



El Paso Health



Manual del Miembro STAR+PLUS

LLAME SIN COSTO AL

1-833-742-3127



Servicios de Valor Añadido de El Paso Health STAR+PLUS 2025-26

		En casa		Instalaciones de enfermería	
		Solo Medicaid	Dual	Solo Medicaid	Dual
	Ayuda para obtener transporte Un servicio de transporte gratuito para ayudarle a llegar a citas, clases de educación sobre la salud, ubicaciones de asistencia en Determinantes Sociales de la Salud o reuniones del Grupo Asesor de Miembros que no están cubiertas por el beneficio NEMT.	✓	✓	N/A	N/A
	Servicios dentales Los miembros dual elegibles reciben hasta \$1,000 cada año para revisiones dentales, rayos X, limpiezas, rellenos y extracciones de dientes sencillas para miembros STAR+PLUS que no tienen exención HCBS. Miembros únicamente con Medicaid reciben hasta \$600 cada año para revisiones dentales, rayos X y limpiezas (no extracciones) para miembros.	✓ asignación de \$300	✓ asignación de \$1,000	✓ asignación de \$600	✓ asignación de \$1,000
	Servicios adicionales de la vista \$125 para actualizaciones de marcos, lentes o lentes de contacto cada dos años.	✓ asignación bienal de \$125	N/A	✓ asignación bienal de \$125	N/A
	Servicios adicionales del doctor de los pies (podiatra) Visitas adicionales de rutina al podólogo (podología) cada año.	✓ 2 visitas	✓ 2 visitas	✓ 4 visitas	✓ 2 visitas
	Beneficios de medicamentos de venta libre / Servicios públicos Hasta \$160 una vez al año: una tarjeta de regalo de \$40 cada tres meses para asistencia de servicios públicos medicamentos de venta libre y otros suministros médicos o relacionados con la salud que no sean cubiertos por Medicaid, con previa solicitud.	✓	✓	N/A	N/A
	Servicios de Respuesta a Emergencias (ERS) Servicios de respuesta de emergencia para miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS de 21 años o más.	✓	✓	N/A	N/A
	Visitas en el hogar Hasta 20 horas adicionales de servicios de cuidado de relevo para miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS de 21 años o más.	✓	✓	N/A	N/A
	Servicios de Asignación 2,000 para aparatos auditivo cada dos años.	N/A	✓	N/A	✓
	Programa Healthy Eats Los miembros puede participar en el Programa de Comida Saludable y recibir una tarjeta de regalo de \$50 cada trimestre para obtener comida nutritiva. • Únicamente Medicaid: Miembro no dual diabético • Dual: Miembros de la exención que no son HCBS y que son diabéticos	✓	✓	N/A	N/A
	Comidas a domicilio Hasta 14 comidas saludables entregadas en su hogar después de ser dado de alta de un hospital o centro de enfermería para miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS.	✓	✓	N/A	N/A
	Panificación de Comidas Cuatro servicios adicionales de asesoramiento nutricional/planificación de comidas para miembros diabéticos de STAR+PLUS sin exención HCBS.	✓	✓	N/A	N/A
	Programa de ejercicio y bienestar Los miembros de STAR+PLUS pueden elegir entre el programa Get Fit de El Paso Health en el YMCA.	✓	✓	N/A	N/A

Servicios de Valor Añadido de El Paso Health STAR+PLUS 2025-26

	En casa		Instalaciones de enfermería	
	Solo Medicaid	Dual	Solo Medicaid	Dual
 Kit de Cuidado Reciba gratis una manta personal, calcetines antideslizantes, una bolsa de mano con accesorios y un reloj digital con letra grande .	N/A	N/A	✓	✓
 Repelente de plagas Repelente de plagas (enchufable) para los miembros con asma o EPOC que estan inscritos en el Programa de Control del Asma de El Paso Health.	✓	✓	N/A	N/A
 Funda de almohada hipoalergénica Una funda de almohada hipoalergénica para los miembros con asma o EPOC que surtan una nueva receta y sean inscritos en el Programa de Control del Asma de El Paso Health.	✓	✓	N/A	N/A
 Ayudad para GED para discapacidad intelectual/desarrollo Los afiliados que reúnan los requisitos recibirán apoyo para la preparación del Diploma de Equivalencia General por sus siglas en inglés, GED, ayuda para encontrar centros de examen y un vale para los gastos del examen. Solo una vez por afiliado.	✓	✓	N/A	N/A
 Ayuda adicional para mujeres embarazadas Las mujeres embarazadas pueden recibir: • Un asiento de seguridad para auto convertible gratuito luego de asistir a una fiesta de regalos para bebés de El Paso Health. • Una fiesta de regalos para bebés de First Steps, que incluye una pañalera, un suministro de pañales y otros artículos para bebé. Tarjetas de regalo por acudir a las consultas prenatales y después de la confirmación de su asistencia a las consultas para: • \$25 - Visita prenatal en el primer trimestre o en los 42 días siguientes a la inscripción. • \$25 - Tercera visita prenatal. • \$25 - Novena consulta prenatal. • \$25 - Una consulta posparto a tiempo 7 a 84 días después del parto. • \$25 - Sexta visita prenatal. • \$25 - Vacuna contra la gripe durante el embarazo. Miembros embarazadas de STAR+PLUS de 21 años o más deben recibir cuatro servicios adicionales de asesoramiento nutricional/planificación de comidas para recibir una tarjeta de regalo de \$25 para artículos relacionados con alimentos saludables.	✓	✓	N/A	N/A
 Servicios de Cortes de Cabello y de Cuidado Personal \$25 para cortes de cabello o servicios de cuidado personal cada tres meses.	N/A	N/A	✓	✓
 Incentivos al seguimiento de salud mental Tarjeta de regalo de \$25 para miembros que completan una visita de seguimiento al médico dentro de los 30 días posteriores al ser dado de alta del hospital por una enfermedad mental. Límite de una tarjeta de regalo cada 30 días.	✓	N/A	✓	N/A
 Programas de regalos Los miembros son elegibles para recibir una tarjeta de regalo de \$25 como agradecimiento de El Paso Health por completar los siguientes – Servicios Preventivos: • Tarjeta de regalo de \$25 para miembros después de completar unexamen anual de bienestar cada año. • Tarjeta de regalo de \$25 para miembros que reciben una vacuna anual contra la gripe y la vacuna contra el COVID-19. • Tarjeta de regalo de \$25 para miembros después de completar un análisis de sangre HbA1c cada año. • Tarjeta de regalo de \$25 para miembros después de completar un examen de la vista para diabéticos cada año. • Tarjeta de regalo de \$25 para miembros que tengan una visita de seguimiento al médico dentro de los 30 días posteriores al ser dado de alta del hospital una vez al año. Exámenes de detección de cáncer: • Tarjeta de regalo de \$25 para miembros que son mujeres de entre 21 y 64 años que se realicen una prueba de detección de cáncer de cuello uterino (una vez cada 3 años) • Tarjeta de regalo de \$25 para miembros que son mujeres de entre 50 a 74 años se realicen al menos una mamografía para detectar cáncer de mama. (una vez cada 2 años)	✓	N/A	✓	N/A



TABLA DE CONTENIDOS

MANUAL PARA LOS MIEMBROS	1
Introducción al Programa STAR de El Paso Health	1
Información acerca de los Servicios Médicos Administrados	1
Números Telefónicos e Información Importante	1
Tarjeta de identificación de El Paso Health	4
El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid	6
Información sobre cómo obtener un formulario de verificación temporal cuando se pierde o le roban la tarjeta de identificación del Medicaid de YTB Formulario 1027-A	7
MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	10
¿Qué tengo que llevar a la cita con el doctor?	10
¿Que es un Médico de Atención Primaria?	10
Su proveedor primario de atención médica en situaciones que no son de emergencia	10
¿Puede un especialista considerarse como un Proveedor de Atención Primaria?	11
¿Puede una clínica (RHC/FQHC) ser mi Proveedor de Atención Primaria?	11
¡Sí! El Paso Health le permite elegir una clínica como su Proveedor de Atención Primaria. Si usted tiene alguna pregunta, llame al El Paso Health al 1-833-742-3127.	11
¿Cómo escojo a un nuevo Médico de Atención Primaria?	11
¿Cuántas veces puedo cambiar de Médico de Atención Primaria?	11
¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de proveedor de atención primaria?	12
Razones por las cuales se puede negar un cambio de Médico de Atención Primaria	12
¿Puede mi proveedor de atención primaria cambiarme a otro proveedor de atención primaria por incumplimiento?	12
¿Qué ocurre si voy a un doctor que no es mi Médico de Atención Primaria?	12
¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?	13
INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	13
Planes de incentivos para doctores	13
BENEFICIOS	14
¿Cuáles son mis beneficios de atención medica de Medicaid?	14
¿Cómo obtengo estos servicios?	14
¿Cuáles son mis beneficios de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS)? Información sobre STAR+PLUS.	15
¿Cuáles son mis beneficios de cuidados intensivos?	15
¿Que servicios no estan cubiertos por Medicaid?	16
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?	16
¿Qué beneficios adicionales puedo recibir como Miembro del Plan de El Paso Health?	17
Servicios Adicionales	17
¿Cómo obtengo estos beneficios?	19
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece de El Paso Health?	19
¿Con cuáles otros servicios puede ayudarme de El Paso Health?	19
ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS	20
¿Qué significa “médicamente necesario”?	20
¿Qué es la atención médica de rutina?	21
¿Qué es la atención médica urgente?	21
¿Qué es la atención médica de emergencia?	22
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?	23



¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?	24
¿Qué es la post-estabilización?	24
¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio del Médico de Atención Primaria está cerrado?	24
¿Qué hago si estoy fuera del estado?	24
¿Qué hago si necesito ver a un especialista?	24
¿Qué significa una referencia médica?	24
¿Cuáles servicios no requieren de una referencia médica?	25
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	25
¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas del comportamiento (mental) o abuso de sustancias (drogas)?	25
¿Cuáles son los servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos dirigida a la salud mental?	26
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	26
¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?	27
Administración de Casos para Mujeres Embarazadas y Niños	27
¿Qué es el Programa de Intervención Temprana (ECI, por sus siglas en inglés)?	28
Servicios de ECI:	28
¿Qué es la administración de casos para los miembros con necesidades especiales de atención de la salud (MSHCN)?	28
¿Qué es la Coordinación de Servicios?	29
¿Tiene que ser mi doctor parte de la red de El Paso Health?	29
¿Qué hago si estoy fuera de la ciudad y a mi hijo(a) le toca un examen por parte del programa Pasos Sanos de Texas?	30
¿Y si soy trabajador de campo migrante?	30
¿Qué servicios de transporte médico no urgente (NEMT, por sus siglas en inglés) están disponibles para mí?	30
Servicios de transporte médico que no es emergencia (NEMT)	30
¿Cómo obtengo los servicios del cuidado de la vista?	31
¿Qué servicios dentales cubre El Paso Health para los niños?	31
¿Puede alguien interpretarme cuando hable con el doctor?	32
¿Qué hago si necesito atención de un doctor ginecólogo obstetra?	32
¿Cómo escojo a un doctor ginecólogo obstetra?	32
¿Qué hago si estoy embarazada?	33
¿Puedo escoger a un Médico de Atención Primaria antes de que nazca mi bebé?	34
¿Como y cuando puedo cambiar el Medico de Atención Primaria de mi bebé?	34
¿Cómo inscribo a mi bebe al nacer?	34
¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no estoy cubierta por Medicaid)?	34
¿A quién llamo si tengo alguna necesidad médica especial y necesito que alguien me ayude?	36
¿Qué hago si estoy demasiado enfermo para poder tomar decisiones sobre mi atención médica?	36
¿Que es una Directiva Anticipada?	36
¿Cómo obtengo una directiva anticipada?	38
¿Qué tengo que hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?	39
¿Qué pasa si pierdo mi cobertura de Medicaid?	39
¿Qué hago si recibo un cobro por parte del doctor?	40
¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme por servicios o suministros si estoy en Medicare y Medicaid?	40
¿Qué tengo que hacer si cambio de domicilio?	40



