



El Paso Health



Manual del Miembro de Centros de Enfermería STAR+PLUS

LLAME SIN COSTO AL

1-833-742-3127



TEXAS
Health and Human
Services





Le escribimos para informarle sobre un cambio en la forma en que se pagan algunos de sus beneficios de Medicaid. **No es necesario que haga nada** y continuará accediendo a su atención médica como lo hace actualmente. Este cambio simplifica las cosas para usted y su proveedor.

El Paso Health pagará algunos de sus beneficios actuales de atención aguda a partir del 1 de septiembre de 2025. Estos son servicios para los que ya es elegible, que se coordinan a través de El Paso Health y se pagan a través de Medicaid tradicional (pago por servicio). A partir del 1 de septiembre de 2025, estos servicios serán pagados por El Paso Health en lugar de Medicaid tradicional (pago por servicio). Continuará recibiendo beneficios de atención a largo plazo a través de El Paso Health. No hay cambios en su cobertura ni en sus costos de Medicare o Medicaid.

No necesita hacer nada. El Paso Health le informará a su proveedor qué hacer.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con El Paso Health al **877-742-3127**.



El Paso Health
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.



TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN A EL PROGRAMA STAR+PLUS DE EL PASO HEALTH	6
NÚMEROS TELEFÓNICOS E INFORMACIÓN IMPORTANTE	1
Nuestra dirección	1
El servicio al cliente:	1
¡Manténgase conectado con la aplicación móvil de El Paso Health!	1
¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?	1
Servicio de contestación después de horas hábiles	2
Servicios de Salud Mental	2
Servicios de intérprete	2
Otros números telefónicos de utilidad:	2
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE EL PASO HEALTH	3
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid	4
EL PORTAL DE YOURTEXASBENEFITS.COM PARA BENEFICIARIOS DE MEDICAID	4
MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	5
¿QUÉ ES EL PROGRAMA LOCK-IN DE MEDICAID?	5
INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	6
Planes de incentivos para doctores	6
CAMBIAR EL PLAN DE SALUD	6
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?	6
¿Puede El Paso Health pedir que me den de baja del plan de salud (por incumplimiento, etc.)?	6
BENEFICIOS	8
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados? Solo para personas sin doble cobertura	8
¿Qué beneficios adicionales puedo recibir como Miembro del Plan de El Paso Health?	8
¿CÓMO PUEDO OBTENER ESTOS BENEFICIOS?	8
SERVICIOS ADICIONALES	8
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece de El Paso Health?	9
¿Qué significa “Medicamente Necesario”?	9
¿Qué es la atención médica rutinaria?	10
¿QUÉ ES LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA?	10
Atención Médica de Emergencia	10
Padecimiento médico de emergencia significa:	11
Padecimiento de salud mental de emergencia significa:	11
Servicios de emergencia y Atención de emergencia significan:	11
¿Están Cubiertos los Servicios Dentales de Emergencia?	11
¿QUÉ HAGO SI NECESITO VER A UN ESPECIALISTA?	12
¿CÓMO OBTENGO MIS MEDICAMENTOS?	13
¿CÓMO OBTENGO SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?	14



¿QUÉ ES LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS?	14
¿Qué hará un Coordinador de Servicios por mí?	14
¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de Servicios?	14
¿QUÉ SERVICIOS DE TRANSPORTE OFRECE EL PASO HEALTH?	15
Servicios de Transporte para Residentes de Centros de Enfermería.	15
¿Cómo puedo obtener este servicio?	15
¿CÓMO OBTENGO LOS SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA VISTA?	15
¿QUÉ HAGO SI NECESITO ATENCIÓN DE UN DOCTOR GINECÓLOGO OBSTETRA?	15
¿QUÉ HAGO SI ESTOY DEMASIADO ENFERMO PARA PODER TOMAR DECISIONES SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA?	16
¿Que es una Directiva Anticipada?	16
¿QUÉ PASA SI PIERDO MI COBERTURA DE MEDICAID?	17
¿QUÉ SUCEDE SI RECIBO UNA FACTURA DE MI CENTRO DE ENFERMERÍA?	17
¿Qué es el ingreso aplicado?	17
¿Cuáles son mis responsabilidades?	17
¿PUEDE MI PROVEEDOR DE MEDICARE FACTURARME POR SERVICIOS O SUMINISTROS SI ESTOY EN MEDICARE Y MEDICAID?	17
¿QUÉ TENGO QUE HACER SI CAMBIO DE DOMICILIO?	17
MEDICAID Y EL SEGURO PERSONAL	17
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	18
DERECHOS DEL MIEMBRO:	18
RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:	19
QUEJAS	20
PROCESO DE APELACIÓN	20
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?	21
APELACIÓN EXPEDITA MCO	21
AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL	22
¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?	22
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?	23
Revisión Médica Externa	23
¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?	24
¿Cómo puedo denunciar sospechas de abuso, negligencia o explotación?	24
Denunciar Abuso, Negligencia y Explotación	24
INFORMACIÓN SOBRE EL FRAUDE	25
FRAUDE Y ABUSO	25
¿Desea denunciar algún mal manejo, abuso o fraude?	25
INFORMACIÓN QUE TIENE QUE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE	26



MANUAL PARA LOS MIEMBROS

Introducción a el programa STAR+PLUS de El Paso Health

El Paso Health se complace en darle la bienvenida a nuestra familia de El Paso Health. Su hijo(a) recibirá beneficios y servicios que cuentan con cobertura de doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica que forman parte de la red de proveedores de El Paso Health. El Paso Health y el Programa STAR+PLUS de El Paso Health trabaja junto con usted para satisfacer sus necesidades médicas y las de su familia. El Paso Health es una asociación para la conservación de la salud que ofrece servicios a personas que cuentan con los requisitos del plan de salud. El Paso Health ofrecerá o se encargará de que los servicios que cuenten con cobertura estén disponible para los miembros que se inscriban en el plan de salud.

AVISO A LOS MIEMBROS

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-833-742-3127** de 8 A.M. a 5 P.M. horario de la montaña, de lunes a viernes. Para TTY, marque **711**. Podemos proporcionar una interpretación escrita u oral de los servicios brindados. Llámenos sin cargo al **1-833-742-3127** para asistencia técnica y servicios, incluyendo material en otro formato.



Números Telefónicos e Información Importante

Nuestra dirección

EL PASO HEALTH

1145 Westmoreland Dr.

El Paso, Texas 79925

1-833-742-3127

Lunes a viernes durante horas hábiles de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Tiempo de la Montaña, a excepción de los días festivos estatales. El horario de trabajo de centro de atención es de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

El servicio al cliente:

Nuestro personal de Servicio al Cliente cuenta con personas altamente capacitadas y entrenadas que hablan inglés y español con fluidez. Usted puede llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al teléfono **1-833-742-3127**.

El Manual para los Miembros estará disponible en audio, en letra grande, en braille y en otros idiomas. Por favor, comuníquese con Servicio al Cliente si necesita que se le proporcione en alguno de estos formatos.

Nuestro Departamento de Servicio al Cliente puede:

- Explicarle cuales servicios cuentan con cobertura y ayudarle a recibir los servicios que usted necesita.
- Ayudarle a escoger un Médico de Atención Primaria para su hijo(a) si no cuenta con uno.
- Ayudarle a encontrar un doctor para su hijo(a) cerca de su domicilio.
- Ayudarle a cambiar el Médico de Atención Primaria de su hijo(a).
- Mandarle tarjetas de identificación nuevas.
- Informarle que hacer en caso de que se mude fuera del área de cobertura.
- Transferir a nuestros miembros al 211 para que hagan cambio de dirección o número de teléfono.
- Explicarle como obtener los servicios de transporte.
- Fungir como su defensor y escuchar sus quejas y preocupaciones y hacer algo al respecto.
- Dejarle saber que hacer en caso de una emergencia.
- También puede marcar al 1-833-742-3127 para saber más sobre la Coordinación de Servicios.

¡Manténgase conectado con la aplicación móvil de El Paso Health!

La aplicación de El Paso Health es segura y conveniente. Le puede ayudar a administrar su información de atención médica. usted puede crear una cuenta gratuita que le permitirá:

- Ver o imprimir una identificación temporal
- Ver información de Elegibilidad
- Buscar un proveedor
- Solicitar un cambio de proveedor
- Ver información sobre la salud
- Ver autorizaciones
- Ver reclamos
- Hacer preguntas

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?

Llame al 911 o valla a el hospital más cercano, o a una instalación de emergencia si usted cree que necesita cuidado de emergencia. usted puede llamar al 911 para pedir ayuda y que lo transporten a la sala de emergencia. Si recibe servicios de emergencia, usted debe llamar a su doctor y programar una cita de seguimiento lo más pronto posible. Recuerde llamar a El Paso Health al **1-833-742-3127** y díganos acerca de la emergencia que usted o su hijo/a recibieron. El Paso Health define una emergencia como una situación donde usted o su hijo/a tiene alguna condición médica grave, y al no recibir atención médica de inmediato, podría ser una amenaza para la vida de usted o su hijo/a.



Servicio de contestación después de horas hábiles

Aunque llame después del horario de oficina, fines de semana o días feriados, El Paso Health contestará su llamada. Tenemos personal bilingüe trabajando por la noche que puede darle la información que necesita o tomar un recado para que alguien de nuestro Departamento de Servicio al Cliente le llame al próximo día laboral. Nuestro teléfono es el **1-833-742-3127**.

