reducido para ayudar en:

- Asistencia para el cuidado de niños
- Alquiler
- ¡Y más!
- Comida
- Servicios sociales

¿Cómo puedo acceder a FindHelp?

Acceda a FindHelp en el portal para miembros, en las opciones Wellness & Community (Bienestar y Comunidad) y Connect to Local Resources (Conéctese con Recursos Locales). También puede acceder en BSWHealthPlan.Findhelp.com.

El poder de elegir

Cuando necesite atención médica, usted tiene opciones.



LÍNEA DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS

¿Tiene alguna pregunta médica? ¿No está seguro de si debe consultar a un médico? ¡Pregúntele a una enfermera!

Llame al número indicado en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro y podrá obtener la información que necesita, en cualquier momento del día o de la noche.



CUIDADO VIRTUAL

Reciba atención médica desde la comodidad de su hogar utilizando su teléfono, tableta o computadora.

Es una manera rápida y fácil de recibir tratamiento para problemas como alergias, infección de vejiga, resfriados, gripe, conjuntivitis, sinusitis, problemas estomacales o infecciones por hongos. Elija MyBSWHealth o Teladoc para recibir atención médica. Teladoc también ofrece tratamientos para la ansiedad, la depresión y otras afecciones de salud mental en horarios determinados.



MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Si no necesita atención médica de inmediato, llame a su médico para programar una visita.

Para condiciones médicas como asma, gestión de la diabetes, dolor de oídos, presión arterial alta, dolores de cabeza, tratamientos preventivos, torceduras, etc.



CLÍNICAS SIN CITA PREVIA

Citas para el mismo día cuando su médico no está disponible.

Para condiciones médicas como asma, infección de vejiga, dolor de oídos o sinusitis, gripe, dolor de garganta o esguinces. Encuentre una clínica en su red visitando RightCare.SWHP.org.



ATENCIÓN DE URGENCIA

Cuando no se trata de una emergencia, pero necesita atención práctica y no puede esperar a tener una cita.

Las clínicas de atención de urgencias pueden ofrecer tiempos de espera más cortos que una sala de emergencias. Para condiciones médicas como dolor de espalda, cortes menores con posibles puntos de sutura, torceduras, dolor de oídos, quemaduras menores o lesiones oculares menores. Encuentre un centro de atención de urgencias en su red visitando RightCare.SWHP.org.



SALA DE EMERGENCIAS

Para cualquier afección que usted considere un peligro para su vida.

Llame al 911 o visite a la sala de emergencias si tiene condiciones médicas como dolor de pecho, cortes o heridas profundas, dificultad para respirar, envenenamiento, sobredosis y comportamiento suicida, dolor abdominal, tos o vómitos con sangre, quemaduras graves, lesiones graves en la cabeza, pérdida repentina del equilibrio, cambios en la visión, debilidad muscular facial, debilidad en brazos o piernas.



RIGHTCARE



TEXAS
Health and Human
Services

¿CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA?

¿No está satisfecho con los servicios de Medicaid o de su plan médico? Háganoslo saber. Usted puede presentar una queja para explicarnos su situación. Haga lo siguiente:

Paso 1: Llame a su plan médico

Generalmente pueden ayudarle con mayor rapidez.



Scott & White
HEALTH PLAN
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

RIGHTCARE

855-897-4448

Si no tiene un plan médico, llame a la línea de ayuda de Medicaid al

800-335-8957.

Paso 2: Si todavía necesita ayuda...

Llame a la Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos:

866-566-8989

de lunes a viernes
de 8 a.m. a 5 p.m.
(hora del centro).



Llene este

formulario

en línea

<http://bit.ly/ComplaintSubmission>



El equipo del ombudsman puede ayudar a resolver problemas con su cobertura de Medicaid. Si la situación es urgente, el equipo atenderá su queja lo antes posible.

Lo que debe esperar

- › Se le devuelve la llamada en el plazo de **un día hábil**
- › Se empieza a tramitar su queja
- › Se le contacta cada **cinco días hábiles** hasta que la situación se resuelva
- › Se le explica lo que pasó y lo que quizás deba hacer

Cuando llame, tenga a la mano:

- El número de identificación de Medicaid
- Su nombre, fecha de nacimiento y dirección

Si se trata de un problema con su médico, sus medicamentos o su equipo médico, tenga a la mano:

- El número telefónico de su médico, farmacia o compañía de equipo médico
- Documentación relacionada con su queja como cartas, facturas o recetas médicas

Se le llama

su queja como

Visite nuestro sitio web: bit.ly/MedicaidCHIPContacts

Esté al pendiente de los signos de una urgencia materna.