DERECHOS DEL MIEMBRO	41
¿Qué hago si tengo una queja?	43
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?	43
¿Cuánto tiempo tarda en tramitarse mi queja?	43
¿Puede ayudarme alguien de El Paso Health a presentar una queja?	44
PROCESO PARA APELAR UNA DETERMINACIÓN	44
ADVERSA DE STAR MEDICAID	44
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicina para mí, que está cubierto, pero El Paso Health lo niega o limita?	44
¿Cómo sabré si se niegan los servicios?	44
Tiempo permitido para el proceso de apelación.	44
¿Puedo seguir recibiendo los servicios médicos que El Paso Health ya ha aprobado?	44
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?	44
¿Puede alguien de El Paso Health ayudarme a presentar una apelación?	44
¿Puede alguien más presentar la apelación por mí?	45
¿Hay un plazo para presentar la apelación?	45
¿Cómo presento la apelación?	45
¿Quién revisará mi apelación?	45
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?	45
EMERGENCIA EL PASO HEALTH	46
APELACIÓN INTERNA	46
¿Qué es una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?	46
¿Cómo solicito una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?	46
¿La solicitud debe ser presentada por escrito?	46
¿Cuáles son los plazos para una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?	46
¿Qué sucede si El Paso Health niega la solicitud de una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?	46
¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?	46
¿Cómo sabré si mi apelación fue denegada?	47
AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL	47
¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?	47
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia??	48
INFORMACIÓN DE REVISIÓN MÉDICA EXTERNA	48
¿Se puede solicitar una Revisión Médica Externa?	48
¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?	49
¿Cómo puedo denunciar sospechas de abuso, negligencia o explotación?	49
¿Qué son el Abuso, la Negligencia y la Explotación?	49
FRAUDE Y ABUSO	50
¿Desea denunciar algún mal manejo, abuso o fraude?	50
INFORMACIÓN QUE TIENE QUE	51
ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE	51
DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN	52
GLOSARIO DE TERMINOS	53



IMPORTANT NOTICE TO MEMBERS

If you have any questions or need help, please call our Member Services Department at **1-833-742-3127** from 8 A.M. to 5 P.M. Mountain Time, Monday thru Friday. For the hearing impaired (TTY), dial 711. We can provide you with written or oral interpretation of the services provided. Call us toll free at **1-833-742-3127** to receive support aids and services, including this material in another format.

AVISO A LOS MIEMBROS

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-833-742-3127** de 8 A.M. a 5 P.M. horario de la montaña, de lunes a viernes. Nuestro número de teléfono TTY gratuito para personas con discapacidad auditiva es **1-855-532-3740**. 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.



MANUAL PARA LOS MIEMBROS

Introducción al Programa STAR de El Paso Health

¡Gracias por escoger a 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 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 disponibles para los miembros que se inscriban en el plan de salud.

Información acerca de los Servicios Médicos Administrados

El Paso Health es un programa que consiste en servicios médicos administrados. Los servicios médicos administrados le permiten escoger al Médico de Atención Primaria de su hijo(a). Este puede ser un doctor, un(a) enfermero(a) especializado(a) o un(a) asistente del doctor. En este manual, nos referiremos al Médico de Atención Primaria como “doctor o Médico de Atención Primaria”.

La ventaja más importante de los servicios médicos administrados es que su hijo(a) tendrá su propio doctor. Este doctor se asegurará de que su hijo(a) reciba los cuidados médicos que el/ella necesite. No es su responsabilidad buscar servicios médicos y hacer los arreglos correspondientes para recibirlos. El doctor le proporcionará la información que usted necesita saber para hacer buenas decisiones acerca del tratamiento de su hijo(a).

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 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

Servicios para los Miembros

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**.

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 interprete también estarán disponibles. No necesita una referencia para obtener servicios de salud mental.

Línea de Enfermería las 24 horas

Puedes llamar a nuestra línea gratuita de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-844-549-2826 (TTY 711). La línea está atendida por profesionales de la salud que son bilingües. Los servicios de intérpretes están disponibles para otros idiomas. Te ayudarán a decidir qué tipo de atención necesitas y te recomendarán que hagas una o más de las siguientes opciones:

- Quedarte en casa
- Ir a ver a tu médico al día siguiente
- Ir a una clínica de atención después del horario/nocturna o atención de urgencia
- Ir a la sala de emergencias
- Llame al 911



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.

Servicios de transporte médico que no son de emergencia (NEMT) y la línea directa de "¿Dónde está mi transporte?"

- Los servicios de NEMT y ¿Dónde está mi transporte? están disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana y los 365 días del año.
- Los miembros pueden acceder a los servicios de NEMT llamando al Access2Care al **1-855-584-3530** para agendar una cita para transporte.
- Los representantes del Centro de Atención de Access2Care consisten en individuos altamente calificados y entrenados, hablando Inglés y Español fluido. Puede comunicarse con los representantes de Access2Care llamando al **1-855-584-3530** sin costo.
- Los servicios de intérprete de Access2Care están disponibles si llama al **1-855-584-3530**.
- El número sin costo TDD de Access2Care es **711**.

Otros números telefónicos de utilidad:

- El teléfono de ayuda de programa STAR+PLUS es **1-800-964-2777**.
- El teléfono de transporte médico que no son de emergencia (NEMT), Access2Care es **1-855-584-3530**.
- Para ¿Dónde está mi transporte? **1-855-584-3530**.
- Para preguntas relacionadas con los servicios del cuidado de la vista, por favor, llame al **1-833-742-3127**.
- Equipo de Asistencia de Atención Administrada Ombudsman **1-866-566-8989**;
- El teléfono de los Servicios Médicos Administrados de Medicaid es el TDD# **1-866-222-4306**.
- Para información acerca de la farmacia, favor de llamar al El Paso Health al **1-833-742-3127**.
- Para preguntas acerca de los servicios dentales, llame a:
 - Liberty Dental **1-866-975-2435**
- Para encontrar ayuda en Texas, por favor llame a **2-1-1**. (STAR=PLUS Help line)



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	
Phone:	RxPCN: MCD	
Effective Date:	RxGRP: EPH	
	Service Coordinator/ 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 información acerca de que hacer en caso de una emergencia. Asegúrese de leer el reverso de la tarjeta ya que contiene. Tiene 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.

La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits

Frente de la tarjeta:

Aquí aparece su nombre.

Este es su número de identificación de Medicaid.

Este es el número de identificación de la agencia de la HHSC. Los doctores y otros proveedores necesitan este número.

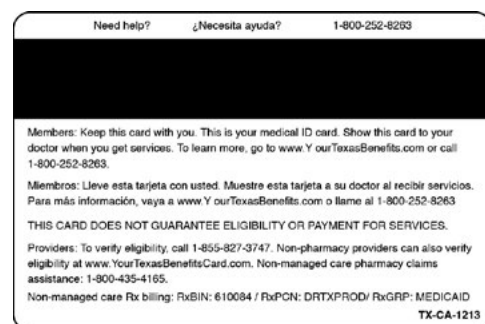
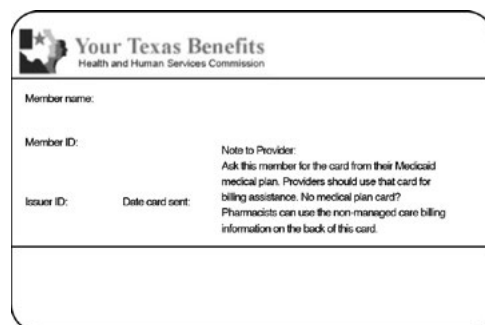
Esta es la fecha en que se le envió la tarjeta.

Reverso de la tarjeta:

Este mensaje es para usted.

Esto le recuerda a su doctor que se asegure de que usted todavía participa en el programa de Medicaid antes de darle servicios.

Estos mensajes ayudan a los doctores y proveedores a cobrar los servicios que le dan.





Información sobre cómo obtener un formulario de verificación temporal cuando se pierde o le roban la tarjeta de identificación del Medicaid de YTB Formulario 1027-A

La Forma 1027-A de la HHSC se llama Forma de Verificación Temporal. Sirve para que los miembros que cumplen con los requisitos de Medicaid o, que pueden ser elegibles, tengan un documento que verifique su elegibilidad. Esta forma solo se emite cuando ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Su elegibilidad de Medicaid estaba relacionada con cuidado temporal de orfanato o adopción
- No le asignaron un número de cliente de Medicaid
- No se envió la tarjeta actual de Medicaid
- Se perdió la tarjeta o no está disponible
- El caso de Medicaid está en espera

**MEDICAID ELIGIBILITY VERIFICATION**
CONFIRMACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID

Name of Doctor/Nombre del Doctor	Name of Pharmacy/Nombre de la Farmacia
----------------------------------	--

THIS FORM COVERS ONLY THE DATES SHOWN BELOW. IT IS NOT VALID FOR ANY DAYS BEFORE OR AFTER THESE DATES.

ESTA FORMA ES VALIDA SOLAMENTE EN LAS FECHAS INDICADAS ABAJO. NO ES VALIDA NI ANTES NI DESPUES DE ESTAS FECHAS.

☐ Each person listed below has applied for and is eligible for MEDICAID BENEFITS for the dates indicated below, but has not yet received a client number. Do not submit a claim until you are given a client number. Pharmacist have 90 days from the date the number is issued to file clean claims. However, check your provider manual because other providers may have different filling deadlines. Call the eligibility worker named below if you have not been given the client number(s) within 15 days.

☐ Each person listed below is eligible for MEDICAID BENEFITS for dates indicated below. The Medicaid identification form is lost or late. The client number must appear on all claims for health services.

Date Eligibility Verified	Verification Method ☐ Local DCU ☐ SAVERR Direct Inquiry ☐ Regional Procedure ☐ S.O DCU (A & D Staff Only)	BIN 610098
---------------------------	--	----------------------

CLIENT NAME NOMBRE DEL CLIENTE	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	CLIENT NO. CLIENTE NÚM.	ELIGIBILITY DATES PERÍODO DE ELEGIBILIDAD		MEDICARE CLAIM NO. NÚM. DE RECLAMO DE MEDICARE	STAR+PLUS HEALTH PLAN INFORMATION INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD STAR+PLUS Plan name and Member Services Toll-Free Telephone No. Nombre del Plan y el Teléfono de Servicios para Miembros para Llamar Gratis
			From/Desde	Through/Hasta		

I hereby certified, under penalty or perjury and/ or are fraud, that the above client(s) have lost, have not received, or have no access to the Medicaid benefits (services or supplies), you give an assign to the state of Texas your CAUTION: If you accept Medicaid benefits (services or supplies), you give an assign to the state of Texas your right to receive payments for those services or supplies from other insurance companies and other liable sources, up to the amount needed to cover what Medicaid spent.

comprobar nuestra elegibilidad para Medicaid durante el período cubierto específico arriba. Comprendo que usar esta confirmación para obtener beneficios (servicios o artículos) de Medicaid para alguna persona no nombrada arriba como beneficiario constituye fraude es castigable por una multa y/o la cárcel.

Por este medio certifico, bajo pena perjurio y/o fraude, que los clientes nombrados arriba hemos perdido, no hemos recibido o por otra razón no tenemos en nuestro poder la identificación para Medicaid (Forma 3087) del corriente mes. Solicite y recibi esta Confirmación de Elegibilidad Médica (Forma 1027-A) para

ADVERTENCIA: Si usted acepta beneficios de Mary Kate (servicios o artículos) otorga y concede al estado de Texas el derecho a recibir pagos por los servicios o artículos de otras compañías de seguros y otras fuentes responsables, hasta completar la cantidad que se requiere para cubrir lo que haya gastado Medicaid

Signature-Client or Representative/Firm-Cliente o Representante Date/Fecha

Office Address and Telephone No./Oficina y Teléfono

Name of Worker (type)/Nombre del Trabajador	Worker B/N	WORKER SIGNATURE X	Date
Name of Supervisor* (type)/Nombre del Supervisor*	Supervisor* B/N	SUPERVISOR SIGNATURE X	Date



Medicaid clients do not have to pay bills that Medicaid should pay. It is very important that you tell your doctor, hospital, drug store, and other healthcare providers right away that you have Medicaid. If you do not tell them that you have Medicaid you may have to pay these bills. If you get a bill from the doctor, hospital, or other healthcare provider, ask the provider why they are billing you. If you still get a bill call the Medicaid hotline at 1-800-252-8263 for help. If Medicaid will not pay the bill or if Medicaid benefits (services and supplies) are denied, you may request a fair hearing by writing to the address or calling the telephone number listed on the letter you get.