Servicios de Salud Mental

El Paso Health también cuenta con servicios de salud mental. Estos servicios son para problemas emocionales, de alcohol y de drogas. Si usted necesita ayuda para obtener estos servicios, o tiene alguna emergencia o crisis, por favor llame a nuestra línea directa de crisis, las 24 horas del día, 7 días de la semana al **1-877-377-2950** o llame al **911**. un representante capacitado, con fluidez en inglés y español estará disponible para ayudarlo. Los servicios de intérprete también estarán disponibles. No necesita una referencia para obtener servicios de salud mental.

AVISO ACERCA DEL NÚMERO DE TELÉFONO GRATUITO PARA PRESENTAR UNA QUEJA PARA SOMETER UNA QUEJA ACERCA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PRIVADO, DE CENTRO TRATAMIENTO PARA LA DEPENDENCIA QUÍMICA, DE SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS O DE DEPENDENCIA QUÍMICA EN UN HOSPITAL GENERAL, LLAME AL: 1-800-832-9623

Su queja será referida a la agencia estatal que regula los hospitales o centros de tratamiento para la dependencia química.

Servicios de intérprete

Puede obtener los servicios de intérprete por medio del Departamento de Servicio al Cliente.

Llame al **1-833-742-3127**.

Línea Gratuita TDD para personas con problemas auditivos (información sobre la disponibilidad en la Coordinación de Servicios (STAR+PLUS))

Para las personas con problemas auditivos marque **711** (TDD) Transporte.

Otros números telefónicos de utilidad:

-
- Línea de Enfermería las 24 horas (First Call): **1-844-549-2826**.
- Para preguntas sobre los Servicios de Cuidado de la vista, llame al **1-833-742-3127**.
- Línea de Ayuda del Programa STAR+ PLUS: **1-800-964-2777**.
- Para información sobre farmacias, llame a El Paso Health al **1-833-742-3127**.
- Para preguntas sobre Servicios Dentales, llame a:
 - Liberty Dental **1-866-975-2435**
- Equipo de Asistencia de Ombudsman para la Gestión de Atención Médica: **1-866-566-8989**.
- Para encontrar ayuda en Texas, llame al **2-1-1**.



Tarjeta de identificación de El Paso Health

Cuando se convierte en miembro de El Paso Health, usted recibirá una tarjeta de identificación de El Paso Health. Esta tarjeta tiene información importante sobre usted y el nombre y teléfono de su Médico de Atención Primaria. Lleve su tarjeta de identificación y su tarjeta de Medicaid "Sus Beneficios de Texas" en todo momento. Hay que presentar ambos documentos cuando reciba atención médica o compre medicinas.

		
Name:	Pharmacist Only:	
ID:	Navitus: 1-877-908-6023	
Primary Care Provider Name:	RxBin: 610602	
	RxPCN: MCD	
	RxGRP: EPH	
Phone:	Service Coordinator/	
Effective Date:	Coordinador de Servicios:	
	1-833-742-3127	
1-833-742-3127	ElPasoHealth.com	

Member Services: 1-833-742-3127

Available 24 hours a day/7 days a week

Nurse Hotline: 1-844-549-2826

Available 24 hours a day/ 7 days a week

Behavioral Health: 1-877-377-2950

Available 24 hours a day/ 7 days a week

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

Servicios para Miembros: 1-833-742-3127

Disponible 24 horas al día/7 días de la semana

Línea de enfermería: 1-844-549-2826

Disponible 24 horas al día/7 días de la semana

Servicios de Salud del Comportamiento: 1-877-377-2950

Disponible 24 horas al día/7 días de la semana

En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después del tratamiento, llame a su PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

Usted no recibirá cada mes una nueva tarjeta de identificación de El Paso Health. El Paso Health le envía una tarjeta nueva cuando:

- Usted cambia de Médico de Atención Primaria
- Cambia la dirección o el teléfono del Médico de Atención Primaria
- Usted cambia de dirección o de teléfono
- Si pierde la tarjeta de identificación, tendrá que pedir una nueva. Llame al teléfono de Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127**.

Su tarjeta de identificación de El Paso Health tiene la siguiente información:

- Nombre del plan de salud – El Paso Health
- Nombre del Miembro – Su nombre
- Número de Miembro – Su número de identificación de Medicaid
- DOB – su fecha de nacimiento
- Nombre, dirección y teléfono de su Médico de Atención Primaria: la información de su
- Médico de Atención Primaria. Debe llamar a su Médico de Atención Primaria para todas sus necesidades médicas.
- El reverso de la tarjeta de identificación tiene información importante para usted y su Médico de Atención Primaria. No olvide llamar al Médico de Atención Primaria que aparece al frente de su tarjeta para hacer una cita. Llame al Médico de Atención Primaria antes de ir al especialista. También tiene información sobre el teléfono de los Servicios para la Salud Mental y Abuso de Sustancias: **1-877-377-2950**. Puede llamar a este número las 24 horas del día si tiene alguna pregunta o algún problema relacionado con la salud mental y el abuso de sustancias (como el alcohol o las drogas) y también le informará acerca de qué hacer en caso de una emergencia. Asegúrese de leer el reverso de la tarjeta ya que contiene información importante que usarán su Médico de Atención Primaria y otros proveedores médicos.

También hay algunos teléfonos importantes al frente de la tarjeta de identificación. El teléfono de Servicio al Cliente (**1-833-742-3127**) – Puede llamar a este número de teléfono las 24 horas del día si tiene alguna pregunta o algún problema relacionado con el Plan de El Paso Health o de El Paso Health. Llame a este teléfono si quiere cambiar al Médico de Atención Primaria.



Recuerde presentar su tarjeta de Medicaid “Sus Beneficios de Texas” y la tarjeta de identificación del Plan de El Paso Health cuando visite al doctor o reciba cualquier otro servicio médico.

Si pierde la tarjeta o no la recibe, llame de inmediato al teléfono de Servicio al Cliente del Plan de Salud de El Paso Health. Llame al **1-833-742-3127** para recibir una nueva tarjeta de identificación.

SU TARJETA YOUR TEXAS BENEFITS (YTB) DE MEDICAID

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

Recibirá una sola tarjeta; solo en caso de que la pierda o se la roben recibirá una nueva. Si pierde su tarjeta de Medicaid o se la roban, puede obtener una nueva llamando sin costo al **1-800-252-8263**, o pedir e imprimir una tarjeta temporal por internet en **www.YourTexasBenefits.com**.

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

Su información de salud consta de una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted ha recibido a través de Medicaid. Compartimos esa información con los médicos de Medicaid para ayudarles a decidir qué tipo de atención médica necesita. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame sin costo al **1-800-252-8263**; o bien, visite **www.YourTexasBenefits.com** y elija no compartir su información de salud.

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

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

En el reverso de la tarjeta aparecen la dirección web (**www.YourTexasBenefits.com**) y el número gratuito **1-800-252-8263**, recursos que puede usar si tiene preguntas sobre su nueva tarjeta YTB de Medicaid.

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

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

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

- Ver, imprimir o pedir una tarjeta nueva de YTB de Medicaid
- Ver sus planes de seguro médico y dental
- Ver los detalles de sus beneficios
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids de Pasos Sanos de Texas
- Ver las alertas públicas
- Ver los diagnósticos y tratamientos



- Ver su historial de vacunas
- Ver los medicamentos recetados
- Elegir si da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental

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

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

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

Médicos de Atención Primaria

- **¿Qué es un Médico de Atención Primaria?** Un proveedor de atención primaria es el médico principal que usted verá para la mayoría de sus necesidades de atención médica y será su hogar médico. Esto significa que él/ella lo conocerá, conocerá su historial médico y lo ayudará a obtener la atención que necesita. Su médico lo referirá a especialistas, hospitales y otros proveedores de atención médica si es necesario. Su médico de atención primaria debe estar inscrito en El Paso Health y debió haber sido elegido cuando usted se inscribió en nuestro plan. Si no eligió uno, se le asignará uno.
- **¿Me asignarán un Médico de Atención Primaria si tengo Medicare?** Si tiene Medicare, consulte el Documento de Evidencia de Cobertura del plan de Medicare para obtener información sobre Proveedores de Atención Primaria, si se necesita uno, cómo elegir uno y cómo cambiar su médico.
- **¿Cómo puede ver a su Médico de Atención Primaria si él/ella no visita su centro de enfermería?** Su centro de enfermería debe proporcionarle transporte para sus citas médicas.
- **¿Cómo puede cambiar su Médico de Atención Primaria?** Llame a Servicios para Miembros si desea cambiar su médico. Puede encontrar una lista de proveedores en nuestro sitio web www.elpasohealth.com o en el directorio de proveedores que se le envió por correo cuando se inscribió en El Paso Health.

Nota: Para los miembros de STAR+PLUS que están cubiertos por Medicare, no se asignará ningún Médico de Atención Primaria.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

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

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

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

Para más información, llame a El Paso Health al **1-833-742-3127**.



INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

Planes de incentivos para doctores

Un plan de incentivos para médicos recompensa a los doctores por tratamientos que son rentables para las personas cubiertas por Medicaid. En este momento, El Paso Health no tiene un plan de incentivos para médicos.