Podría salvarle la vida.

Una guía para familiares y amigos.

HEAR[®]
ESCÚCHELA
TEXAS

¿Cómo puede usted ayudar?

Si una mujer que está embarazada o lo estuvo recientemente dice que le preocupa algo de su salud, tómese el tiempo para escucharla. Usted puede ayudar a salvarle la vida escuchándola y actuando rápidamente.

- Conozca los signos de una urgencia materna.
- Escuche lo que le preocupa.
- Anímela a comunicarse con su profesional de salud si siente que algo no está bien. Si ella está experimentando algún signo de urgencia materna (es decir los síntomas que significan un posible problema grave de salud), debe recibir atención médica de inmediato.
- Ofrezca ir con ella para recibir atención médica y ayudarla a hacer preguntas.
- Tome notas y ayúdela a hablar con un profesional de salud para obtener el apoyo que necesita.
- Pida un traductor si no habla el mismo idioma que su profesional de salud.
- Acompañela a las citas de seguimiento. Esté al pendiente de cómo se siente ella.

Signos de una urgencia materna.

Si alguien que está embarazada o que lo estuvo hace menos de un año tiene alguno de estos síntomas, debe recibir atención médica de inmediato.

- Dolor de cabeza que no desaparece o empeora con el tiempo
- Mareos o desmayos
- Pensamientos de hacerse daño o hacerle daño a su bebé
- Cambios en la visión
- Fiebre de 100.4°F (38°C) o más
- Hinchazón extrema de las manos o la cara
- Dificultad para respirar
- Dolor de pecho o palpitaciones del corazón
- Náuseas y vómitos intensos (*distintos a las náuseas matutinas*)
- Dolor de vientre que no se le quita
- El bebé deja de moverse o se mueve menos en el vientre
- Sangrado o expulsión de líquido por la vagina durante el embarazo
- Sangrado abundante o expulsión de líquido con mal olor, por la vagina, después del embarazo
- Hinchazón, enrojecimiento o dolor en la pierna
- Cansancio extremo

Esta lista no contiene todos los síntomas que puede tener una mujer durante o después del embarazo. Conozca más sobre los signos de una urgencia materna en dshs.texas.gov/EscuchelaTX

Escuche sus inquietudes: durante y después del embarazo

Las complicaciones pueden ocurrir durante el embarazo y hasta un año después. Si su familiar o amiga le dice que siente que algo no está bien, apóyela. Ayúdela a obtener la atención y las respuestas que necesita. Esté al pendiente de los signos de una urgencia materna. Estos síntomas pueden indicar un problema médico más grave. Busque atención médica inmediata si experimenta estos síntomas. Use estas frases como guía para conversar:

Durante el embarazo

- Con todos los cambios por los que estás pasando, es difícil saber lo que es normal. Si hay algo que te preocupa, lo mejor es que te revisen.
- Es importante que le avisemos a tu profesional de salud y nos aseguremos de que todo esté bien.
- Cuenta con mi apoyo. Hay que hablarle a tu profesional de salud para que recibas la atención que necesitas.

Después del embarazo

- Es normal sentirse cansada y tener algo de dolor después de dar a luz, pero nadie conoce mejor su cuerpo que tú. Si algo te preocupa, habla con tu profesional de salud.
- Aunque tu nuevo bebé necesita muchos cuidados, también es importante que te cuides tú.
- No estás sola. Te escucho. Hay que hablarle a tu profesional de salud para que recibas la atención que necesitas.

HEAR[®]
ESCÚCHELA
TEXAS

Conozca más sobre cómo apoyarla durante y después del embarazo en dshs.texas.gov/EscuchelaTX

HEAR, Hear Her Concerns and Escuchela son marcas registradas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Texas Department of State
Health Services





RIGHTCARE

Access2Care



Access2Care proporciona transporte médico que no es de emergencia (NEMT) para los miembros que no tienen otras opciones de transporte.