NOTE: Family planning clinics and other providers give free physical exams, lab test, birth control methods (including sterilization), and contraceptive counseling.

El cliente de medicaid no tiene que pagar cuentas médicas que medicaid debe pagar. Es muy importante que usted diga inmediatamente a su médico, al hospital, a la farmacia, y a otros proveedores de servicio médicos que usted tiene Medicaid. Si no les dice que tiene Medicaid, puede que usted tenga que pagar estas cuentas. Si usted recibe una cuenta de un doctor, un hospital, u otro proveedor de servicios médicos, pregunte por qué le mandó la cuenta. Si todavía le mandan una cuenta, llame al número directo de Medicaid al 1-800-252-8263 para pedir ayuda. Si Medicaid no va a pagar la cuenta o si se niegan los beneficios de Medicaid (los servicios o los artículos), usted puede pedir por escrito una audiencia imparcial. La dirección y el número de teléfono aparece en la carta que recibió.

NOTA: Las clínicas de planificación familiar y los otros proveedores ofrecen gratis exámenes físicos, análisis de laboratorio, métodos anticonceptivos (inclusive la esterilización) y consejería sobre los anticonceptivos.

PROVIDER INFORMATION/INFORMACION PARA EL PROVEEDOR

Only those people listed under "CLIENT NAME" have Medicaid coverage. Payment is allowed ONLY for services received during the eligibility dates reflected on the front of this form.

PLEASE NOTE: Payment of Family Planning Services is available without the consent of the client's parent or spouse. Confidentiality is required. Family planning drugs, supplies, and services are exempt from the prescription drug and LIMITED restrictions.

Key to the terms that may appear on this form:

LIMITED—Except for the family planning services, and for Texas Health Steps (EPSDT), medical screening, dental, and hearing aid services, the client is limited to seeing the doctor **and/or** limited to using the pharmacy name on the form for drugs obtain through the Vendor Drug Program. In the event of an emergency medical conditions as defined below the "LIMITED" restriction does not apply.

EMERGENCY—The client is limited to coverage for an emergency medical condition. This means a medical condition (including emergency labor and delivery) manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that a prudent layperson (who possesses an average knowledge of health and medicine) would think that the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to result in (1) placing the patient's health and serious jeopardy, (2) serious impairing to bodily functions, or (3) serious dysfunction of any bodily organ or part.

HOSPICE—The client is in hospice and waives the right to receive services related to the terminal condition through other Medicaid programs. If a client claims to have canceled hospice, call the local hospice agency or DHS to verify.

QMB—The Medicaid agency is providing coverage of Medicare premiums, deductibles, and coinsurance liabilities, but the client is not eligible for regular Medicaid benefits.

MQMB—the Medicaid agency is providing regular Medicaid coverage as well as coverage of Medicare premiums, deductibles, and coinsurance liabilities.

PE—Medicaid coverage only family planning and medically necessary outpatient services.

STAR/STAR+PLUS HEALTH PLAN—The client is enrolled in the Medicaid Managed Care program and is assigned to the health plan named on the form.

NOTE TO PHARMACY: Medicaid will pay more than three prescriptions each month for any Medicaid client who is under age 21, or lives in a nursing facility, or has the STAR/STAR+PLUS Health Plan, or get services through the Community Living Assistance and Support Services (CLASS), Community-Based Alternatives (CBA) and other non-SSI community-based waiver programs. Clients with Medicare who are enrolled in the STAR+PLUS may be limited to three prescriptions per month.



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Qué tengo que llevar a la cita con el doctor?

Cuando tenga que ver al Médico de Atención Primaria de su hijo(a), llame al consultorio antes y haga una cita. No tendrá que esperar mucho si lo hace.

Cuando llame, esté listo para hablar con la recepcionista sobre los problemas de salud de su hijo(a) o hacerle cualquier pregunta. Es importante que sea puntual a la cita de su hijo(a). Si tiene que cancelar una cita con el Médico de Atención Primaria de su hijo(a), por favor, llame a su consultorio lo antes posible.

Si su hijo(a) tiene un problema médico que requiere atención el mismo día, llame inmediatamente al Médico de Atención Primaria. El Médico de Atención Primaria le dirá que debe hacer. Usted deberá llevar su tarjeta de Medicaid **“Sus Beneficios de Texas”** y su **tarjeta de identificación del Plan de El Paso Health** cada vez que requiera servicios médicos.

¿Que es un Médico de Atención Primaria?

Su proveedor primario de atención médica en situaciones que no son de emergencia

El Médico de Atención Primaria de su hijo(a) es la primera persona a la que usted debe llamar cuando su hijo(a) tiene un problema médico o cuando usted tiene una pregunta sobre la salud de su hijo(a). El Médico de Atención Primaria de su hijo(a) le brindará la atención que necesita o le enviará a alguien más que pueda asistirle. Los miembros de STAR+PLUS que están bajo Medicaid, no se le asignará Médico de Atención Primaria.

Su Médico de Atención Primaria se encargará de:

- Proporcionar cuidado preventivo y enseñanzas para un estilo de vida saludable
- Identificar y tratar condiciones médicas comunes
- Enviarlos con un especialista cuando sea necesario

Los siguientes son algunos ejemplos de los servicios que el Médico de Atención Primaria le puede brindar a su hijo(a):

- Exámenes que ayudan a su hijo(a) a mantenerse sano
- Vacunas que previenen enfermedades
- Tratamiento para problemas de salud comunes
- Arreglos para que a su hijo(a) le hagan pruebas médicas o le den tratamiento cuando sea necesario
- Arreglos para que su hijo(a) vea a un especialista (doctor especial) cuando sea necesario
- Ayuda para tomar decisiones sobre la atención médica de su hijo(a), por ejemplo, si debe operarse o no

¿Cómo cambio de Médico de Atención Primaria?

Si después se da cuenta que el Médico de Atención Primaria que escogió para usted o su bebé no satisface sus necesidades, puede llamar en cualquier momento para escoger a otro.

Para cambiar de Médico de Atención Primaria, llame a la línea de Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127**. Un representante de Servicio al Cliente le ayudará a hacer el cambio. Haremos todo lo posible por ayudarle a encontrar al doctor ideal para usted. Nuestro representante de Servicio al Cliente también le dirá cuando puede empezar a ver a su nuevo Médico de Atención Primaria.

Por favor, no cambie de Médico de Atención Primaria sin avisar a El Paso Health. Si ve a un nuevo Médico de Atención Primaria sin avisarnos, puede ser que los servicios no cuenten con cobertura.

Si su Médico de Atención Primaria decide dejar a El Paso Health y usted está recibiendo tratamiento,



haremos los arreglos para que siga recibiendo el tratamiento con su Médico de Atención Primaria hasta que termine el tratamiento o usted escoja a un nuevo Médico de Atención Primaria que esté capacitado para tratar su padecimiento y usted esté de acuerdo.

¿Puede un especialista considerarse como un Proveedor de Atención Primaria?

¡Sí! Si usted es mujer, puede elegir un obstetra (OB) o ginecólogo (GYN) como su proveedor de atención primaria. Llame al El Paso Health al **1-833-742-3127** para encontrar un proveedor de OB/GYN que es también un proveedor de atención primaria.

Usted tendrá que elegir un proveedor de atención primaria para cada miembro en su familia que es elegible. Usted puede elegir entre:

- Pediatras (solo atienden a niños)
- General/Medicina Familiar (atienden a todas las edades)
- Medicina Interna (por lo general atienden a los adultos)
- Obstetras/Ginecólogos (atienden a las mujeres)
- Centros de Salud Calificados Federalmente / Clínicas de Salud Rural (RHC/FQHC)

¿Puede una clínica (RHC/FQHC) ser mi Proveedor de Atención Primaria?

¡Sí! El Paso Health le permite elegir una clínica como su Proveedor de Atención Primaria. Si usted tiene alguna pregunta, llame al El Paso Health al **1-833-742-3127**.

¿Cómo escojo a un nuevo Médico de Atención Primaria?

Para escoger a otro Médico de Atención Primaria, siga estos sencillos pasos:

- Vea la lista de Médicos de Atención Primaria en El Paso Health.
- Vea quien habla su idioma.
- Vea quien tiene un consultorio en la zona donde usted vive o si este le queda lo suficientemente cerca para llegar con facilidad.
- Escoja a su Médico de Atención Primaria.

Cuando haya escogido a un Médico de Atención Primaria, llame a la línea de Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127**. Le enviaremos una tarjeta de identificación de El Paso Health con el nombre y el teléfono del Médico de Atención Primaria..

Recuerde que si no escoge a un Médico de Atención Primaria, nosotros escogeremos uno por usted. Si usted no desea al Médico de Atención Primaria que escogimos por usted, usted puede llamar y escoger a otro.

No olvide guardar la lista de proveedores de El Paso Health. Si la pierde, puede llamar a la línea de Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127**, para recibir otra copia.

¿Cuántas veces puedo cambiar de Médico de Atención Primaria?

No existe un límite de cuantas veces puede cambiar a su Médico de Atención Primaria. Usted puede cambiar de Médico de Atención Primaria llamándonos al **1-833-742-3127** o escribiéndonos a:

El Paso Health
Member Services / Enrollment
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, Texas 79925



¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de proveedor de atención primaria?

Si llama para cambiar a su proveedor de atención primaria, el cambio ocurrirá el día que llame para hacer el cambio. Una vez que haya cambiado su médico, obtendrá una nueva tarjeta de identificación de miembro de El Paso Health con su nombre y número de teléfono.

Razones por las cuales se puede negar un cambio de Médico de Atención Primaria

- El Médico de Atención Primaria que escogió no acepta a nuevos pacientes.
- El Médico de Atención Primaria que escogió no es parte de El Paso Health

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

Un proveedor puede pedirle que elija otro proveedor de atención primaria si:

- A menudo pierde las visitas sin llamar a su proveedor de atención primaria para decir que no estará allí.
- No sigue los consejos de su proveedor de atención primaria.
- Usted y el proveedor no se llevan bien.
- Usted pierde muchas citas.

Si su proveedor de atención primaria solicita un cambio, recibirá una carta por correo. Usted podrá elegir un nuevo proveedor de atención primaria. Si no elige un nuevo proveedor de atención primaria, se elegirá uno para usted.

Recuerde, para que usted reciba la mejor atención médica, su proveedor de atención primaria necesita conocer su información médica. Su información médica es privada: solo usted, su proveedor de atención primaria y otras personas autorizadas pueden verlos. Si cambia de proveedor de atención primaria, asegúrese de darle a su nuevo proveedor de atención primaria cualquier información para que pueda obtener la mejor atención posible.

¿Qué ocurre si voy a un doctor que no es mi Médico de Atención Primaria?

Por favor, no cambie de Médico de Atención Primaria sin avisar a El Paso Health. Si ve a un nuevo Médico de Atención Primaria sin avisarnos, puede ser que los servicios no cuenten con cobertura.

Pero usted puede acudir a cualquier proveedor que acepte Medicaid si usted necesita::

- Atención de emergencia las 24 horas del día en una sala de emergencias
- Pasos Sanos de Tejas
- Servicios y artículos de planificación familiar

Si usted necesita servicios para la salud mental o abuso de sustancias, debe llamar al número de Salud Mental y Abuso de Sustancias que aparece en la tarjeta de identificación. El teléfono es el **1-877-377-2950**. Los servicios de salud mental y abuso de sustancias son muy confidenciales, así que no necesita permiso del Médico de Atención Primaria para recibirlos.