Cambiar el Plan de Salud

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de STAR, STAR Kids o STAR+PLUS de Texas al **1-800-964-2777**. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

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

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

¿Puede El Paso Health pedir que me den de baja del plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Es posible que usted tenga que abandonar el plan de El Paso Health si:

- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación del plan de El Paso Health;
- Permite que otra persona use su tarjeta de Medicaid "Your Texas Benefits";
- No sigue las recomendaciones del doctor;
- Acude una y otra vez a la sala de emergencias sin tener una verdadera emergencia;
- Causa problemas en el consultorio del doctor; o,
- Causa problemas al doctor cuando éste trata de ayudarle a usted o a otra persona.

Si hay algún cambio en el plan de salud, le enviaremos una carta..

Beneficios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica? El Paso Health le proporciona beneficios de cuidados intensivos como visitas al médico, hospitalizaciones, servicios de salud conductual y recetas médicas. Su centro de enfermería proporcionará atención diaria y servicios adicionales. Si tienes tanto Medicare como Medicaid, tu plan de Medicare cubrirá tu atención aguda.

¿Cómo obtengo estos servicios? Su centro de enfermería proporcionará sus beneficios de centro de enfermería y trabajará en conjunto con tu médico para ayudarle a obtener los cuidados intensivos. Su Coordinador de Servicios también puede ayudarle a obtener la atención que necesita.

¿Existen límites para alguno de los servicios cubiertos? Algunos servicios tienen límites o necesitan autorización. Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios para obtener información sobre límites o autorizaciones.

¿Qué son los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)? Los servicios y apoyos a largo plazo son beneficios diseñados para ayudarle a realizar tareas diarias para cuidar de usted mismo, como preparar comidas, limpieza ligera, cuidado personal y cuidados de enfermería especializados. Los tipos y la cantidad de beneficios de LTSS que puede recibir dependerán de sus necesidades.

¿Cuáles son mis beneficios de LTSS en una Instalación de Enfermería? Si su médico ha certificado que tiene una condición médica que requiere que reciba atención en un centro de enfermería, el



centro de enfermería te proporcionará tu atención a largo plazo. El Paso Health cubre la atención diaria, los servicios de la instalación de enfermería, los servicios adicionales y el copago de Medicare por los servicios de atención diaria. Los servicios de atención diaria incluyen: habitación y pensión; suministros y equipos médicos; artículos de necesidad personal; medicamentos de venta libre.

¿Cómo cambiarían mis beneficios si me mudara a la comunidad? En lugar de los beneficios de un centro de enfermería, recibiría Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) basados en la comunidad. El tipo de beneficios que podrá recibir dependerá de su categoría de elegibilidad para Medicaid. Las tres categorías de elegibilidad basadas en las necesidades son:

1. Otros Cuidados Comunitarios (OCC): beneficios básicos
2. Elección Comunitaria Primero (CFC): beneficios de nivel intermedio
3. Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) Exención STAR+PLUS (SPW): beneficios de alto nivel para miembros con necesidades médicas complejas.
 - Cuanto más alto sea su nivel de elegibilidad basado en tus necesidades, es posible que pueda recibir más beneficios. Su coordinador de servicios puede ayudarle a determinar cuáles son sus necesidades y qué beneficios puede recibir.

¿Cuáles son mis beneficios de cuidados intensivos?

- Servicios de ambulancia de emergencia y no emergencia
- Servicios de audiolología, incluidos los audífonos
- Servicios de salud mental hospitalarios y ambulatorios
- Servicios de asesoramiento
- Servicios de rehabilitación de salud mental
- Servicios de tratamiento ambulatorio para trastornos por uso de sustancias
- Tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas
- Servicios de parto proporcionados por un médico o una partera certificada en un centro de parto con licencia
- Servicios de parto proporcionados por un centro de parto con licencia
- Detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer
- Servicios quiroprácticos
- Diálisis
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de centros de salud calificados federalmente y otros servicios ambulatorios cubiertos por centros de salud calificados federalmente
- Servicios hospitalarios hospitalarios y ambulatorios
- Servicios de laboratorio
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluidos todos los servicios hospitalarios, ambulatorios y de consultorio para el tratamiento del cáncer de mama, la prevención y los procedimientos durante todas las etapas del tratamiento y la reconstrucción
- Gestión de casos dirigida a la salud mental
- Medicamentos y productos biológicos ambulatorios, incluidos los dispensados por una farmacia o administrados por un proveedor
- Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno hospitalario
- Podiatría
- Atención prenatal
- Servicios preventivos, incluidos exámenes de salud anuales
- Radiología, imágenes y radiografías
- Servicios de especialistas
- Telemedicina
- Trasplante de órganos y tejidos



- **¿Cómo puedo obtener estos servicios?** Su proveedor de atención primaria puede ayudarlo a obtener estos servicios. Si tiene preguntas sobre su atención aguda, llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios.
- **¿A qué número llamo para obtener información sobre estos servicios?** Llame al **877-742-3127**.

¿Qué servicios aún puedo obtener a través de Medicaid regular pero que no están cubiertos por El Paso Health?

- Evaluación y Revisión de Residentes Previa a la Admisión (PASRR) - PASRR es un requisito federal para ayudar a determinar si una persona no está colocada inadecuadamente en un hogar de ancianos para cuidado a largo plazo.
- Cuidados Paliativos

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados? Solo para personas sin doble cobertura

La mayoría de los medicamentos recetados por su médico serán pagados por Medicaid. Su médico enviará su receta a la instalación de enfermería y ellos se la entregarán según lo recetado. (Si tiene beneficios de medicamentos recetados de Medicare, su plan de Medicare pagará por sus recetas)

¿Qué beneficios adicionales puedo recibir como Miembro del Plan de El Paso Health?

¿Cómo puedo obtener estos beneficios? Siga las pautas del plan con respecto a los beneficios adicionales. Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener estos beneficios.

Servicios de Valor Añadido	Instalaciones de enfermería STAR+PLUS (Medicaid)	Restricciones aplicables
Servicios dentales adicionales para miembros (de 21 años o más) y mujeres embarazadas	Hasta \$600 cada año para revisiones dentales, radiografías y limpiezas para miembros que no tienen exención HCBS. Requiere orden de referencia.	Este beneficio es válido una vez cada 12 meses para miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS de solo Medicaid en centros de enfermería. Requiere orden de referencia.
Servicios adicionales de la vista	\$125 para actualizaciones de armazones, lentes o lentes de contacto cada dos años.	Cada dos años. Se requiere una receta médica válida.
Servicios de salud y bienestar	\$25 recompensa en una tarjeta de débito Flex para cortes de cabello o productos de cuidado personal cada tres meses.	Los \$25 se deben usar dentro del mismo trimestre.
Programas de regalos	\$25 recompensa en una tarjeta de débito Flex para miembros de 21 a 100 años que completen un examen anual de bienestar, disponible una vez al año.	Miembros de STAR+PLUS Medicaid de 21 a 100 años de edad.
	\$25 recompensa en una tarjeta de débito Flex para miembros con diabetes de 18 a 75 años que completen una prueba de sangre de HbA1c, disponible una vez al año.	Para miembros de El Paso Health STAR+PLUS Medicaid de 18 a 75 años de edad que tengan un diagnóstico de diabetes. Deben realizarse una prueba de sangre de HbA1c. Limitado a 1 recompensa al año.



Servicios de Valor Añadido	Instalaciones de enfermería STAR+PLUS (Medicaid)	Restricciones aplicables
Programas de regalos	\$25 recompensa en una tarjeta de débito Flex para miembros con diabetes de 18 a 75 años que completen un examen de la vista para diabéticos, disponible una vez al año.	Para miembros de El Paso Health STAR+PLUS Medicaid de 18 a 75 años de edad que tengan un diagnóstico de diabetes. Deben realizarse un examen de la vista para diabéticos. Limitado a 1 recompensa al año.
	\$25 recompensa en una tarjeta de débito Flex para miembros de 21 a 100 años que reciban una vacuna anual contra la gripe, disponible una vez al año.	Miembros de STAR+PLUS Medicaid de 21 a 100 años de edad. Limitado a una vez al año.
	\$25 recompensa en tarjeta de débito Flex para miembros con visita de seguimiento médico dentro de 30 días tras el alta del hospital. Una vez al año.	Las recompensas están limitadas a una sola vez al año.
	\$25 recompensa en una tarjeta de débito Flex para miembros que son mujeres de 21 a 64 años que se realicen una detección de cáncer de cuello uterino una vez cada tres años.	Las recompensas están limitadas a una cada tres años para pruebas de detección de cáncer de cuello uterino para miembros de 21 a 64 años.
	\$25 recompensa en una tarjeta de débito Flex para miembros que son mujeres de 50 a 74 años que se realicen una mastografía cada dos años.	Las recompensas están limitadas a una cada dos años para mamografías para miembros de 50 a 74 años.
	Recibe un par de calcetines antideslizantes gratis para nuevos miembros.	Disponible una sola vez para nuevos miembros de centros de enfermería, si se solicita dentro de los primeros 30 días a partir de la confirmación de su inscripción.
	Recibe una manta personal gratis para nuevos miembros	Disponible una sola vez para nuevos miembros de centros de enfermería, si se solicita dentro de los primeros 30 días a partir de la confirmación de su inscripción.
	Recibe una bolsa de accesorios para nuevos miembros	Disponible una sola vez para nuevos miembros de centros de enfermería, si se solicita dentro de los primeros 30 días a partir de la confirmación de su inscripción.
	Recibe un reloj digital de letras grandes con enchufe para la pared para nuevos miembros	Disponible una sola vez para nuevos miembros de centros de enfermería, si se solicita dentro de los primeros 30 días a partir de la confirmación de su inscripción.
Servicios adicionales para el doctor de los pies (podiatra)	Dos (2) visitas adicionales de podología al año para corte de uñas profesional. Incluye un servicio cada seis meses.	Requiere orden de referencia.