Con Access2Care, usted puede hacer lo siguiente:

- Programar viajes de ida/vuelta o de ida y vuelta a:
 - Visitas de atención primaria
 - Fisioterapia
 - Citas dentales
 - Recogidas en farmacias
- Programar viajes repetidos
- Configurar "ubicaciones guardadas" (hogar, médico, etcétera).
- Llevar a un acompañante con usted sin costo adicional

3 maneras fáciles de programar viajes:

1. En la aplicación Access2Care, disponible en Google Play® o App Store®
2. En línea en [Access2Care.com](https://www.access2care.com)
3. Por teléfono al 1.833.779.3105, las 24 horas del día, los 365 días del año

¡Regístrese en la aplicación móvil hoy!

Para registrarse, tenga esta información a mano:



- Identificación de miembro
- Dirección de correo electrónico
- Nombre y apellido
- Código postal
- Fecha de nacimiento

Consejos:

- Solicite los servicios lo antes posible, al menos dos días hábiles antes de que los necesite.
- Los servicios de ambulancia no están incluidos en este programa.

Su información.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de Baylor Scott & White Health (“BSWH”) y de los miembros de su Entidad cubierta afiliada (“BSWH ACE”, por sus siglas en inglés), además de cómo podríamos usar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede acceder a su información médica. Una Entidad cubierta afiliada (o “ACE”) es un grupo de entidades cubiertas, proveedores de atención médica y planes de salud, bajo control o posesión común, que se consideran a sí mismos como una sola entidad para fines de cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (“HIPAA”).

Los miembros de la BSWH ACE comparten información médica protegida entre sí para fines de tratamiento, pagos y trámites de atención médica de la BSWH ACE, como lo permite la ley HIPAA y este Aviso. Visite nuestro sitio web en [BSWHealth.com/PrivacyMatters](https://www.bswhealth.com/PrivacyMatters) para ver una lista actualizada de miembros de BSWH ACE. Esta lista también está disponible a petición ya sea en nuestras instalaciones como por medio de nuestro número sin cargo 1.866.218.6920.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico

- Usted puede pedirnos ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información médica que tenemos. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica de acuerdo con los requisitos estatales y federales pertinentes. Podríamos cobrar un cargo razonable basado en el costo.
- Usted puede revocar una autorización otorgada para usar o divulgar su información médica, salvo en la medida en que ya hemos tomado alguna acción sobre la base de esa autorización. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**

Pedirnos que corriamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corriamos la información médica suya que crea que no sea correcta o esté incompleta. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Aunque podremos denegar su solicitud, le indicaremos el motivo de la denegación por escrito dentro de un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono celular, de la casa o de la oficina) o enviarle correo a una dirección diferente. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o divulgamos

- Usted puede pedirnos que **no** usemos ni divulguemos cierta información médica para fines de tratamiento, pagos o nuestras operaciones. No tenemos que aceptar su petición. Por ejemplo, podríamos denegarlo si se pudiera ver afectada su atención médica. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Si usted paga por un servicio o atención médica en su totalidad de su propio bolsillo, puede pedirnos que no divulguemos información para fines de pagos o de nuestras operaciones a su aseguradora. Aceptaremos esta solicitud salvo si la ley nos exige divulgar esa información.

Obtener una lista de aquellos a quienes hemos divulgado información

- Usted puede pedirnos una lista (recuento) de las veces que hemos divulgado su información médica en los seis años previos a la fecha de su solicitud, a quién se la hemos divulgado y por qué. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Incluiremos todas las divulgaciones salvo aquellas que traten sobre tratamiento, pagos y trámites de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (por ejemplo, las que usted nos haya pedido hacer). Proporcionaremos un recuento al año gratuitamente, pero cobraremos un cargo razonable basado en el costo si nos pide otro dentro de un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este Aviso de privacidad

- Puede pedir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibirlo electrónicamente.
- También puede ver una copia de este Aviso en nuestros **sitios web**.

Seleccionar a alguien para que actúe por usted

- Si le ha otorgado a alguien un poder legal para la atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que esa persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar alguna acción.

Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad se han violado

- Puede presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad se han violado, comunicándose con nosotros por medio de la Oficina de Cumplimiento de HIPAA (en inglés, Office of HIPAA Compliance) con la información de contacto a continuación.
- También puede presentar una queja enviando una carta al Departamento de Salud y Servicios Humanos a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o bien, llamar al 1.877.696.6775 o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Hospital o clínica

Para obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico, comuníquese con el departamento de **Health Information Management** en el **hospital** o la clínica ambulatoria directamente donde recibió atención médica.