Si necesita un examen periódico de la vista, usted no necesita una referencia médica. Sin embargo, si tiene algún problema de la vista, debe conseguir una referencia médica del Médico de Atención Primaria. Escoja a un proveedor de servicios de la vista del directorio de proveedores de El Paso Health. Usted debe escoger a un proveedor del directorio de El Paso Health.



El Médico de Atención Primaria que lo envíe a otro doctor tiene que brindarle atención médica. Si consulta a un doctor sin que su Médico de Atención Primaria lo haya enviado, usted quizá tenga que pagar la cuenta médica. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, por favor, llame a la línea de Servicio al Cliente. El teléfono es **1-833-742-3127**.

¿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

El MCO no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Médicamente Necesarios cubiertos para los miembros.

El Paso Health no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Médicamente Necesarios cubiertos para los miembros. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de cuidado primario (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar al **1-833-742-3127** para más información.

CÓMO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda 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 de Medicaid?

¡El Paso Health le brinda todos los servicios cubiertos a los que tiene derecho a recibir a través de Medicaid y, a veces más!

Usted obtiene:

- Atención de emergencia las 24 horas en la sala de emergencias;
- ABA (Servicios de autismo) para clientes que tienen 20 años de edad o menos cuando se cumplen los criterios.
- Una revisión anual;
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias;
- Servicios en un centro de maternidad;
- Servicios de quiroprácticos (doctores de la espalda);
- Diálisis (asistencia por medio de una máquina) para problemas del riñón;
- Equipo médico durable y artículos (sillas de ruedas);
- Consultas con el doctor de la audición y auriculares;
- Servicios y artículos de planificación familiar (como los métodos anticonceptivos);
- Servicios de un doctor de los pies;
- Ayuda contra el abuso de sustancias (como el alcohol o las drogas);
- Servicios de salud en casa (atención médica en casa);
- Atención de hospital aprobados por el Plan de Salud de El Paso Health;
- Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV por sus siglas en inglés), un beneficio para los hombres entre 9 y 26 años;
- Servicios de laboratorio;
- Mastectomía y procedimientos de reconstrucción de seno;
- Atención médica necesaria para adultos y niños;
- Un examen de la boca y esmalte dental con fluoruro hecho por su doctor primario, junto con un examen médico de Pasos Sanos de Texas para niños entre 6 meses y 35 meses;
- Atención prenatal;
- Servicios de cuidado primario para mantenerse sano;
- Vacunas para niños y jóvenes menores de 21 años;
- Servicios de especialistas;
- Cirugía sin tener que pasar la noche en el hospital;
- Servicios de ambulancia si los necesita;
- Telesalud/Telemedicina
- Terapias (física, del habla y ocupacional);
- Trasplante de órganos y tejidos (como el corazón y el riñón);
- Servicios de la vista (exámenes de la vista y anteojos);
- Servicios de radiografías.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su Médico de Atención Primaria, junto con El Paso Health le pueden ayudar a recibir estos servicios. Cuando tenga preguntas sobre los servicios de atención médica, llame al Departamento de Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127**, entre las 8 a.m. y las 5 p.m., hora de la montaña. Un representante de El Paso Health siempre estará disponible para servirle.



¿Existe algún tipo de límite para cualquier servicio que cuenta con cobertura?

Es posible que algunos servicios necesiten autorización previa. Para información sobre cuales servicios necesitan autorización previa, por favor llame al Departamento de Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127**.

¿Cuáles son mis beneficios de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS)? Información sobre STAR+PLUS.

Los LTSS son servicios destinados a ayudar a los miembros de STAR+PLUS que necesitan ayuda con tareas cotidianas como vestirse, preparar comidas, limpieza ligera del hogar o cuidado personal. El tipo de atención que puedes recibir depende de la categoría de elegibilidad de Medicaid en la que te encuentres:

- Otros Cuidados Comunitarios (OCC)
- Elección Comunitaria Primaria (CFC)
- Exención HCBS STAR+PLUS (SPW)

Algunos de los servicios de LTSS incluyen:

- Cuidado personal/Asistencia personal en el hogar
- Servicios de actividades diurnas y de salud (DAHS)
- Modificaciones menores en el hogar
- Ayudas adaptativas
- Cuidado en hogares de acogida/adultos en el hogar
- Comidas entregadas en el hogar
- Vivienda asistida
- Servicios de asistencia para la transición (para miembros que abandonan un centro de enfermería)
- Respiro
- Empleo con apoyo

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

- Sí. Si vives en un centro de enfermería, la mayor parte de tu atención vendrá del centro de enfermería.

¿A qué número llamo para obtener información sobre estos servicios?

- Puedes llamar al departamento de Servicios para Miembros de El Paso Health al 1-833-742-3127 en cualquier momento entre las 8 a. m. y las 5 p. m., hora de la montaña, para preguntas sobre los beneficios de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS) disponibles para ti.

¿Cuáles son mis beneficios de cuidados intensivos?

Tu proveedor de atención primaria, junto con El Paso Health, puede ayudarte a recibir estos servicios. Los beneficios de atención aguda incluyen:

- Visitas rutinarias al médico
- Cuidado preventivo y de especialistas
- Atención hospitalaria
- Recetas médicas
- Servicios de salud conductual (hospitalización o ambulatorios)
- Tamizajes, diagnósticos y tratamiento de cáncer
- Diálisis
- Servicios de parto
- Servicios de audiología
- Servicios quiroprácticos
- Planificación familiar



Puedes llamar al departamento de Servicios para Miembros de El Paso Health al **1-833-742-3127** en cualquier momento entre las 8 a. m. y las 5 p. m., hora de la montaña, para preguntas sobre todos los beneficios de atención aguda disponibles para ti.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Primero debes reunirte con tu Coordinador de Servicios para hablar sobre qué tipo de ayuda necesitas y si cumples con los requisitos. Llama al **1-833-742-3127** para obtener más información sobre estos servicios.

¿Que servicios no estan cubiertos por Medicaid?

Hay algunos servicios de salud de Medicaid que no cuentan con cobertura. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Cualquier servicio que no necesite (que no sea médicamente necesario);
- Cualquier servicio que su Médico de Atención Primaria no autorice; o,
- Cualquier servicio que reciba fuera de Estados Unidos;
- Inseminación artificial;
- Autopsias;
- Terapia de biorretroalimentación;
- Cirugía cosmética (como cirugía plástica de la cara);
- Dentaduras postizas o implantes endoóseos para adultos;
- Perforación de oídos;
- Procedimientos o medicinas experimentales;
- Trasplante de cabello;
- Curaciones que usan agujas y alfileres (acupuntura);
- Servicios hospitalarios para sobrellevar el dolor de la muerte de un ser querido;
- Hipnosis;
- Tratamiento de la infertilidad;
- Cirugía para corregir la intersexualidad;
- Dispositivo intragástrico para la obesidad;
- Fecundación in vitro;
- Terapia matrimonial;
- Mastectomía para diagnosticar una enfermedad fibroquística si no se han documentado factores de riesgo;
- Documentos e informes médicos;
- Prótesis de pene;
- Servicios de cuidado durante el reposo;
- Inversión de la esterilización;
- Servicios no autorizados.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Usted puede obtener recetas ilimitadas a través de la cobertura de Medicaid mientras vaya a una farmacia en la red de El Paso Health. Hay algunos medicamentos que no pueden ser cubiertos por Medicaid. Una farmacia en la red de El Paso Health le puede indicar cuáles medicamentos no están cubiertos, o ayudarlo a encontrar otro medicamento que esté cubierto. También puede preguntar a su médico o clínica sobre qué medicamentos están cubiertos, y que es mejor para usted.

Si desea que te enviemos una copia del formulario de medicamentos por correo, por favor llama a Servicios para Miembros al **1-833-742-3127**. Ten en cuenta que no hay cargo por la copia y los formularios de medicamentos se actualizan cada enero y julio.



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

A partir del 1 de septiembre del 2025, los miembros de El Paso Health pueden recibir los siguientes servicios adicionales:

STAR+PLUS (Medicaid)	Restricciones aplicables
Servicio de transporte gratuito para ayudarle a llegar a citas médicas, clases de educación en salud, ubicaciones relacionadas con determinantes sociales de la salud no médicos o reuniones del Grupo Asesor de Miembros que no están cubiertas por el beneficio NEMT.	Solo disponible cuando el transporte es hacia un servicio no cubierto. Por ejemplo, se puede aprobar transporte adicional para familiares que acompañen a citas médicas o clases de educación en salud.
Hasta \$300 por año para chequeos dentales, radiografías y limpiezas para miembros que no pertenecen a la exención HCBS.	Este servicio adicional (VAS) está disponible una vez cada 12 meses para miembros de Medicaid únicamente, no HCBS. Requiere autorización.
\$125 para actualización de lentes, ya sea en armazones, lentes o lentes de contacto cada dos años.	Requiere receta válida.
Servicios de respuesta de emergencia para miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS de 21 años o más.	Requiere autorización.
Hasta 20 horas adicionales de servicios de cuidado de relevo para miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS de 21 años o más.	Limitado a un máximo de 20 horas por año calendario para miembros entre 21 y 100 años que no estén inscritos en la exención HCBS. Requiere autorización.
Miembros no dual diabéticos pueden participar en el programa "Healthy Eats" y recibir una tarjeta de regalo de \$50 cada trimestre para adquirir comida nutritiva.	Límite de una tarjeta de \$50 por trimestre. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre ni al próximo año.
Hasta 14 comidas saludables entregadas en casa después del alta de un hospital o centro de cuidados.	Requiere autorización.
Hasta \$160 por año: tarjeta de regalo de \$40 cada tres meses para usar en servicios públicos, medicamentos de venta libre u otros artículos de salud no cubiertos por Medicaid.	Límite trimestral de \$40. No se transfiere al siguiente trimestre o año.
Los miembros pueden participar en el programa "Get Fit" de El Paso Health en la YMCA.	Sin restricciones
Los miembros son elegibles para recibir una tarjeta de regalo como agradecimiento de El Paso Health por completar los siguientes: \$25 por completar visitas preventivas anuales: • Visita de bienestar • Prueba de HbA1C • Examen de ojos para diabéticos • Vacunas contra la gripe y el COVID	Limitado a una tarjeta por servicio preventivo al año.



STAR+PLUS (Medicaid)	Restricciones aplicables
\$25 por exámenes de detección de cáncer: • Papanicolaou (una vez cada 3 años) • Mamografía (una vez cada 2 años)	Las tarjetas de regalo están limitadas a una cada tres años para exámenes de detección de cáncer de cuello uterino en miembros de entre 21 y 64 años, y a una cada dos años para mamografías en miembros de entre 50 y 74 años.
\$25 por visita de seguimiento con su médico dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria	Las tarjetas de regalo están limitadas a una vez por año.
Dos (2) visitas adicionales rutinarias con el podólogo por año.	Requiere autorización.
Cuatro consultas adicionales sobre nutrición / planificación de comidas para miembros diabéticos no HCBS.	Solo disponible para miembros no HCBS. Requiere autorización.
Una funda de almohada hipoalérgica para los miembros con asma o EPOC que surtan una nueva receta y sean inscritos en el Programa de Control del Asma de El Paso Health.	Una vez al año, los miembros con asma o EPOC que surtan una nueva receta son elegibles para recibir una funda de almohada hipoalérgica al inscribirse en el Programa de Control de Asma de El Paso Health
Enchufes repelentes de plagas para miembros con asma o EPOC inscritos en el programa de manejo de enfermedades de El Paso Health.	Una vez al año, los miembros deben tener un diagnóstico de asma o EPOC y surtir una nueva receta.
\$25 por visita de seguimiento con el médico dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria por una enfermedad mental.	Límite de una tarjeta de regalo cada 30 días.
Apoyo en la preparación del GED, ayuda para encontrar centros de examen y un cupón para cubrir el costo del examen. Una vez por miembro durante su vida.	El VAS está limitado a uno por miembro durante toda su vida. El miembro debe haber sido parte de EPH durante seis meses.
Beneficios para miembros embarazadas: Un asiento de seguridad convertible gratuito tras asistir a un “baby shower” en El Paso Health.	Las miembros embarazadas de STAR+PLUS deben completar un baby shower (clase de embarazo) en El Paso Health para recibir un asiento de automóvil convertible gratuito. Limitado a un asiento convertible gratuito por embarazo.
Beneficios para miembros embarazadas: Un baby shower “First-Steps” con una pañalera, pañales y otros artículos para el bebé.	Las miembros embarazadas de STAR+PLUS deben completar una clase de embarazo (baby shower) en El Paso Health para recibir una bolsa de pañales, un suministro inicial de pañales y otros artículos, como loción para bebé y toallitas húmedas. La bolsa de pañales, el suministro inicial de pañales y los demás artículos están limitados por embarazo.