Servicios de Valor Añadido	Instalaciones de enfermería STAR+PLUS (Medicaid)	Restricciones aplicables
Salud conductual - Programa de seguimiento motivado para pacientes hospitalizados	\$50 recompensa en tarjeta de débito Flex por cita de seguimiento médico dentro de 7 días tras alta por enfermedad mental. Límite de una recompensa por cada alta que califique.	Límite de una recompensa cada 30 días.
	\$25 recompensa en tarjeta de débito Flex por cita de seguimiento médico dentro de 30 días tras alta por enfermedad mental. Límite de una recompensa por cada alta que califique.	Límite de una recompensa cada 30 días.

Servicios de Valor Añadido	Instalaciones de enfermería STAR+PLUS (Dual)	Restricciones aplicables
Servicios dentales adicionales para miembros (de 21 años o más) y mujeres embarazadas	Hasta \$500 anuales para revisiones, radiografías, limpiezas, empastes y extracciones simples para miembros sin exención de HCBS. Requiere orden de referencia.	Este beneficio es válido una vez cada 12 meses para miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS de dual elegibles en centros de enfermería. Requiere orden de referencia.
Servicios de Salud y Bienestar	\$25 recompensa en una tarjeta de débito Flex para cortes de cabello o productos de cuidado personal cada tres meses.	Los \$25 se deben usar dentro del mismo trimestre.
Programa de regalos	Recibe un par de calcetines antideslizantes gratis para nuevos miembros.	Disponible una sola vez para nuevos miembros de centros de enfermería, si se solicita dentro de los primeros 30 días a partir de la confirmación de su inscripción.
	Recibe una manta personal gratis para nuevos miembros	Disponible una sola vez para nuevos miembros de centros de enfermería, si se solicita dentro de los primeros 30 días a partir de la confirmación de su inscripción.
	Recibe una bolsa de accesorios para nuevos miembros	Disponible una sola vez para nuevos miembros de centros de enfermería, si se solicita dentro de los primeros 30 días a partir de la confirmación de su inscripción.
	Recibe un reloj digital de letras grandes con enchufe para la pared para nuevos miembros	Disponible una sola vez para nuevos miembros de centros de enfermería, si se solicita dentro de los primeros 30 días a partir de la confirmación de su inscripción.



Servicios de Valor Añadido	Instalaciones de enfermería STAR+PLUS (Dual)	Restricciones aplicables
Servicios adicionales del doctor de los pies (podiatra)	Dos (2) visitas adicionales de podología al año para corte de uñas profesional. Incluye un servicio cada seis meses.	Requiere orden de referencia.

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece de El Paso Health?

Nuestras clases de educación sobre la salud han sido preparadas pensando en la salud de su familia. Si usted tiene asma o diabetes, o si usted está embarazada, nuestras enfermeras administradoras de casos con gusto podrán inscribirlos en alguna de nuestras clases. Para recibir información sobre nuestras clases de educación sobre la salud, por favor llame a Servicio al Cliente al **1-833-742-3127**.

Atención Médica y Otros Servicios

¿Qué significa “Médicamente Necesario”? Tanto para Atención Aguda como para Salud Conductual, Médicamente Necesario significa:

- (1) Para Miembros de 21 años en adelante, servicios de atención médica no relacionados con la salud conductual que sean:
 - (a) Razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o proporcionar detección temprana, intervenciones o tratamientos para condiciones que causan sufrimiento o dolor, deformidad física o limitaciones en la función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, causan enfermedad o invalidez de un Miembro, o ponen en peligro la vida;
 - (b) Proporcionados en instalaciones apropiadas y en los niveles de atención apropiados para el tratamiento de las condiciones de salud de un Miembro;
 - (c) Consistentes con las pautas y estándares de práctica de la atención médica que son respaldados por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o agencias gubernamentales;
 - (d) Consistentes con los diagnósticos de las condiciones;
 - (e) No más intrusivos o restrictivos de lo necesario para proporcionar un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficiencia;
 - (f) No experimentales o investigativos; y
 - (g) No principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor; y
- (2) Para Miembros de 21 años en adelante, 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 de la función resultante de dicho trastorno;
 - (b) Están de acuerdo con las pautas clínicas aceptadas profesionalmente y los estándares de práctica en la atención de la salud conductual;
 - (c) Se prestan en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el que se pueden proporcionar los servicios de manera segura;
 - (d) Son el nivel o suministro de servicio más apropiado que se puede proporcionar de manera segura;
 - (e) No podrían ser omitidos sin afectar adversamente la salud mental y/o física del Miembro o la calidad de la atención prestada;
 - (f) No son experimentales o investigativos; y



(g) No son principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor.

El Paso Health determinará la necesidad médica solo para los Servicios Adicionales de Instalaciones de Enfermería y los Servicios de Atención Aguda. Los Servicios Adicionales de Instalaciones de Enfermería incluyen, entre otros, servicios dentales de emergencia, servicios de rehabilitación ordenados por un médico, sillas de ruedas eléctricas personalizadas y dispositivos de comunicación de audio.

¿Qué es la atención médica rutinaria? La atención médica rutinaria es la atención que incluye exámenes, chequeos, atención preventiva (cuidado preventivo) y asesoramiento para prevenir enfermedades, problemas de salud o enfermedades, que es proporcionada por su médico.

— **¿Cuándo puedo esperar ser atendido?** Para la atención rutinaria, su médico debería verlo dentro de las dos semanas. Llame al número del Médico de Atención Primaria que se encuentra en su tarjeta de identificación de El Paso Health para programar su cita. Es importante que asista a su cita. Si necesita cancelar, llame a su médico con 24 horas de anticipación.

— **¿Se cubren los servicios dentales no emergenciales?**

El Paso Health **no es responsable** de pagar por servicios dentales de rutina proporcionados a miembros de Medicaid.

Sin embargo, El Paso Health **es responsable** de pagar por el tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Atención Médica de Emergencia

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

Padecimiento médico de emergencia significa:

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

- (1) poner en grave peligro la salud del paciente;
- (2) ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
- (3) ocasionar disfunción grave de cualquier órgano vital o parte del cuerpo;
- (4) sufrir desfiguración grave; o
- (5) en el caso de una mujer embarazada, poner en peligro grave la salud de la mujer o del bebé por nacer.

Padecimiento de salud mental de emergencia significa:

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

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

Servicios de emergencia y Atención de emergencia significan:

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

- **¿Qué tan pronto me atenderán?** Debería poder ver a un médico de inmediato para atención de emergencia.



- **¿Necesito una autorización previa?** La atención de emergencia no requiere una autorización.

¿Están Cubiertos los Servicios Dentales de Emergencia?

El Paso Health cubre servicios limitados dentales de emergencia, lo cual incluye el pago para lo siguiente:

- Tratamiento para mandíbula dislocada.
- Tratamiento para traumatismo de los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales.
- Medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

El Paso Health es responsable de los servicios dentales de emergencia proporcionados a los miembros de Medicaid en un entorno hospitalario o en un centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos por los servicios hospitalarios, médicos y médicos relacionados (por ejemplo, anestesia y medicamentos).

Los procedimientos dentales de emergencia cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Alivio del dolor extremo en la cavidad oral asociado con una infección grave o hinchazón;
- Reparación de daños por pérdida de dientes debido a traumatismos (solo atención aguda, sin restauración);
- Reducción abierta o cerrada de fracturas del maxilar o la mandíbula;
- Reparación de laceraciones en o alrededor de la cavidad oral;
- Extirpación de neoplasias, incluidas lesiones benignas, malignas y premalignas, tumores y quistes;
- Incisión y drenaje de celulitis;
- Tratamiento de conducto radicular. El pago está sujeto a revisión de necesidad dental y se requieren radiografías pre y postoperatorias; y extracciones: un solo diente, permanente; un solo diente, primario; dientes supernumerarios; impactación de tejido blando; impactación ósea parcial; impactación ósea completa; extracción quirúrgica de diente erupcionado o punta de raíz residual.

¿Qué es la post-estabilización?

Los servicios de atención de post-estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que lo mantienen en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia

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

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis a **1-833-742-3127** a y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al **1-833-742-3127**.

— **¿Qué hago si estoy fuera del estado?** Si se encuentra fuera de Texas y necesita atención de emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al **911**. Llámanos al **1-833-742-3127** para obtener asistencia o si tiene preguntas.

— **¿Qué hago si estoy fuera del país?** Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué hago si necesito ver a un especialista?

- Para la mayoría de los servicios de atención médica, su Médico de Atención Primaria será el único al que tendrá que ver. Pero si usted tiene un padecimiento especial, el Médico de Atención Primaria se encargará de que usted vea a un especialista. Este doctor cuenta con la capacitación especial necesaria para atenderlo. En ese caso, el Médico de Atención Primaria le dará una forma (referencia médica) para ir a ver al especialista
- **¿Qué es una referencia?** Una referencia es cuando su médico de atención primaria le envía a otro médico para recibir atención. Si su médico de atención primaria considera que necesita atención de un especialista, le referirá a un especialista dentro del plan de El Paso Health. Puede ver a un especialista sin una referencia, pero la mayoría de los especialistas solicitarán una referencia y siempre es mejor discutir la atención que necesita primero con su médico de atención primaria.