Si tiene preguntas u otras quejas, también puede comunicarse con la **clínica ambulatoria** directamente o el departamento **Patient Relations Department** en el **hospital** donde recibió atención médica llamando al número sin cargo **1.866.218. 6919**.

Oficina de Cumplimiento de HIPAA

Si tiene alguna solicitud relacionada con una autorización, enmienda, comunicación confidencial, restricción, lista de aquellos a quienes hemos divulgado información, revocación de una autorización, optar por participar o no en el intercambio electrónico de información médica o presentar una queja, comuníquese con nosotros de la siguiente manera:

1.866.218.6920 (sin cargo), o **BSWHealth.com/PrivacyMatters** o BSWH Office of HIPAA Compliance
301 N. Washington Avenue, Dallas, TX 75246.

Plan de salud

Para obtener una copia electrónica o impresa de la información médica que tengamos sobre usted o si tiene preguntas u otras quejas relacionadas con la cobertura del plan de salud, comuníquese con la línea de defensa de consumidores (Customer Advocacy) de la siguiente manera:

1.800.321.7947 Scott and White Health Plan (“SWHP”) y comercializada también como Baylor Scott & White Health Plan y Baylor Scott & White Insurance Company; o bien **1.800.884.4901 FirstCare** o **1.855.897.4448 RightCare** o 1206 West Campus Drive, Temple, TX 76502, ATTN: Customer Advocacy.

Con respecto a cierta información médica, puede decirnos las opciones que desea acerca de lo que podremos divulgar.

Usted tiene derecho a pedirnos que:

- Divulguemos información a su familia, amistades allegadas u otras personas involucradas en sus cuidados
 - Divulguemos información en una situación de desastre
 - Incluyamos su información en un directorio del hospital
- Si no nos puede decir su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos proceder y divulgar su información si creemos que es por su propio bien. También podríamos divulgar su información cuando sea necesario para mitigar algún peligro grave e inminente para su salud o seguridad.**

Nunca divulgaremos su información a menos que usted nos dé un permiso por escrito para hacerlo:

- Para fines de mercadeo
- Para vender su información, ya que esta actividad está definida en virtud de HIPAA
- En la mayoría de los casos para divulgar las notas de psicoterapia

Recaudación de fondos:

- Podríamos comunicarnos con usted sobre actividades de recaudación de fondos, pero usted nos puede pedir que no lo hagamos.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o divulgamos generalmente su información médica? Por lo general usamos o divulgamos su información médica de las siguientes maneras:

Tratamiento

- Podemos usar su información médica y divulgarla a otros profesionales que le estén dando tratamiento y para recomendar tratamientos alternativos, coordinar la atención médica y sobre lugares alternativos de atención médica.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información médica para administrar nuestra organización y mejorar los cuidados de los pacientes/miembros.
Por ejemplo: Podemos usar y divulgar su información médica para apoyar programas y actividades dirigidos a mejorar la calidad de los servicios de tratamiento y proporcionar servicio al cliente. Por ejemplo, podríamos combinar la información médica de muchos pacientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios o tratamientos dirigidos a mejorar la calidad de la atención de los pacientes.

Facturar nuestros servicios

- Podemos usar y divulgar su información médica para cobrar y obtener el pago de planes médicos o de otras entidades.
Por ejemplo: Daremos información sobre usted a su seguro médico para que dicho seguro pague por sus servicios.

Recibir pagos adeudados

- Podemos usar y compartir su información médica para el pago de las primas pagaderas a nosotros, determinar su cobertura y para el pago por los servicios de atención médica que reciba.
Por ejemplo: Podríamos decirle a un médico que usted califica para una cobertura y qué porcentaje de la factura podría tener cobertura.

Suscribir seguros médicos

- Podríamos usar o divulgar su información médica para la emisión de seguros; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para estos fines.

¿De qué manera usamos o divulgamos su información médica?