STAR+PLUS (Medicaid)	Restricciones aplicables
Tarjetas de regalo por completar visitas prenatales: • \$25 – visita en el primer trimestre o dentro de los 42 días desde la inscripción • \$25 – tercera visita prenatal • \$25 – sexta visita prenatal • \$25 – novena visita prenatal • \$25 – vacuna contra la gripe durante el embarazo • \$25 – visita posparto entre 7 y 84 días después del parto	Las miembros embarazadas pueden recibir tarjetas de regalo por completar visitas prenatales, una vez confirmadas dichas visitas. Para la 1.^a, 3.^a, 6.^a y 9.^a visita prenatal, las miembros deben notificarnos que están embarazadas antes de tener al bebé, ya sea llamándonos o enviando un formulario de Notificación de Embarazo (NOP) completo. El conteo de visitas prenatales comienza después de que se nos haya notificado el embarazo. Para obtener la recompensa por la primera visita, esta debe completarse dentro de los 42 días posteriores a la inscripción en El Paso Health. La visita médica posparto debe completarse entre los 7 y 84 días después del parto. En cuanto a la vacuna anual contra la gripe, está limitada a una por temporada, de septiembre a abril.
Miembros embarazadas de STAR+PLUS de 21 años o más deben recibir cuatro servicios adicionales de asesoramiento nutricional/planificación de comidas para recibir una tarjeta de regalo de \$25 para artículos relacionados con alimentos saludables.	Disponible solo para miembros embarazadas de STAR+PLUS Medicaid entre 21 y 65 años de edad.



STAR+PLUS (DUAL)	Restricciones aplicables
Servicio de transporte gratuito para ayudarle a llegar a citas médicas, clases de educación en salud, ubicaciones relacionadas con determinantes sociales de la salud no médicos o reuniones del Grupo Asesor de Miembros que no están cubiertas por el beneficio NEMT.	Solo disponible cuando el transporte es hacia un servicio no cubierto. Por ejemplo, se puede aprobar transporte adicional para familiares que acompañen a citas médicas o clases de educación en salud.
Los miembros dual elegibles reciben hasta \$1,000 cada año para revisiones dentales, rayos X, limpiezas, rellenos y extracciones de dientes sencillas para miembros STAR+PLUS que no tienen exención HCBS.	Este servicio adicional (VAS) está disponible una vez cada 12 meses para miembros de Medicaid únicamente, no HCBS. Requiere autorización.
Servicios de respuesta de emergencia para miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS de 21 años o más.	Limitado a un máximo de 20 horas adicionales de servicios de relevo por año calendario para los miembros de STAR+PLUS entre 21 y 100 años de edad que no están inscritos en la exención HCBS STAR+PLUS. Se requiere autorización.
\$2,000 para aparatos auditivo cada dos años.	Requiere autorización.
Miembros no dual diabéticos pueden participar en el programa "Healthy Eats" y recibir una tarjeta de regalo de \$50 cada trimestre para adquirir comida nutritiva.	Límite de una tarjeta de \$50 por trimestre. Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre ni al próximo año.
Hasta 14 comidas saludables entregadas en casa después del alta de un hospital o centro de cuidados.	Requiere autorización.
Hasta \$160 por año: tarjeta de regalo de \$40 cada tres meses para usar en servicios públicos, medicamentos de venta libre u otros artículos de salud no cubiertos por Medicaid.	Límite trimestral de \$40. No se transfiere al siguiente trimestre o año.
Los miembros pueden participar en el programa "Get Fit" de El Paso Health en la YMCA.	Sin restricciones
Dos (2) visitas adicionales rutinarias con el podólogo por año.	Requiere autorización.
Cuatro consultas adicionales sobre nutrición / planificación de comidas para miembros diabéticos no HCBS.	Solo disponible para miembros no HCBS. Requiere autorización.
Una funda de almohada hipoalérgica para los miembros con asma o EPOC que surtan una nueva receta y sean inscritos en el Programa de Control del Asma de El Paso Health.	Una vez al año, los miembros con asma o EPOC que surtan una nueva receta son elegibles para recibir una funda de almohada hipoalérgica al inscribirse en el Programa de Control de Asma de El Paso Health
Enchufes repelentes de plagas para miembros con asma o EPOC inscritos en el programa de manejo de enfermedades de El Paso Health.	Una vez al año, los miembros deben tener un diagnóstico de asma o EPOC y surtir una nueva receta.



STAR+PLUS (DUAL)	Restricciones aplicables
Apoyo en la preparación del GED, ayuda para encontrar centros de examen y un cupón para cubrir el costo del examen. Una vez por miembro durante su vida.	El VAS está limitado a uno por miembro durante toda su vida. El miembro debe haber sido parte de EPH durante seis meses.
Beneficios para miembros embarazadas: Un asiento de seguridad convertible gratuito tras asistir a un “baby shower” en El Paso Health.	Las miembros embarazadas de STAR+PLUS deben completar un baby shower (clase de embarazo) en El Paso Health para recibir un asiento de automóvil convertible gratuito. Limitado a un asiento convertible gratuito por embarazo.
Beneficios para miembros embarazadas: Un baby shower “First-Steps” con una pañalera, pañales y otros artículos para el bebé.	Las miembros embarazadas de STAR+PLUS deben completar una clase de embarazo (baby shower) en El Paso Health para recibir una bolsa de pañales, un suministro inicial de pañales y otros artículos, como loción para bebé y toallitas húmedas. La bolsa de pañales, el suministro inicial de pañales y los demás artículos están limitados por embarazo.
Tarjetas de regalo por completar visitas prenatales: • \$25 – visita en el primer trimestre o dentro de los 42 días desde la inscripción • \$25 – tercera visita prenatal • \$25 – sexta visita prenatal • \$25 – novena visita prenatal • \$25 – vacuna contra la gripe durante el embarazo • \$25 – visita posparto entre 7 y 84 días después del parto	Las miembros embarazadas pueden recibir tarjetas de regalo por completar visitas prenatales, una vez confirmadas dichas visitas. Para la 1. ^a , 3. ^a , 6. ^a y 9. ^a visita prenatal, las miembros deben notificarnos que están embarazadas antes de tener al bebé, ya sea llamándonos o enviando un formulario de Notificación de Embarazo (NOP) completo. El conteo de visitas prenatales comienza después de que se nos haya notificado el embarazo. Para obtener la recompensa por la primera visita, esta debe completarse dentro de los 42 días posteriores a la inscripción en El Paso Health. La visita médica posparto debe completarse entre los 7 y 84 días después del parto. En cuanto a la vacuna anual contra la gripe, está limitada a una por temporada, de septiembre a abril.
Miembros embarazadas de STAR+PLUS de 21 años o más deben recibir cuatro servicios adicionales de asesoramiento nutricional/planificación de comidas para recibir una tarjeta de regalo de \$25 para artículos relacionados con alimentos saludables.	Disponible solo para miembros embarazadas de STAR+PLUS Medicaid entre 21 y 65 años de edad.

¿Cómo obtengo estos beneficios?

Para más información sobre como recibir estos beneficios, por favor llame a la línea de Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127**.

¿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 o su hijo(a) 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**.



¿Con cuáles otros servicios puede ayudarme de El Paso Health?

El Paso Health desea que usted esté en contacto con servicios sociales y de salud de calidad. Esta es la meta de los coordinadores de promoción/promotoras de El Paso Health. Los coordinadores de promoción/promotoras del Plan de El Paso Health le mostrarán como utilizar los servicios del plan. Ellos pueden visitarlo en su casa, hablar con usted por teléfono o enviarle información por correo. Ellos pueden ayudarle con cosas como:

- Escoger a un Médico de Atención Primaria
- Servicios de transporte
- Usar los servicios del Plan de El Paso Health
- Usar el Manual para Miembros
- Pasos Sanos de Texas
- Administración de Casos del DSHS para Mujeres Embarazadas y Niños/

Administración de casos

- Atención preventiva, urgente y de emergencia
- Citas con especialistas
- Trámites de quejas y apelaciones
- Trámites de cancelación

Los coordinadores de promoción/promotoras de El Paso Health pueden brindarle recursos para ayudarle a obtener alimentos, vivienda, ropa y servicios públicos.

El Paso Health también tratará de ayudarle a obtener otros servicios que tal vez necesite, pero no se limita a los siguientes:

- Arreglos de vivienda
- Empleo
- Capacitación para el trabajo
- Alimentos
- Acceso a las escuelas públicas

Para más información, llame a Servicio al Cliente al **1-833-742-3127**.

También invitamos a nuestros miembros a visitar nuestra oficina en 1145 Westmoreland Dr., El Paso, TX 79925. El Centro de Recursos está en la oficina y tiene una gran selección de folletos sobre la salud y solicitudes. También puede llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente para pedir una solicitud o información de salud por correo.

Por favor, llame al Departamento de Servicio al Cliente al **1-833-742-3127**, para más información sobre cualquiera de estos servicios adicionales.

ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS

¿Qué significa “medicamente necesario”?

Medicamente necesario significa:

- (1) Para los miembros desde nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - (a) servicios de detección y para la vista y la audición; y
 - (b) otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto, una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:



- (i) tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de Alberto N., et al. v. Traylor, et al.; y
 - (ii) puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.
- (2) Para los miembros mayores de 20 años, servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:
- (a) son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro;
 - (b) se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
 - (c) cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por organizaciones del gobierno;
 - (d) son acordes con el diagnóstico del padecimiento;
 - (e) son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
 - (f) no son experimentales ni de estudio; Y
 - (g) no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y
- (3) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:
- (a) son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
 - (b) cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;
 - (c) se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro;
 - (d) se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
 - (e) no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
 - (f) no son experimentales ni de estudio; Y
 - (g) no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina incluye exámenes periódicos y tratamiento brindado por su Médico de Atención Primaria cuando usted se enferma. Durante estas citas de rutina, su Médico de Atención Primaria le dará recetas para medicamentos y lo enviará a un especialista si lo requiere.

Es importante que siga los consejos del Médico de Atención Primaria y que participe en las decisiones sobre su atención médica. Si no puede tomar una decisión sobre su atención médica, puede nombrar a otra persona para que lo haga por usted.

¿Qué tan pronto me atenderán?

Cuando tenga que consultar a su Médico de Atención Primaria, llame al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación de El Paso Health. El personal del consultorio del Médico de Atención Primaria programará la hora de su cita. Es muy importante que usted vaya a la cita. Llame con anticipación para programar las citas y avise si tiene que cancelarlas. Si varios miembros de la familia necesitan consultar al doctor, tiene que pedir una cita para cada uno.

El doctor está disponible para atenderlo en persona o por teléfono las 24 horas del día. Si el doctor no está disponible, habrá otro doctor disponible para atenderlo. Esto incluye los fines de semana y los días



festivos. Para atención médica de rutina, su Médico de Atención Primaria debe atenderlo dentro de 2 semanas. Si tiene un padecimiento que requiere atención médica el mismo día, su Médico de Atención Primaria le puede ayudar.

¿Qué es la atención médica urgente?

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

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

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

Para la atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el doctor quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el doctor le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Medicaid de El Paso Health. Para recibir ayuda, llámenos al **1-833-742-3127**.

Si deseas hablar con un profesional de la salud para ayudarte a decidir si tú o tu hijo necesitan atención médica urgente, puedes llamar a la Línea de Enfermería de El Paso Health (First Call) al **1-844-549-2826** las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

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

¿Qué es la 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.