Su médico de atención primaria y cualquier especialista al que le refieran ayudarán a coordinar su atención.

- **¿Cuánto tiempo puedo esperar para ser atendido por un especialista?** Llame al especialista para programar una cita. Si tiene una situación urgente, el especialista debería atenderle dentro de las 24 horas. Para atención de rutina, el especialista debería atenderle dentro de las dos semanas. Asegúrese de llevar consigo el formulario de referencia cuando vaya a ver al especialista. Deberá entregarle el formulario de referencia. Por favor, llegue a tiempo a sus citas con el especialista. Si necesitas cancelar una cita, llame a la oficina del especialista con la mayor antelación posible. Algunos especialistas incluyen: cardiólogo (médico del corazón), dermatólogo (médico de la piel), ginecólogo (médico especializado en la salud de las mujeres), obstetra (médico que cuida de las mujeres embarazadas y realiza partos), ortopedista (médico de los huesos), hematólogo (médico especializado en problemas de sangre). RECUERDE que el especialista solo puede ofrecerle los servicios solicitados por su médico de atención primaria en el formulario de referencia. La referencia es válida por un número limitado de días. Si el especialista dice que necesitará más visitas o otra referencia, el especialista debería llamar a tu proveedor de atención primaria o a El Paso Health para asegurarse de que la atención adicional esté cubierta.

¿Cuáles servicios no requieren una referencia médica? Puede recibir cierto tipo de servicios sin una referencia médica por parte de su Médico de Atención Primaria. Por favor, vea nuestro Directorio de Proveedores de El Paso Health para encontrar a algún doctor en específico..

- Cuidados en una sala de emergencias las 24 horas
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias
- Atención de gineco-obstetricia

Si tiene preguntas, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-833-742-3127**.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión? Puede volver al consultorio de su Médico de Atención Primaria o a la clínica y pedir que lo envíen a otro doctor para una segunda opinión o puede llamar a El Paso Health al **1-833-742-3127** y un representante de Servicio al Cliente le ayudará.

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas del comportamiento (mental) o abuso de sustancias (drogas)? Informe a su médico de atención primaria si necesita ayuda con problemas de salud mental, alcohol o drogas. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de estos servicios, puede llamar a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros para obtener ayuda. A veces, es posible que necesite ayuda con un problema personal o familiar. Si tiene un problema y necesita ayuda, por favor llama a nuestra línea de crisis al **1-877-377-2950**. Habrá una persona capacitada para ayudarle. Si usted o algún miembro de su familia tienen una emergencia relacionada con problemas de salud mental o abuso de drogas o alcohol, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al **911** para pedir una ambulancia.

- **¿Necesito una referencia?** No necesitas una referencia para recibir atención para problemas de salud mental, alcohol o drogas.

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

Estos son servicios prestados a los miembros con serios trastornos emocionales o enfermedades mentales graves y persistentes que pueden beneficiarse de la administración de medicamentos, la formación profesional, y la gestión de casos específicos.

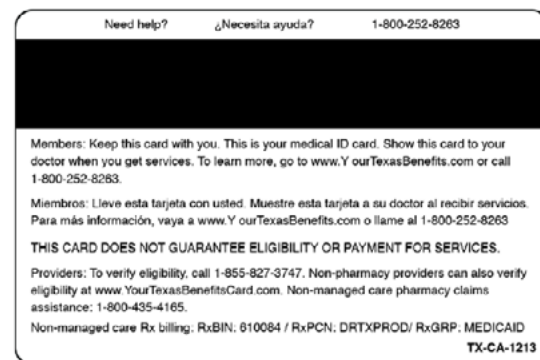
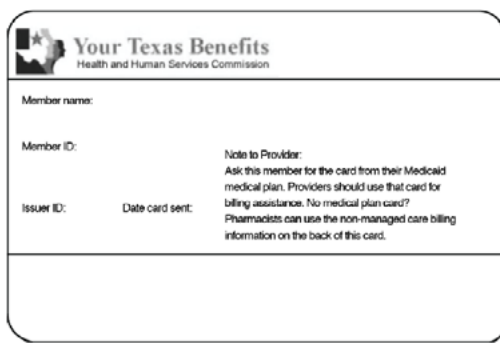
- **¿Cómo obtengo estos servicios?** No se necesita referencia médica para estos servicios. Los proveedores de servicios de salud mental se encuentran en el Directorio de Proveedores o comuníquese con la autoridad local de salud mental—Emergency Health Network al **915-887-3410**.



¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga por la mayoría de los medicamentos que tu médico considere que necesitas. Tu médico escribirá una receta y enviará la prescripción para ti llamando, enviando por fax o enviando por medios electrónicos a la instalación de enfermería para solicitar, llenar, dispensar y administrarte los medicamentos.

- **¿Qué sucede si también tengo Medicare?** Si tienes beneficios de medicamentos recetados de Medicare, tu plan de Medicare proporcionará tus recetas. Si no cubren tu medicamento, Medicaid puede pagarlo.
- **¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la red de cobertura?** El personal de la farmacia le informará si no aceptan El Paso Health. Necesitará que su receta se complete en una farmacia dentro del plan de El Paso Health. Es posible que sea responsable de los cargos.
- **¿Qué necesito llevar conmigo a la farmacia?** Necesitarás llevar tu receta (o botella de medicamento) y tu tarjeta de identificación de El Paso Health. Si tienes Medicare, lleva también tu tarjeta de identificación de Medicare.



- **¿Qué hago si necesito que me entreguen mis medicamentos?** Su centro de enfermería trabajará con una farmacia para que le entreguen tus recetas.
- **¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos?** Llame a El Paso Health y trabajaremos con su centro de enfermería y la farmacia para asegurarnos de que reciba su medicamento recetado.
- **¿Qué hago si no puedo obtener la aprobación para el medicamento que mi médico recetó?** Si no podemos comunicarnos con su médico para aprobar una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia de tres días de su medicamento.

Llame a El Paso Health al **1-833-742-3127** para obtener ayuda con sus medicamentos y recargas.

- **¿Qué hago si pierdo mi medicamento?** Llame a El Paso Health para obtener ayuda. Trabajaremos con su médico y la farmacia para reemplazarlo.

¿Cómo Obtengo Servicios de Planificación Familiar?

- Puede obtener servicios de planificación familiar como anticonceptivos o asesoramiento con cualquier proveedor de planificación familiar.
 - **¿Necesito una referencia para esto?** No necesita una referencia para los servicios de planificación familiar.
 - **¿Dónde encuentro un proveedor de servicios de planificación familiar?** Puede encontrar los lugares de los proveedores de planificación familiar cerca de ti en línea en **<https://www.healthytexaswomen.org/healthcare-programs/family-planning-program>**, o puede llamar a El Paso Health al **1-833-742-3127** para obtener ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar.



¿Qué es la Coordinación de Servicios?

Servicios especializados/proceso de atención que incluye, pero no se limita a:

- Identificar las necesidades físicas, mentales o a largo plazo del Miembro
- Abordar cualquier necesidad única del Miembro que pueda mejorar los resultados y la salud/bienestar
- Ayudar al Miembro para garantizar el acceso oportuno y coordinado a una variedad de servicios y/o servicios elegibles para Medicaid cubiertos
- Asociarse con la instalación de enfermería para garantizar los mejores resultados posibles para la salud y seguridad del Miembro
- Coordinar la entrega de servicios para los Miembros que están haciendo la transición de regreso a la comunidad

¿Qué hará un Coordinador de Servicios por mí?

Su Coordinador de Servicios le ayudará a gestionar todos tus proveedores y servicios para asegurarse de que reciba los servicios y la atención que necesita.

- Él o ella le ayudará a obtener la atención que necesita al visitarle en el centro de enfermería para conocer más sobre sus necesidades de salud; trabajará con usted para crear un plan de servicio que satisfaga sus necesidades; le ayudará a programar citas con tu doctor para obtener atención médica y preventiva necesaria; coordinará sus LTSS, cuidados intensivos y otros servicios sociales; le ayudará a obtener autorizaciones para atención médica necesaria desde el punto de vista médico.

¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de Servicios?

Cuando te unas a El Paso Health, tu coordinador de servicios te enviará una carta con su nombre y número de teléfono. Puedes llamarlos al número proporcionado o llamar a Servicios para Miembros y ellos pueden conectarte con tu coordinador de servicios.

- Puedes ponerte en contacto con El Paso Health al 1-833-742-3127.

¿Qué servicios de transporte ofrece El Paso Health?

Servicios de Transporte para Residentes de Centros de Enfermería.

¿Qué servicios de transporte se ofrecen?

La instalación de enfermería es responsable de proporcionar servicios de transporte no emergenciales de rutina. Si es médicamente necesario, El Paso Health proporciona transporte no emergencial en ambulancia para los Miembros que requieren este servicio.

¿Cómo puedo obtener este servicio?

Para obtener transporte en ambulancia no emergencial, tu proveedor debe ponerse en contacto con El Paso Health para solicitar autorización para estos servicios.

Información de Contacto:
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, Texas 79925
MemberServicesDG@elpasohealth.com
Call us at:
1-833-742-3127

- **¿Qué servicios se ofrecen?** Transporte no emergente a citas médicas. (Proporcionado por el centro de enfermería)
- **¿A quién llamo para que me lleven a una cita médica?** Hable con su enfermero/a o coordinador/a en el centro de enfermería. Su instalación de enfermería debería proporcionarle transporte a sus citas médicas que no requieran transporte en ambulancia.