Estamos autorizados o requeridos a divulgar su información de otras maneras, generalmente en formas que contribuyan al bienestar público, como de las maneras indicadas a continuación. Tenemos que cumplir con ciertas condiciones establecidas por la ley antes de que podamos divulgar su información para estos fines. Para obtener más información: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Salud y seguridad pública	Podemos divulgar su información médica en ciertas situaciones, como por ejemplo, para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir enfermedades • Contribuir a las retiradas de productos del mercado • Informar reacciones adversas a medicamentos • Informar presuntos actos de maltrato, abandono o violencia doméstica • Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de una persona
Inmunizaciones de estudiantes	Podríamos revelar un comprobante de las inmunizaciones de su hijo a las escuelas si usted nos lo permite verbalmente o por escrito.
Investigación	Podemos usar o divulgar su información para fines de investigación médica en ciertas circunstancias.
Cumplimiento con la ley	Divulgaremos información sobre usted si las leyes o los reglamentos estatales, federales o locales lo requieren, así como al Departamento de Salud y Servicios Humanos si dicho departamento desea ver cómo estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.
Donación de órganos y tejidos	Podemos divulgar información médica sobre usted a organizaciones que procuran órganos.
Médicos forenses o directores de funerarias	Podríamos divulgar información médica a médicos forenses, personas encargadas del análisis de cadáveres o directores de funerarias cuando muere una persona.
Solicitudes de compensación a los trabajadores y otras solicitudes del gobierno	Podemos usar o divulgar su información médica para los siguientes fines: <ul style="list-style-type: none"> • Reclamaciones de la compensación a los trabajadores • Procesos para el cumplimiento de la ley o con un funcionario de la policía • Agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley • Funciones especiales del gobierno, como para los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
Proveedores de servicio	Podríamos divulgar información médica sobre usted a proveedores de servicio que nos asisten y que tienen la misma obligación contractual para salvaguardar la información.
Información sin identificación incluida	Podríamos usar información médica sobre usted para crear información sin incluir su identificación. Esta es información que ha atravesado por un proceso riguroso para que el riesgo de identificarle sea mínimo. Una vez que se han eliminado los datos de identidad de la información médica de conformidad con la HIPAA, la podríamos usar o divulgar por diversos fines, como para la investigación o desarrollo de nuevas tecnologías de atención médica, y por lo tanto, la información sin identificación incluida no estaría sujeta a este Aviso ni a sus derechos aquí descritos. Podríamos recibir compensación por la información sin identificación incluida.
Demandas o acciones leales	Podríamos divulgar su información médica para cumplir con una orden judicial o administrativa o para responder a una citación.
Intercambio electrónico de información médica ("HIE", por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizamos los HIE para intercambiar información médica electrónica sobre usted con otros proveedores de atención médica o entidades que no forman parte de nuestro sistema de atención médica. La información intercambiada entre proveedores o entidades puede almacenarse en sus propios sistemas. • Nuestro sistema sanitario y estos otros proveedores o entidades pueden utilizar los HIE para ver su información sanitaria electrónica con los fines descritos en este Aviso, para coordinar su atención y según lo permita la ley. • Controlamos quién puede ver su información dentro de nuestro sistema de atención sanitaria, pero otras personas y entidades que utilizan los HIE pueden divulgar su información a otros sujetos a las normas de cada HIE. • Usted puede optar por no participar en todos los HIEs presentando una solicitud por escrito a la Oficina de Cumplimiento de HIPAA de BSWH. Si opta por no participar, otros podrán seguir solicitando su información a través de los HIE, pero su información no podrá verse a través de los HIE. Puede volver a optar por los HIE en cualquier momento. Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo. • No es necesario participar en ningún HIE para recibir atención.

Nuestras responsabilidades

- Por ley, tenemos que mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le indicaremos con prontitud si se revela indebidamente información que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información específica.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este Aviso y entregarle a usted una copia del mismo.
- No usaremos ni divulgaremos su información excepto como se ha descrito en el presente a menos que usted nos diga por escrito.

Para obtener más información, consulte: hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este Aviso
Podemos cambiar los términos de este Aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El Aviso actual estará a su disposición si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestros sitios web.



Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-897-4448 (TTY: 711).

Scott and White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott and White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad de género, sexo o orientación sexual.

Scott and White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas
- Nunca usaremos su información sobre raza, sexo, color, origen nacional, edad, discapacidad, identidad de género y orientación sexual para negarle servicios, beneficios o con fines de suscripción

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Scott and White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a HPCompliance@BSWHealth.org

Si cree que Scott and White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Scott and White Health Plan, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.