Usted tiene una necesidad médica de **EMERGENCIA** si usted cree que su estado de salud pone en peligro su vida; si tiene un dolor muy intenso; o si puede sufrir un daño grave si no obtiene atención médica inmediatamente.

Algunos ejemplos de situaciones en las que debe acudir a la sala de emergencias son si alguien:

- Podría morir.
- Tiene fuertes dolores de pecho.
- No puede respirar o se está ahogando.
- Tiene una quemadura grave.
- Está inconsciente o sufre un ataque.
- Está enfermo debido a algún veneno o sobredosis de droga o medicamento.
- Tiene un hueso quebrado.
- Está sangrando mucho.
- Es víctima de un ataque (sufrió una violación, lo acuchillaron, le dispararon o lo golpearon).
- Está a punto de dar a luz.
- Está lastimado gravemente el brazo, la pierna, la mano, el pie o la cabeza.
- Tiene una reacción alérgica fuerte o ha sufrido una mordedura de un animal.
- Tiene problemas para controlar su comportamiento y sin tratamiento inmediato presenta un peligro para sí mismo o para los demás.

¿Qué tan pronto me atenderán?

Vaya al hospital más cercano si cree que tiene alguno de estos problemas. Puede llamar al **911** para pedir ayuda para llegar a la sala de emergencias del hospital. **Los doctores de la sala de emergencias se encargarán inmediatamente de una verdadera emergencia.** Los doctores continuarán cuidando del paciente hasta que se encuentre fuera de peligro.

Si acude a la sala de emergencias debido a una verdadera emergencia, tiene que llamar al doctor de su hijo(a), a la clínica o a El Paso Health lo antes posible al **1-833-742-3127**. Si no puede llamar, un familiar o amigo puede hacerlo por usted. Si el hospital más cercano no es un hospital contratado por El Paso Health, pueden trasladarlo a un hospital contratado por El Paso Health cuando usted tenga las suficientes fuerzas para trasladarse..

Cuando las personas van a la sala de emergencias sin estar en grave peligro, a menudo tienen que esperar mucho tiempo para recibir tratamiento. Casi siempre pueden obtener el tratamiento que necesitan con mayor rapidez en el consultorio del doctor o en una de las clínicas nocturnas de El Paso Health. El Paso Health se encarga de pagar todas las citas con el Médico de Atención Primaria y en nuestras clínicas nocturnas. Para más información sobre las clínicas nocturnas, por favor llame al Departamento de Servicio al Cliente al **1-833-742-3127**.



Si tiene una emergencia cuando esté de viaje fuera del área de servicio, usted sigue teniendo cobertura de cuidados de emergencia, aunque se encuentre fuera del estado de Texas. Si tiene una emergencia fuera del estado de Texas, vaya al hospital más cercano. Luego llame a su Médico de Atención Primaria y a El Paso Health lo antes posible. El Paso Health se encargará de los cuidados de emergencias fuera del estado siempre y cuando sea una verdadera emergencia.

Los servicios que reciba fuera de Estados Unidos no cuentan con cobertura por parte del Programa Medicaid.

La mayoría de los problemas médicos no requieren atención de emergencia. Llame a su Médico de Atención Primaria cuando tenga uno de estos problemas.

- Dolor de oído
- Dolor de muela o dentición del bebé
- Salpullido
- Resfriado, tos, dolor de garganta, gripa o sinusitis
- Quemaduras leves de sol
- Quemaduras leves al cocinar
- Dolor crónico de la espalda
- Dolor de cabeza leve
- Un yeso roto
- Puntadas que necesitan ser removidas
- Surtir la receta médicas nuevamente

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

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

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

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

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos gratis a **1-833-742-3127** o llame al **911**.

¿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

¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio del Médico de Atención Primaria está cerrado?

Vaya al consultorio del Médico de Atención Primaria a las horas de consulta si es posible. No espere hasta la noche para hacerlo. La mayoría de las enfermedades empeoran durante el transcurso del día. Si se enferma de noche o en el fin de semana, y no puede esperar para recibir atención médica, llame al Médico de Atención Primaria. Su Médico de Atención Primaria, u otro proveedor con quien él trabaje, está disponible para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta persona le dirá qué hacer.



¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad 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 enferma mientras se encuentra fuera del estado, llame a su Médico de Atención Primaria o a la línea de Servicio al Cliente a **1-833-742-3127**. Cuando tenga una verdadera emergencia, vaya inmediatamente a la sala de emergencias o proveedor más cercano para recibir atención médica inmediatamente.

¿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 significa una referencia médica?

Puede ser que el Médico de Atención Primaria le dé una forma para que la lleve al especialista. Esta forma se llama referencia médica.

¿Que tan pronto puedo ser atendido/a por un especialista?

Llame al especialista para hacer una cita. Si tiene un caso urgente, el especialista debe atenderlo dentro de 24 horas. Si se trata de una consulta de rutina, el especialista debe atenderlo dentro de 2 semanas.

Asegúrese de llevar la referencia médica cuando acuda al especialista. Tendrá que darle la forma de referencia médica. Por favor, llegue a tiempo a su cita con el especialista. Si tiene que cancelar una cita, por favor llame al consultorio del especialista lo antes posible.

Algunos especialistas son:

- doctor del corazón (cardiólogo)
- doctor de la piel (dermatólogo)
- doctor que se especializa en la salud de la mujer (ginecólogo)
- doctor que atiende a las mujeres embarazadas y que asiste en el parto (obstetra)
- doctor de los huesos (ortopedista)
- doctor de problemas de la sangre (hematólogo)

RECUERDE que el especialista solo puede brindarle aquellos servicios que haya pedido su Médico de Atención Primaria en la forma de referencia médica.

La referencia médica es válida por un número limitado de días. Si el especialista dice que va a necesitar más consultas u otra referencia médica, él debe ponerse en contacto con su Médico de Atención Primaria o con El Paso Health para asegurarse de que la atención médica adicional cuente con cobertura.



¿Cuáles servicios no requieren de 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 o necesita ayuda para hacer una cita, 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)?

El Paso Health puede ayudarle a recibir servicios para problemas de salud mental o abuso de sustancias. Usted también puede ir a cualquier doctor de salud mental sin tener una referencia médica por parte de su Médico de Atención Primaria. Un grupo de doctores formado por El Paso Health ofrece estos servicios. Llámenos para poderle ayudar. Nuestro teléfono es el **1-833-742-3127**.

¿Necesito una referencia para esto?

Los servicios de salud mental son confidenciales. No necesita una referencia médica por parte de su Médico de Atención Primaria para este tipo de atención.

Puede llamar a El Paso Health cuando necesite:

- Ayuda con problemas familiares u otros problemas que están alterando su vida o,
- Ayuda para combatir el abuso de alcohol o de drogas.

El teléfono sin costo las 24 horas es el **877-377-2950**. No le contestará una grabadora. Una persona capacitada contestará el teléfono y hará los arreglos para que usted reciba tratamiento, no importando a que hora del día o de la noche llame.

Puede haber casos en que necesite ayuda con problemas personales o familiares. Si tiene un problema y necesita ayuda, por favor llame a nuestra línea de crisis al **877-377-2950**. Usted será atendido por una persona capacitada.

Si usted o alguien de su familia tiene una emergencia relacionada con problemas de salud mental o abuso de alcohol o drogas, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 para pedir una ambulancia.

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

¿Cómo encuentro a una farmacia dentro de la red de cobertura?

El Paso Health le proporcionará a usted una lista de todas las farmacias que se encuentran en la red de cobertura.

¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la red de cobertura?

Por favor llame a El Paso Health para que le ayuden a encontrar una farmacia que sea parte de la red. Usted podría ser el responsable por los medicamentos si la farmacia a la que fue no cuenta con cobertura por parte de la red.

¿Qué necesito llevar conmigo a la farmacia?

Usted deberá llevar su tarjeta de Medicaid “Sus Beneficios de Texas” y su tarjeta de identificación de El Paso Health.

¿Si necesito que me lleven mis medicamentos a domicilio?

Los miembros de El Paso Health pueden escoger que sus medicamentos sean enviados a sus casas en lugar de que se surta la receta en una farmacia local.

¿A quién le llamo si tengo problemas al obtener mis medicamentos?

Por favor llame a El Paso Health, y con gusto te ayudaremos.

¿Qué pasa si no puedo obtener la aprobación para el medicamento que mi médico ordenó?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 días. Llame a El Paso Health al **1-833-742-3127** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

Por favor llame a El Paso Health y lo atenderemos con gusto.

¿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.

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

La mayoría de los medicamentos recetados por su médico serán pagados por Medicaid. Su médico enviará la receta al centro de enfermería y se la darán según lo recetado. (Si tiene beneficios de medicamentos recetados de Medicare, su plan de Medicare pagará las recetas).

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

Ciertos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, El Paso Health paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros artículos y equipo si son médicamente necesarios. Para niños (desde el



nacimiento hasta los 20 años), El Paso Health también paga artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales.

Llame al Departamento de Servicios al Miembro de El Paso Health al **1-833-742-3127** para más información sobre estos beneficios.

¿Cómo consigo los servicios de planificación familiar?

Los servicios de planificación familiar (como los métodos anticonceptivos y la orientación) son muy confidenciales.

¿Necesito una referencia para este servicio?

No tiene que pedirle una referencia médica a su Médico de Atención Primaria para recibir servicios o artículos de planificación familiar. Puede ir a cualquier proveedor que acepte Medicaid. Si usted es menor de 21 años, no tiene que pedir permiso a sus padres antes de recibir ayuda.

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

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en **<http://www.dshs.state.tx.us/famplan/default.shtm>**, o puede llamar al Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127** para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

¿Qué es la Administración de Casos para Niños y Mujeres Embarazadas (CPW)?

La administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW, por sus siglas en inglés) es un programa de administración de casos que brinda servicios de administración de casos relacionados con la salud a niños elegibles para Medicaid con una condición de salud o riesgo de salud y mujeres embarazadas de alto riesgo.

Administración de Casos para Mujeres Embarazadas y Niños

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

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

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

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

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos se reunirá con usted y entonces:

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

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

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



¿Como puede obtener un administrador de casos?

Comuníquese con su El Paso Health para obtener mas información o llame a Pasos Sanos de Texas al **1-877-847-8377** (llamada gratuita). De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

- El Paso Health 1-833-742-3127
Horas: 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
- <http://www.elpasohealth.com/>

¿Qué es el Programa de Intervención Temprana (ECI, por sus siglas en inglés)?

ECI es un programa en todo el estado de Texas para familias con niños, desde nacimiento hasta 3 años de edad, con discapacidades y con retrasos en el desarrollo. ECI apoya a familias para ayudar a sus hijos alcanzar su potencial a través de los servicios de desarrollo.

Servicios de ECI:

- Proceso individualizado de planificación
- Servicios centrados en la familia
- Manejo de casos
- Configuración familiar
- Proveedores profesionales
- Planes para continuar con los servicios

¿Necesito una referencia?

Usted no necesita una referencia de su proveedor de atención primaria..

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

Para obtener ayuda en localizar los servicios de ECI, por favor llame a ECI al **1-800-628-5115** o busque un proveedor de ECI en el sitio de internet <https://dmzweb.dars.state.tx.us/prd/citysearch>

¿Qué es la administración de casos para los miembros con necesidades especiales de atención de la salud (MSHCN)?

La Administración de Casos es un proceso de colaboración de evaluación, planificación, facilitación, coordinación de atención, evaluación y promoción de opciones y servicios para satisfacer las necesidades de salud de un individuo y familia a través de la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo efectivos. (Sociedad de Gestión de Casos de América)

¿Qué hará por mí un Administrador de Casos?

Los administradores de casos de El Paso Health le ayudarán a los miembros con la coordinación de los servicios que incluye pero no está limitado a:

- identificación de necesidades, incluyendo servicios de salud física y mental;
- elaboración de un plan de servicios para atender las necesidades identificadas;
- proveer asistencia para asegurar el acceso oportuno y coordinado a una variedad de
- proveedores y servicios cubiertos;
- prestar atención a las necesidades únicas de los miembros;
- coordinación de los servicios cubiertos y los servicios no capitalizados, según sea necesario y apropiado; y,
- colaborar con los Proveedores de Atención Primaria y con especialistas para asegurar la adecuada y oportuna coordinación de la atención.