¿Cómo obtengo los servicios del cuidado de la vista?

Puede recibir atención oftalmológica llamando a un oftalmólogo (optometrista) que esté en la red de El Paso Health, no necesita una referencia. La atención oftalmológica incluye exámenes de la vista, armazones médicamente necesarios y ciertas lentes de plástico cada 24 meses. Si tiene Medicare, sus beneficios de visión serán proporcionados por su plan de Medicare.

¿Puede alguien interpretarme cuando hable con el doctor?

El Paso Health puede conseguir a un intérprete para que esté presente con usted en el consultorio del doctor si usted lo necesita.

- **¿A quien llamo para pedir asistencia con un interprete?** Para obtener este servicio, por favor llame a la línea de Servicio al Cliente, por lo menos 24 horas antes al **1-833-742-3127**.
- **¿Con cuanto tiempo de anticipación debo llamar?** Porfavor llame y pida este servicio al menos 24 horas antes.
- **¿Como puedo recibir asistencia con un interprete en persona cuando tenga mi cita con mi doctor?** También tenemos intérpretes que saben el lenguaje de señas. Si necesita este servicio, debe llamar por lo menos dos días antes de la cita con el doctor.

¿Qué hago si necesito atención de un doctor ginecólogo obstetra?

Aviso para la Mujer

El Paso Health le permite escoger a un doctor ginecólogo obstetra, pero éste doctor debe estar en la misma red de cobertura que su Médico de Atención Primaria.

Usted tiene el derecho de escoger a un doctor ginecólogo obstetra sin una referencia médica por parte del Médico de Atención Primaria. Un doctor ginecólogo obstetra le puede brindar:

- Un examen preventivo para la mujer cada año
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer
- Referencia médica para ver a un especialista dentro de la red de cobertura.

¿Tengo derecho a elegir un ginecólogo/obstetra (OB/GYN)? Sí, tiene derecho a elegir cualquier ginecólogo/obstetra (OB/GYN) dentro de la red para su atención.

¿Cómo elijo un ginecólogo/obstetra (OB/GYN)? Para elegir un ginecólogo/obstetra (OB/GYN) como su Médico de Atención Primaria, simplemente llame a nuestra Línea de Ayuda de Servicios para Miembros al **1-833-742-3127**, y déjenos saber a quién quiere elegir como su ginecólogo/obstetra (OB/GYN). Recuerde que debe elegir entre los proveedores de ginecología/obstetricia (OB/GYN) enumerados en el Directorio de Proveedores de El Paso Health.

Si no elijo un ginecólogo/obstetra (OB/GYN), ¿tengo acceso directo? Sí, puedes tener acceso directo. No es necesario que elija un ginecólogo/obstetra (OB/GYN) como tu Médico de Atención Primaria, pero si está embarazada, debería elegir un ginecólogo/obstetra (OB/GYN) para que le atienda a usted y a su bebé por nacer.

¿Necesitaré una referencia? No, no necesita una referencia para la atención de ginecología/obstetricia (OB/GYN).

¿Cuánto tiempo pasará antes de que pueda ser atendido después de contactar a mi ginecólogo obstetra (OB/GYN) para una cita? Su ginecólogo/obstetra (OB/GYN) debería atenderle dentro de las dos semanas después de contactarlos para una cita. Si necesita ayuda para encontrar un ginecólogo/obstetra (OB/GYN) en nuestro plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros al **1-833-742-3127**.

¿Puedo seguir con mi ginecólogo/obstetra (OB/GYN) si no está con El Paso Health? Si ya ha sido atendida por un ginecólogo/obstetra (OB/GYN) que no es parte de El Paso Health, es posible que pueda



continuar viendo a ese ginecólogo/obstetra (OB/GYN). Si tiene al menos seis meses de embarazo cuando se una a El Paso Health, puede seguir viendo al ginecólogo/obstetra (OB/GYN) que ya le está atendiendo. No necesitará obtener una referencia de tu Médico de Atención Primaria para seguir viéndolo. Sin embargo, deberá llamar a un Administrador de Casos de Enfermería al **1-833-742-3127**.

¿Qué hago si estoy demasiado enfermo para poder tomar decisiones sobre mi atención médica?

A veces las personas están demasiado enfermas para poder tomar decisiones sobre su atención médica. Si esto sucede, ¿cómo sabrá el doctor lo que usted desea? Puede preparar una Directiva Anticipada.

¿Que es una Directiva Anticipada?

Una Directiva Anticipada es una carta que le dice a usted y a las personas qué quiere que sucederá si usted se enferma gravemente. Una Directiva Anticipada es un Testamento Vital. Un testamento vital le dice a su médico qué hacer si usted está demasiado enfermo para decidir. El otro tipo es un Poder Perdurable. Un Poder Perdurable permite que un amigo o miembro de la familia (a quien usted elija) tome decisiones por usted. Cualquier Directiva Anticipada que haga comienza cuando usted se enferma gravemente. Durará hasta que lo cambie o lo cancele. El Congreso hizo una ley que protege su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica si usted se enferma gravemente. Una Directiva Anticipada le permite hablar con su médico sobre su atención médica futura. Una Directiva Anticipada puede ser útil para usted, su familia y su médico. Es su derecho aceptar o rechazar la atención médica. Puede proteger este derecho incluso si se vuelve mentalmente enfermo. También puede protegerlo si se vuelve físicamente incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica. Una Directiva Anticipada ayuda a su familia al no hacerles decidir cómo cuidarlo si usted no puede tomar sus propias decisiones médicas. Ayuda a su médico al proporcionar las pautas para su atención.

¿Cómo obtengo una directiva anticipada?

Puede llamar a la Línea de Asistencia para Miembros al **1-833-742-3127** para obtener un formulario de Directiva Anticipada.

¿Qué pasa si pierdo mi cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a recuperar dentro de seis (6) meses, usted recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo Médico de Atención Primaria que antes.

¿Qué sucede si recibo una factura de mi Centro de Enfermería?

Si recibe una factura de la instalación de enfermería, llame a El Paso Health para obtener ayuda.

- **¿A quién debo llamar?** Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3127.
- **¿Qué información necesitarán?** Necesitaremos toda la información que se encuentre en la factura: ¿quién le está facturando? ¿Por qué le están facturando? El número de cuenta y el número de teléfono al que llamar.
- **¿Qué es el Ingreso Aplicado y cuáles son mis responsabilidades?**

¿Qué es el ingreso aplicado?

Es el ingreso personal del miembro que el miembro debe proporcionar a la instalación de enfermería como parte de su obligación de compartir los costos como beneficiario de Medicaid.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Cada vez que Medicaid factura a la instalación de enfermería, el miembro debe entregar su ingreso aplicado a la instalación. El monto se determina dividiendo el monto total del ingreso mensual por el número de días que el miembro reside en la instalación cada mes. Se permite al miembro conservar \$60 para sus necesidades personales.



¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme por servicios o suministros si estoy en Medicare y Medicaid?

No se le puede facturar por “costos compartidos” de Medicare, que incluyen deducibles, coseguros y copagos que están cubiertos por Medicaid.

¿Qué tengo que hacer si cambio de domicilio?

Tan pronto sepa su nueva dirección, désela a la oficina de beneficios local de la HHSC y al Departamento de Servicio al Cliente de El Paso Health llamando al 1-833-742-3127. Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área, usted tiene que llamar a El Paso Health, a menos que necesite servicios de emergencia. Usted continuará recibiendo atención por medio de El Paso Health hasta que la HHSC le cambie la dirección.

¿Qué sucede si tengo otro seguro médico aparte de Medicaid?

MEDICAID Y EL SEGURO PERSONAL

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

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

Puede llamar gratis a la línea directa **1-800-846-7307**.

Si usted tiene otro seguro, aún puede calificar para Medicaid. Cuando usted le informe al personal de Medicaid sobre su otro seguro médico, usted contribuye para que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no cuenta con cobertura.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo porque usted cuenta con un seguro médico personal aparte de Medicaid. Si los proveedores lo atienden como paciente de Medicaid, ellos también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro personal.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

DERECHOS DEL MIEMBRO:

1. Tiene el derecho a ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho a:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que sus expedientes médicos y las conversaciones que tenga con los proveedores se mantendrán privados y confidenciales.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un Médico de Atención Primaria. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención médica. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre como elegir y cambiar de plan de salud y de Médico de Atención Primaria.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted desee y que estén disponible en el área donde vive, y de escoger a su Médico de Atención Primaria de ese plan.
 - c. Cambiar de Médico de Atención Primaria.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre como cambiar de plan de salud o de Médico de Atención Primaria.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda.



Esto incluye el derecho de:

- a. Que su proveedor le explique sus necesidades de atención médica y le hable sobre las diferentes formas en que se pueden tratar sus problemas de salud.
 - b. Ser informado sobre por qué se negó la atención o los servicios y no se le proporcionaron.
 - c. Recibir información sobre su salud, plan, servicios y proveedores.
 - d. Ser informado sobre sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene el derecho de estar de acuerdo con los tratamientos o rechazarlos, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
- a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cual atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Tiene el derecho de utilizar todos los tramites de quejas y apelaciones disponibles mediante su plan de seguro medico y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones y audiencias imparciales. Esto incluye el derecho de:
- a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Utilizar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre como funciona.
 - d. Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre como funciona ese trámite.
 - e. Solicite una Audiencia de Feria Estatal sin una Revisión Médica Externa del programa estatal de Medicaid y reciba información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene el derecho al acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
- a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso libre al consultorio de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Contar con un intérprete, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y cuando hable con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan el mismo idioma natal que el cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a comprender alguna información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuales son los servicios de salud que se ofrecen y como recibirlos.
7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislarlo para el beneficio de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer, o para castigarlo.
8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que le atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aún cuando la atención o tratamiento no sea un servicio que cuente con cobertura.
9. Tienes derecho a saber que no eres responsable de pagar por servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros no pueden exigirte que pagues copagos u otros montos por servicios cubiertos..
10. Tiene el derecho de saber que usted no es responsable de pagar por los servicios que cuentan con cobertura. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle co-pagos ni ninguna suma adicional por los servicios que cuentan con cobertura.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:

1. Tiene que conocer y comprender cada uno de los derechos que tiene por parte del programa



- Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
- Conocer y entender sus derechos del programa Medicaid.
 - Hacer preguntas si es que no entiende cuales son sus derechos.
 - Saber que otras opciones de planes de salud existen en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
- Conocer y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - Seleccionar sin demora un plan de salud y a un Médico de Atención Primaria.
 - Hacer cualquier cambio de plan de salud y de Médico de Atención Primaria, según lo indique Medicaid y el plan de salud.
 - Acudir a sus consultas programadas.
 - Cancelar las consultas con anticipación cuando no pueda ir.
 - Siempre llamar primero a su Médico de Atención Primaria para consultar sus necesidades médicas que no sean de emergencia
 - Estar seguro de que tiene la aprobación de su Médico de Atención Primaria antes de consultar a un especialista.
 - Entender cuando debe ir a la sala de emergencias y cuando no.
3. Tiene que compartir con su Médico de Atención Primaria toda la información sobre su salud y enterarse sobre las opciones de los servicios y tratamientos. Es decir, tiene la responsabilidad de:
- Informar a su Médico de Atención Primaria sobre su salud.
 - Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y preguntarles
 - sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - Ayudar a los proveedores a obtener sus expedientes médicos.
4. Usted tiene que estar involucrado en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para mantenerse saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
- Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cual atención médica es la mejor para usted.
 - Darse cuenta de como las cosas que usted hace pueden afectar su salud.
 - Hacer un esfuerzo para mantenerse saludable.
 - Tratar con respeto a los proveedores y al personal.
 - Informarle a su proveedor de todos de sus medicamentos.

Si cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departament de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU. al **1-800-368-1019**. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en **www.hhs.gov/ocr**.

¿Qué hago si tengo una queja?

QUEJAS

¿Qué debería de hacer si tengo una queja sobre la atención médica, mi doctor, mi coordinador de servicios o mi plan de salud?

Nosotros queremos ayudarle. Si usted tiene una queja, por favor llámenos gratuitamente al **1-833-742-3127** para contarnos su problema. Un representante del Departamento de Servicio al Cliente de El Paso Health puede ayudarle a presentar una queja. Simplemente llame al **1-833-742-3127**. MPor lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Una vez que haya completado el trámite de quejas de El Paso Health, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC por sus siglas en inglés) llamando gratuitamente al **1-866-566-8989**. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor envíela a la siguiente dirección::

Texas Health and Human Services Commission



Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

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

hhs.texas.gov/managed-care-help

- **¿A quién debo llamar?** Puede llamar al 1-833-742-3127.
- **¿Alguien de El Paso Health puede ayudarme a presentar una queja?** Si es necesario, el Departamento de Servicios para Miembros de El Paso Health también lo ayudará con el proceso formal de quejas. El proceso de quejas implica una serie de pasos que puede seguir cuando no está satisfecho con la solución a su preocupación. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo a comprender el proceso de quejas, y luego también puede ayudarlo a atravesar el proceso, si lo desea.
- **¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?** Dentro de los (5) cinco días hábiles posteriores a recibir su queja verbal o escrita, le enviaremos una carta de acuse de recibo. La carta confirmará el día en que recibimos su queja. El Paso Health revisará los hechos y tomará una decisión dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de su queja. Se le enviará una carta de resolución.
- **¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?** No hay plazos para presentar una queja. Usted o su representante autorizado pueden presentar una queja verbalmente o por escrito.

Proceso de Apelación

El Paso Health debe completar todo el proceso de apelación estándar dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud inicial de apelación por escrito u oral, incluida la opción de extender hasta 14 días si solicita una extensión; o El Paso Health muestra que se necesita más información y como la demora es de su interés. Si El Paso Health necesita una extensión, recibirá una notificación por escrito del motivo de la demora.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Usted puede solicitar una apelación si no está de acuerdo con El Paso Health respecto a una decisión tomada sobre los servicios médicos cubiertos que solicitó. Tiene el derecho de apelar si sus servicios no fueron aprobados, o si solo se aprobaron o redujeron parte de los servicios que solicitó. Tiene 60 días a partir de la fecha en su carta de negación para solicitar la apelación

- **¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto pero El Paso Health lo niega o lo limita?** Usted o un representante pueden apelar la decisión de El Paso Health de denegar o limitar un servicio o medicamento que es un beneficio cubierto, o si El Paso Health no procesa su solicitud dentro de los plazos establecidos por el estado. Puede solicitar una apelación por la negación del pago de servicios en su totalidad o en parte.
- **¿Cómo sabre si los servicios fueron negados?**
 - Plazos para el proceso de Apelaciones: el MCO debe completar todo el proceso estándar de Apelación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud inicial por escrito u oral para la Apelación. Este plazo puede extenderse hasta 14 días a solicitud de un Miembro; o si el MCO muestra que se necesita más información y cómo la demora está en interés del Miembro. Si el MCO necesita extenderse, el Miembro debe recibir un aviso por escrito del motivo de la demora.
 - ¿Cuándo tiene derecho un Miembro a solicitar una Apelación? - incluir opción para la



- solicitud de una Apelación por negación del pago de servicios en su totalidad o en parte.
- Incluir notificación al Miembro de que para garantizar la continuidad de los servicios autorizados actuales, el Miembro debe presentar la Apelación en o antes de: 10 días siguientes al envío por correo del MCO del aviso de la Acción o la fecha efectiva prevista de la Acción propuesta.
 - Las Apelaciones deben ser aceptadas verbalmente o por escrito.
 - ¿Alguien de El Paso Health puede ayudarme a presentar una Apelación?
 - Opción del Miembro para solicitar una Revisión Médica Externa y Audiencia Estatal Imparcial a más tardar 120 días después de la fecha en que el MCO envía el aviso de decisión de la apelación.
 - Opción del Miembro para solicitar solo una Audiencia Estatal Imparcial a más tardar 120 días después de que el MCO envía el aviso de decisión de la apelación.

Apelación Expedita MCO

• ¿Qué es una Apelación de Emergencia?

Una Apelación de Emergencia es cuando El Paso Health debe tomar una decisión rápidamente basada en la condición de tu salud, y tomarse el tiempo para una apelación estándar podría poner en peligro tu vida o salud.

- **¿Cómo solicito una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?** Puedes enviar tu Apelación de Emergencia por escrito, por teléfono o por fax en los siguientes datos de contacto: El Paso Health

Attention: Complaints and Appeals Department

1145 Westmoreland Drive

El Paso, TX 79925

Teléfono: **1-833-742-3127**

Fax No.: 915-298-7872

Online: **www.elpasohealth.com**

- **¿La solicitud debe ser presentada por escrito?** No, usted puede presentar su solicitud de forma oral o por escrito.
- **¿Cuáles son los plazos para una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?** Una Apelación de Emergencia se resolverá dentro de tres (3) días hábiles, y si la apelación es por una emergencia en curso o permanecerá en el hospital, se tomará una (1) día hábil o menos para tomar una decisión. El Paso Health necesitará toda la información para nuestra Apelación de Emergencia.
- **¿Qué sucede si El Paso Health niega la solicitud de una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?** El Paso Health le informará si podemos tratar su solicitud como una Apelación de Emergencia o no. Si El Paso Health decide que su solicitud debe tratarse como una Apelación Estándar en lugar de una Apelación de Emergencia, le informaremos en dos (2) días o menos que su solicitud se tratará como una Apelación Estándar y la decisión sobre una Apelación Estándar se tomará dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de su solicitud de apelación. El Paso Health entregará su apelación a un médico o dentista que no haya revisado su solicitud antes, y conozca la condición o enfermedad que está apelando. La Apelación de Emergencia se completará en función de la urgencia de su condición médica. Si la apelación es por una emergencia en curso o si permanecerá en el hospital, se tomará una decisión en un (1) día hábil o menos. El Paso Health necesitará toda la información para su Apelación de Emergencia. El Paso Health llamará a su médico para notificarle la decisión. Usted y su médico recibirán la determinación por escrito en tres (3) días hábiles o menos. Si necesita más tiempo para trabajar en su apelación, puede solicitar catorce (14) días más. Si El Paso Health necesita más tiempo, le notificaremos. El Paso Health solo solicitará más tiempo si le beneficiará. Debe pasar por la Apelación de Emergencia de El Paso Health antes de solicitar una Audiencia Imparcial Acelerada. El Paso Health será responsable de



enviar cualquier información a HHSC. El Paso Health informará a HHSC qué decisión se tomó sobre la Apelación de Emergencia antes de enviar su solicitud para una Audiencia Imparcial Acelerada.