¿Cómo puedo hablar con un administrador de casos?

Los miembros pueden hablar con un administrador de casos llamando a El Paso Health al **1-833-742-3127**.

¿Qué es la Coordinación de Servicios?

La Coordinación de Servicios es un equipo que puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que le ayudarán a obtener la atención que necesitas.

¿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.

¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de Servicios?

Llame a la línea de Coordinación de Servicios al **1-833-742-3127** o al 711 (TTY) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. MST.

¿Cómo puedo obtener Coordinación de Servicios?

Cuando se inscriba en El Paso Health, se le asignará un Coordinador de Servicios. Ellos organizarán su coordinación de servicios.

¿Tiene que ser mi doctor parte de la red de El Paso Health?

Su hijo(a) puede ir a cualquier proveedor de Medicaid para recibir los servicios del programa Pasos Sanos de Texas. La mayoría de los Médicos de Atención Primaria de El Paso Health que atienden a niños también ofrece los servicios del programa Pasos Sanos de Texas. Le sugerimos que hable primero con el Médico de Atención Primaria de su hijo(a). No olvide mostrar al proveedor la tarjeta de identificación de El Paso Health y la tarjeta de Medicaid "Sus Beneficios de Texas". Llame primero para hacer una cita para cada miembro de la familia que lo requiera. Avise si no puede asistir a la cita. Algunos Médicos de Atención Primaria les piden a sus pacientes que cancelen su cita por lo menos 24 horas con anticipación para que otro paciente pueda ir a consulta a esa hora.

¿Tengo que tener una referencia médica?

No necesitas una remisión de tu proveedor de atención primaria para ningún servicio de Pasos Sanos de Texas.

¿Qué hago si tengo que cancelar una cita?

Si tiene que cancelar una cita, por favor llame al consultorio del doctor lo antes posible. Por favor, asegúrese de volver a hacer una cita lo antes posible. Es importante mantener a sus hijos actualizados con sus exámenes médicos.

¿Qué hago si estoy fuera de la ciudad y a mi hijo(a) le toca un examen por parte del programa Pasos Sanos de Texas?

Si usted está fuera de la ciudad o se muda, usted también puede ir a cualquier proveedor de Medicaid de Texas de donde se encuentre y obtener los servicios del programa Pasos Sanos de Texas.

¿Y si soy trabajador de campo migrante?

Si piensa salir de la región, puede recibir su examen más pronto.

Un trabajador agrícola migrante es una persona que en ciertas temporadas del año trabaja en las cosechas o empaquetando comida. Los trabajadores de agrícola migrante usualmente se mudan a diferentes lugares siguiendo la cosecha.

El Paso Health puede ayudar a las familias de trabajadores agrícola migrante a:



- Conocer más sobre sus beneficios
- Recibir los servicios de atención médica que necesitan
- Obtener exámenes físicos y dentales por parte del programa Pasos Sanos de Texas

Por favor, llame a Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127**.

¿Qué servicios de transporte médico no urgente (NEMT, por sus siglas en inglés) están disponibles para mí?

Servicios de transporte médico que no es emergencia (NEMT)

¿Qué son los servicios NEMT?

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

¿Qué servicios forman parte de NEMT?

- Pases o boletos para transporte como el transporte público dentro y entre ciudades o estados, incluso por tren o autobús.
- Transporte aéreo comercial
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, que es el transporte de acera a acera: en autobuses privados, camionetas o sedanes, incluidas camionetas con acceso para sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso de millas para un participante de transporte individual (ITP) a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo de las comidas asociadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médicos. La tarifa diaria de las comidas es de \$25 por día para usted y \$25 por día para un acompañante aprobado.
- Si tiene 20 años o menos, podría recibir el costo del alojamiento relacionado con un viaje de larga distancia para obtener servicios médicos. Los servicios de alojamiento se limitan a la estancia de una noche y no incluyen los servicios utilizados durante la estancia, como llamadas telefónicas, servicio de habitaciones o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios de NEMT autorizados.

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

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

¿Cómo conseguir servicios de transporte?

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



Si su cita médica se cancela o se reprograma, llame al 1-855-584-3530 para cancelar o cambiar los arreglos de transporte.

Si su proveedor de atención primaria le hizo una cita fuera de la ciudad y necesita ayuda con el transporte, debe ser aprobado por el plan de salud. Si es aprobado, llame para hacer los arreglos al menos 5 días antes de su cita.

Si no llama dentro de estos plazos de tiempo, es posible que se le pida que reprograma su cita.

¿Cómo obtengo los servicios del cuidado de la vista?

Su hijo(a) puede recibir un examen de la vista y anteojos con prescripción médica cada año. Pueden recibir anteojos con prescripción médica cada año o cuando haya un cambio en la graduación. Los adultos de 21 años o más pueden recibir un examen de la vista y anteojos con prescripción médica cada 2 años. Si un niño(a) pierde o rompe los anteojos, El Paso Health pagará unos nuevos. Los niños pueden recibir exámenes de la vista y anteojos adicionales como parte del programa Pasos Sanos de Texas.

NO NECESITA UNA REFERENCIA MÉDICA POR PARTE DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA NINGÚN SERVICIO DEL PROGRAMA PASOS SANOS DE TEXAS

¿Qué servicios dentales cubre El Paso Health para los niños?

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

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

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

El Paso Health también es responsable de pagar el tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

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

¿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 IMPORTANTE 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
- Atención relacionada con el embarazo
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer
- Referencia médica para ver a un especialista dentro de la red de cobertura.

¿Cómo escojo a un doctor ginecólogo obstetra?

Para escoger a un doctor ginecologo obstetra como su Médico de Atención Primaria, simplemente llame a nuestra línea de Servicio al Cliente al **1-833-742-3127**, para avisarnos de que quiere cambiar de doctor ginecologo obstetra. Recuerde que tiene que escoger de la lista de proveedores de ginecólogo obstetra del Directorio de Proveedores de El Paso Health.

Si no elijo un ginecologo obstetra, ¿tengo acceso directo?

Sí, usted puede tener acceso directo. Usted no tiene que elegir un ginecólogo obstetra como su Médico de Atención Primaria, pero si usted está embarazada, debe elegir un ginecólogo obstetra para cuidar de usted y su bebé por nacer.

¿Qué tan pronto me pueden ver después de contactar a mi obstetra / ginecólogo para una cita?

El Paso Health la ayudará a obtener la atención prenatal que necesita dentro de las dos semanas posteriores a su solicitud.

¿Necesito una referencia médica?

Usted tiene acceso directo a un ginecólogo obstetra sin una referencia de su Médico de Atención Primaria. Si necesita ayuda, llame a El Paso Health al **Sí**, usted puede tener acceso directo. Usted no tiene que elegir un ginecólogo obstetra como su Médico de Atención Primaria, pero si usted está embarazada, debe elegir un ginecólogo obstetra para cuidar de usted y su bebé por nacer.

¿Qué tan pronto me pueden ver después de contactar a mi obstetra / ginecólogo para una cita?

El Paso Health la ayudará a obtener la atención prenatal que necesita dentro de las dos semanas posteriores a su solicitud.

¿Necesito una referencia médica?

Usted tiene acceso directo a un ginecólogo obstetra sin una referencia de su Médico de Atención Primaria. Si necesita ayuda, llame a El Paso Health al **1-833-742-3127**.

¿Puedo seguir consultando a mi doctor ginecologo obstetra si no es parte de El Paso Health?

Si ha estado viendo a un doctor ginecólogo obstetra que no es parte de El Paso Health, es posible que pueda seguir consultando a ese doctor. Si se convierte en miembro de El Paso Health por lo menos a los 6 meses de embarazo, es posible que pueda seguir viendo al doctor ginecologo obstetra que la venía atendiendo. No necesitará una referencia médica por parte de su Médico de Atención Primaria para seguir viéndolo. Sin embargo, tendrá que llamar a una enfermera administradora de casos al **1-833-742-3127**.

¿Qué hago si estoy embarazada?

Es muy importante que llame de El Paso Health para avisarnos que está embarazada y decirnos cuáles doctores la están atendiendo (como su doctor ginecólogo obstetra). El teléfono es el **1-833-742-3127**. El Paso Health le ayudará a obtener la atención prenatal que necesita dentro de 2 semanas de su petición.



¿Cuáles otros servicios o actividades ofrece El Paso Health a las mujeres embarazadas?

El Paso Health ofrece a sus miembros embarazadas nuestro Programa First Steps. Ofrece:

- Una enfermera que ayuda con preguntas relacionadas con el embarazo.
- Una enfermera y/o trabajadora social que puede ayudar a coordinar la atención prenatal.
- Una enfermera y/o trabajadora social que puede ayudar a coordinar servicios sociales, servicios de salud mental y proporciona referencias a agencias comunitarias.
- Visitas domiciliarias de una enfermera o trabajadora social, si es necesario.
- Una Clase/Muestra mensual prenatal para bebés.

Como parte de nuestros Beneficios Saludables, los miembros embarazadas pueden recibir:

- Un asiento de automóvil convertible gratis después de asistir a una muestra de bebé en El Paso Health.
- Una Muestra First Steps que incluye una bolsa para pañales, un suministro inicial de pañales y otros artículos para el bebé.
- Tarjetas de regalo por completar visitas prenatales y después de la confirmación de esas visitas para:
 - \$25: Visita prenatal en el primer trimestre o dentro de los 42 días de inscripción.
 - \$25: 3ra visita prenatal.
 - \$25: 6ta visita prenatal.
 - \$25: 9na visita prenatal.
 - \$25: vacuna contra la gripe durante el embarazo.
 - \$25: una visita posparto oportuna dentro de los 7 a 84 días del parto.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de parto?

Para encontrar un centro de parto cerca de ti, llama a Servicios para Miembros al 1-833-742-3127.

¿Qué servicios me proporcionará El Paso Health a mí y a mi bebé cuando dé a luz?

El Paso Health debe proporcionar atención hospitalaria y servicios profesionales relacionados con el trabajo de parto y el parto para sus miembros embarazadas/dando a luz hasta 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de una cesárea sin complicaciones. El Paso Health debe proporcionar atención neonatal para sus miembros recién nacidos hasta el momento del alta.

El Paso Health no puede requerir una autorización previa para servicios proporcionados a una miembro embarazada/dando a luz o miembro recién nacido para una afección médica que requiera Servicios de Emergencia, independientemente de cuándo surja la condición de emergencia.

¿Puedo escoger a un Médico de Atención Primaria antes de que nazca mi bebé?

Usted puede escoger un doctor para su bebé del directorio de El Paso Health y de la lista de doctores antes de que su bebé nazca.

¿Como y cuando puedo cambiar el Medico de Atención Primaria de mi bebé?

Después de que nazca su bebé, usted recibirá la tarjeta de Medicaid "Sus Beneficios de Texas". Su bebé estará inscrito en El Paso Health durante por lo menos 90 días después de la fecha de nacimiento. Llámenos al **1-833-742-3127** para escoger a un Médico de Atención Primaria para el bebé. (Si llamó para escoger a un Médico de Atención Primaria para su bebé antes de que naciera, no tiene que llamar otra vez). Si usted no elige a un Médico de Atención Primaria para su bebé, se escogerá uno por usted.

Si después se da cuenta de que el Médico de Atención Primaria que escogió para usted o su bebé no satisface sus necesidades, puede llamar en cualquier momento para escoger a otro.

Para cambiar de Médico de Atención Primaria, llame a la línea de Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127**. Un representante de Servicio al Cliente le ayudará a hacer el cambio. Haremos todo lo posible por ayudarlo a encontrar al doctor ideal para usted. Nuestro representante de Servicio al Cliente también le dirá cuando puede empezar a ver a su nuevo Médico de Atención Primaria.