- **¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?** Puede ponerse en contacto con el Defensor de los Miembros o el Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-742-3127.

Audiencia Imparcial Estatal

¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud diciéndoles el nombre de la persona que desea que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si desea impugnar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la carta del plan de salud con la decisión de la apelación interna. Si no solicita la audiencia imparcial del estado dentro de los 120 días, puede perder su derecho a una audiencia imparcial del estado. Para solicitar una audiencia imparcial estatal, usted o su representante deben enviar una carta a El Paso Health a 1145 Westmoreland Drive, El Paso Texas 79925 o llamar al 1-833-742-3127.

Tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud hará negado o reducido, en función de los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la Audiencia imparcial estatal si solicita una Audiencia imparcial estatal antes de: (1) 10 días calendario posteriores a la fecha en que el plan de salud envió por correo la carta con la decisión de la apelación interna, o (2) el día en que la carta con la decisión de la apelación interna del plan de salud dice que su servicio se reducirá o finalizará. Si no solicita una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información que le permitirá saber la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se llevan a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden decir por qué necesita el servicio que le negó el plan de salud.

La HHSC le da una decisión final dentro de los 90 días a partir de la fecha en que solicito la audiencia.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?

Si cree que esperar una audiencia imparcial del estado pondrá en peligro grave su vida o su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar su función máxima, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial del estado de emergencia escribiendo o llamando a El Paso Health. Para calificar para una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interna de El Paso Health.

Revisión Médica Externa

Información sobre la Revisión Médica Externa

¿Se puede solicitar una Revisión Médica Externa?

Si usted, como miembro de El Paso Health, no está de acuerdo con nuestra decisión de apelación interna, tiene derecho a solicitar una revisión médica externa. Una revisión médica externa es un paso adicional opcional que el miembro puede tomar para que se revise el caso antes de que tenga lugar la audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta a El Paso Health indicándonos el nombre de la persona que el miembro quiere que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Usted o su representante deben solicitar la Revisión médica externa dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que El Paso Health envía la carta con la decisión de la apelación. Si no solicita la Revisión médica externa dentro de los 120 días, puede perder su derecho a una Revisión médica externa. Para solicitar una revisión médica externa, usted o su representante deben:

- Complete el 'Formulario de Solicitud de Revisión Médica Externa y Audiencia Imparcial del Estado'



que se proporciona como un archivo adjunto a la carta de Aviso de decisión de apelación interna de El Paso Health y envíelo por correo o fax a El Paso Health usando la dirección o el número de fax en la parte superior de la forma;

- Llame al **1-833-742-3127**;
- Envíe un correo electrónico a la MCO at **Complaints&Appeals Team@elpasohealth.com** o;

Si el Miembro solicita una Revisión Médica Externa dentro de los 10 días a partir del momento en que el Miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, el Miembro tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio denegado por el plan de salud, basado en servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la Audiencia de Feria Estatal. Si el Miembro no solicita una Revisión Médica Externa dentro de los 10 días a partir del momento en que el Miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, el servicio denegado será detenido.

El Miembro puede retirar su solicitud de Revisión Médica Externa antes de que sea asignada a una Organización de Revisión Independiente o mientras la Organización de Revisión Independiente esté revisando la solicitud de Revisión Médica Externa del Miembro. Una Organización de Revisión Independiente es una organización de terceros contratada por HHSC que lleva a cabo una Revisión Médica Externa durante los procesos de apelación de los Miembros relacionados con Determinaciones de Beneficios Adversos basados en necesidad funcional o necesidad médica. La Revisión Médica Externa no puede ser retirada si la Organización de Revisión Independiente ya ha completado la revisión y ha tomado una decisión.

Una vez que se recibe la decisión de la Revisión Médica Externa, el Miembro tiene derecho a retirar la solicitud de Audiencia de Feria Estatal. El Miembro puede retirar una solicitud de Audiencia de Feria Estatal oralmente o por escrito contactando al oficial de audiencias que figura en el Formulario 4803, Aviso de Audiencia.

Si el Miembro continúa con una Audiencia de Feria Estatal y la decisión de la Audiencia de Feria Estatal es diferente de la decisión de la Organización de Revisión Independiente, es la decisión de la Audiencia de Feria Estatal la que es final. La decisión de la Audiencia de Feria Estatal solo puede confirmar o aumentar los beneficios del Miembro de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar su función máxima, usted, sus padres o sus representantes legalmente autorizados pueden solicitar una revisión médica externa de emergencia y Audiencia estatal imparcial de emergencia escribiendo o llamando a El Paso Health. Para calificar para una Revisión Médica Externa de emergencia y una audiencia estatal de emergencia a través de HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de El Paso Health.

Reportar Abuso, Negligencia, o Explotación

¿Cómo puedo denunciar sospechas de abuso, negligencia o explotación?

Usted tiene derecho al respeto y la dignidad, incluida la libertad de Abuso, Negligencia y Explotación.

What is Abuse, Neglect, and/or Exploitation?

El Abuso es una lesión mental, emocional, física o sexual, o la falta de prevención de dicha lesión. La Negligencia resulta en hambre, deshidratación, sobremedicación o submedicación, condiciones de vida insalubres, etc. La Negligencia también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La Explotación es el uso indebido de los recursos de otra persona con fines personales o monetarios. Esto incluye tomar cheques de Seguro Social o SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario), abusar de



una cuenta corriente conjunta y tomar propiedad y otros recursos.

Denunciar Abuso, Negligencia y Explotación

La ley requiere que usted informe sospechas de Abuso, Negligencia o Explotación, incluido el uso no aprobado de restricciones o aislamiento cometido por un proveedor.

Llame al 9-1-1 en situaciones de emergencia o que pongan en peligro la vida.

Informe por teléfono (no es una emergencia) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de forma gratuita.

Informe al Departamento de Servicios para Personas Mayores y Discapacitadas (DADS) llamando al 1-800-647-7418 si la persona que está siendo abusada, descuidada o explotada vive en o recibe servicios de:

- Un hogar de ancianos;
- Una residencia asistida;
- Un centro de cuidado diurno para adultos;
- Un proveedor de cuidado de crianza de adultos con licencia; o
- Una agencia de apoyo domiciliario y comunitario (HCSSA) o una agencia de atención médica en el hogar.

El presunto Abuso, Negligencia o Explotación por parte de un HCSSA también debe ser reportado al Departamento de Servicios para Familias y de Protección (DFPS).

Informe cualquier otro presunto abuso, negligencia o explotación al DFPS llamando al **1-800-252-5400**.

Informe en línea (no es una emergencia)

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

Información útil para presentar un informe

Al informar sobre abuso, negligencia o explotación, es útil tener los nombres, edades, direcciones y números de teléfono de todas las personas involucradas.

Información sobre el Fraude

¿Desea denunciar algún mal manejo, abuso o fraude?

FRAUDE Y ABUSO

¿Desea denunciar algún mal manejo, abuso o fraude?

Avísenos si usted cree que un doctor, dentista, farmacéutico de una farmacia, otro proveedor de atención médica, o una persona que reciba beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malos manejos, abusos o fraudes, los cuales van contra la ley. Por ejemplo, díganos si usted cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios de Medicaid que no se brindaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.
- Está permitiendo que otra persona use su tarjeta de identificación de Medicaid.



- Está usando la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona.
- No está diciendo la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios..

Para denunciar algún mal manejo, abuso, o fraude, escoja uno de los siguientes

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG por sus siglas en inglés) al 1-800-436-6184;
- Visite **<https://oig.hhs.texas.gov/>**
Haga click en "Report Waste, Abuse, and Fraud" para llenar una forma por Internet;
- Puede reportarlo directamente a su plan de salud:

El Paso Health

1145 Westmoreland Dr.

El Paso, TX 79925

1-833-742-3127

1-866-356-8395

Para denunciar algún mal manejo, abuso o fraude, reúna toda la información posible.

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

INFORMACIÓN QUE TIENE QUE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE

Como miembro de El Paso Health, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red-por lo menos los doctores de atención médica primaria, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando nuevos pacientes.
- Cualquier restricción para escoger libremente a los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los trámites de quejas, apelaciones y audiencias imparciales.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y la amplitud de los beneficios. El propósito de esta información es de asegurarse que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Los procedimientos para obtener los beneficios, entre ellos, los requisitos de una autorización.
- Los procedimientos para obtener los beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y/o los límites de dichos beneficios.
- Como recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites de dichos beneficios, entre ellos:
 - Lo que significa un estado médico de emergencia, los servicios de emergencia y de post-estabilización.



- El hecho de que usted no requiere de una autorización previa por parte de su Médico de atención Primaria para recibir cuidados de emergencia.
- Como obtener servicios de emergencia, incluso como usar el sistema telefónico del 911 o u equivalente local.
- Las direcciones de los lugares donde los proveedores y hospitales prestan los servicios de emergencia que cuentan con cobertura por parte de Medicaid.
- Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir cuidados de emergencia.
- Las reglas sobre la post-estabilización
- Las normas sobre las referencias médicas a especialistas y a otros servicios que el Médico de Atención Primaria no brinda.
- Las pautas de práctica por parte de El Paso Health.



El Paso Health

HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925
Toll Free 1-833-742-3127

www.elpasohealth.com