Por favor, no cambie de Médico de Atención Primaria sin antes avisar a El Paso Health. Si consulta a un nuevo Médico de Atención Primaria sin avisarnos, puede ser que los servicios no cuenten con cobertura.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Su bebé estará asignado al mismo plan de atención médica en el que usted está inscrita por los primeros 90 días después de su nacimiento. Usted puede pedir un cambio de plan antes de los 90 días llamando al **1-800-964-2777**. Usted no puede cambiar de plan si su bebé está hospitalizado.

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 día 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes. 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.

¿Cómo inscribo a mi bebe al nacer?

Cuando nazca su bebé, llame al trabajador de casos de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para que su bebé pueda recibir Medicaid. Es importante que también llame a la línea de Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127**. Usted puede escoger al Médico de Atención Primaria de su bebé de la lista de proveedores y hospitales de El Paso Health antes de que su bebé nazca.

¿Cómo y cuándo le informo a mi plan de salud?

Recuerde llamar a El Paso Health tan pronto como pueda para informar el nacimiento de su bebé. Necesitaremos obtener información sobre su bebé. Podemos ayudarle a elegir un proveedor de atención primaria para su recién nacido si aún no lo ha hecho.

¿Cómo y cuándo le informo a mi trabajador social?

Después de tener a su bebé, llame al 2-1-1 o a su trabajador social de HHSC para informarles que su bebé ha nacido.

¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no estoy cubierta por Medicaid)?

Después de que nazca su bebé puede perder cobertura de Medicaid. Puede ser que usted pueda obtener algunos servicios de salud a través del Programa de Salud para la Mujer de Texas y el Departamento de Servicios de Salud Estatal (DSHS). Estos servicios son para las mujeres que solicitan los servicios y son aprobadas.

Programa Healthy Texas Women

El Programa Healthy Texas Women ofrece exámenes de planificación familiar, exámenes de salud relacionados y anticonceptivos para las mujeres en las edades de 18 a 44 años cuyo ingreso está en o por debajo de los límites de ingresos del programa (185% del nivel federal de pobreza). Usted debe presentar una solicitud para descubrir si puede recibir servicios a través de este programa.

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

Healthy Texas Women Program
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Phone: 1-800-335-8957
Website: www.texaswomenshealth.org/
Fax: (toll-free) 1-866-993-9971



Programa de Atención Primaria de Salud de DSHS

El Programa de Atención Médica Primaria de DSHS sirve a mujeres, niños y hombres que son incapaces de acceder a los mismos cuidados a través de seguros u otros programas. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos de una persona deben estar en o por debajo de los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Una persona autorizada por los servicios podría tener que pagar un copago, pero nadie es rechazado a obtener los servicios debido a la falta de dinero. El Programa de Atención Primaria de Salud se centra en la prevención de enfermedades, la detección temprana y la intervención temprana en los problemas de salud. Los principales servicios proporcionados son:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios preventivos de salud, incluyendo las vacunas y educación para la salud, así como laboratorio, rayos x, medicina nuclear u otros servicios diagnósticos apropiados.

Servicios secundarios que pueden ser proporcionados son servicios de nutrición, exámenes de salud, atención domiciliar de atención médica, cuidado dental, transporte a visitas médicas, medicamentos que su doctor ordena (medicamentos recetados), suministros médicos durables, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies dañados (servicios de podología), y servicios sociales.

Usted puede solicitar los servicios de Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas en su área. Para encontrar una clínica donde puede aplicar, visite el DSHS Localizador de Clínicas para Familias y Comunitarias en **<http://txclinics.com/>**.

Para conocer más sobre los servicios que ofrece a través del Programa de Atención Primaria de Salud, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio de internet del programa::

Sitio de internet: **www.dshs.state.tx.us/phc/**

Teléfono: 512-776-7796

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

El Programa de Expansión de Cuidado de Salud Primaria de DSHS

El Programa de Expansión de Cuidado de Salud Primaria proporciona servicios primarios, preventivos, y de detección para las mujeres de 18 años de edad y cuyo ingreso es igual o por debajo de los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Servicios de extensión y directos son proporcionados a través de clínicas comunitarias bajo contrato con DSHS. Promotoras(os) de salud ayudaran a asegurarse de que las mujeres obtengan los servicios preventivos y los exámenes que necesitan. Algunas clínicas pueden ofrecer ayuda con la lactancia materna.

Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su área. Para encontrar una clínica donde pueda aplicar, visite el Localizador de Clínicas para Familias y Comunitarias de DSHS en <http://txclinics.com/>. Para aprender más sobre los servicios que puede obtener mediante el Programa de Expansión de Cuidado de Salud Primaria de DSHS, visite el sitio internet, llame o envíe un correo electrónico:

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

Teléfono: **512-776-7796**

Fax: 512-776-7203

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

Programa de Planificación Familiar DSHS

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

Para encontrar una clínica en su área visite el Localizador de Clínicas para Familias y Comunitarias de DSHS en **<http://txclinics.com/>**.



Para aprender más sobre los servicios que puede obtener mediante el Programa de Planificación Familiar, visite el sitio de internet del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio de Internet: **www.dshs.state.tx.us/famplan/**

Teléfono: **512-776-7796**

Fax: 512-776-7203

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

¿A quién llamo si tengo alguna necesidad médica especial y necesito que alguien me ayude?

Si tiene una necesidad médica especial, llame al Departamento de Servicio al Cliente 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 informa a la gente sobre lo que usted desea que pase si se enferma gravemente. Un tipo de directiva anticipada es un **Testamento Vital**. Un testamento le dice a su doctor que hacer si usted está demasiado enfermo para poderle informar. El otro tipo es un **Poder Perdurable**. Un poder perdurable le permite que un amigo o familiar (a quien usted escoja) tomar decisiones por usted. La directiva anticipada que usted formule entra en vigor cuando usted enferma gravemente. Esta será válida hasta que usted la cambie o la cancele.

El Congreso ha aprobado una ley que protege su derecho de tomar decisiones sobre la atención médica si se enferma gravemente. Una directiva anticipada le informa a su doctor sobre su futura atención médica.

Una directiva anticipada le puede ayudar mucho a usted, a su familia y a su doctor. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico. Puede proteger este derecho aún si se enferma mentalmente. También puede proteger este derecho si físicamente no puede tomar decisiones sobre su atención médica. La directiva beneficia a sus familiares porque no tienen que decidir sobre su tratamiento cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones médicas. Le ayuda a su doctor a marcar las pautas acerca de su cuidado médico.

Hay dos tipos de Directivas Anticipadas:

- (1) Testamento Vital:** Le permite informarle al doctor sobre su atención médica a futuro en caso de que usted se enferme y no pueda tomar sus propias decisiones. El doctor tiene que seguir las instrucciones que usted ha escrito sobre la atención médica que él le debe proporcionar. Éste entra en vigor solamente si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones.
- (2) Poder Perdurable:** Usted puede nombrar a otra persona para que tome decisiones por usted si llega a estar incapacitado para tomar las decisiones por sí mismo. Esta persona puede empezar a tomar decisiones por usted cuando usted sea incapaz de tomar sus propias decisiones médicas debido a cualquier enfermedad o lesión (no solamente las que ponen en peligro la vida).

Es buena idea llenar ambos documentos. Como paciente, usted tiene ciertos derechos. Por ejemplo:

- Tiene el derecho a la confidencialidad de sus expedientes médicos e información médica.
- Tiene el derecho de estar informado antes de dar su consentimiento. Su doctor tiene que decirle sobre las ventajas y desventajas de algún procedimiento, tratamiento o alguna examen.
- Tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento.
- Tiene el derecho de saber sobre su estado de salud, los posibles tratamientos y las probabilidades



de mostrar mejoría.

- En la mayoría de los casos, el doctor le explicará las directivas anticipadas y sus derechos como paciente.

He aquí algunos ejemplos de cuando se usa una directiva anticipada

- Daño cerebral irreversible
- Estado de coma permanente o cualquier otro estado de inconsciencia
- Enfermedad terminal

La directiva anticipada también puede limitar las cosas que le ayudan a prolongar la vida.

La directiva anticipada le informará al doctor si debe aplicarle dichos servicios si usted tiene pocas probabilidades de mejorar.

Algunos ejemplos de cosas que ayudan a prolongar la vida son:

- Reanimación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés). Se usa para que la persona recupere la respiración o el latido del corazón.
- Terapia intravenosa (IV por sus siglas en inglés). Se usa para dar alimento y agua al cuerpo si usted no puede comer ni beber.
- Alimentación con sonda. Estas sondas se introducen por la nariz o la garganta para darle alimentos si usted no puede comer.
- Respirador. Son máquinas que le ayudan a respirar si no puede respirar por su propia cuenta.
- Diálisis. Es una máquina que limpia la sangre si los riñones no funcionan.
- Medicamentos. Son medicinas que se usarían para mantenerlo con vida.
- Restricciones. Se usan para evitar que usted se haga daño.

Las Directivas Anticipadas solo son válidas hasta que se cancelan. Si deseas cambiar tus decisiones de atención médica o si deseas cancelarlas, infórmale a tu médico.

Si no cancelas tus Directivas Anticipadas, tu médico seguirá tus instrucciones.

Una vez que entregues tus Directivas Anticipadas a tu médico, él debe asegurarse de que sea legal antes de ser válida. La ley dice que un “paciente calificado” es alguien diagnosticado y certificado por escrito como tener una enfermedad terminal por 2 médicos. Uno de estos médicos debe ser tu Proveedor de Atención Primaria. Tu Proveedor de Atención Primaria debe examinarte personalmente antes de que se te considere terminalmente enfermo.

Otros hechos:

- Una enfermedad terminal es cualquier enfermedad que no sea curable.
- El médico que proporciona servicios en la Directiva Anticipada está protegido de demandas legales, a menos que el médico actúe mal.
- La Directiva Anticipada no entra en vigencia hasta que 2 médicos decidan que tienes una condición terminal y que los procedimientos de mantenimiento de la vida son la única forma de mantenerte con vida.
- La declaración del médico sobre enfermedad terminal debe estar escrita en tus registros médicos.
- Los procedimientos de mantenimiento de la vida significan medios mecánicos u otros “medios artificiales” para mantener viva a una persona. Esto no incluye medicamentos o procedimientos para hacerte sentir cómodo o para aliviar el dolor.
- La Directiva Anticipada no es válida si estás embarazada en el momento en que debe llevarse a cabo. Por ejemplo, tu Directiva Anticipada no se seguirá si estás embarazada y sufres un accidente que te deja incapaz de tomar tus propias decisiones médicas.
- Si el médico sigue tu Directiva Anticipada y tú le dices que no quieres procedimientos de



mantenimiento de la vida, no se considerará eutanasia o “muerte por misericordia”. La Directiva Anticipada es un documento legal aceptado por la ley de Texas que permite a un médico dar o no dar tratamiento médico dependiendo de lo que le indique que haga.

¿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.

El Poder Duradero de Procurador para la Atención Médica es un documento legal importante. Es muy importante que entienda lo que dice antes de firmar un Poder Duradero de Procurador para la Atención Médica.

A menos que especifique lo contrario, este documento otorga todos los poderes de toma de decisiones médicas a la persona que elija, independientemente de sus creencias religiosas o morales. La persona que elija se llama tu “agente”. Tu agente tiene poder sobre todas las decisiones médicas tomadas para usted mientras no pueda tomar estas decisiones por sí mismo.

- Tu agente obtiene el poder para tomar decisiones médicas por ti cuando tu médico decide que no puedes tomar decisiones por ti mismo.
- Tu agente debe seguir tus instrucciones para tomar las decisiones que desees.
- Tu agente tiene el poder de tomar cualquier decisión sobre la que no escribas específicamente.
- Debes hablar con tu médico sobre este documento antes de firmarlo.
- La persona que elijas como tu agente debe ser alguien que conozcas y en quien confíes. Esta persona debe ser mayor de 18 años. Si eliges a tu médico, a un empleado de una agencia de salud en el hogar o a un empleado de un hogar de ancianos, esa persona tiene que elegir entre ser tu proveedor de atención médica o tu agente. Tu agente y tu proveedor de atención médica no pueden ser la misma persona.
- Debes informarle a tu agente que lo has elegido como tu agente.
- Incluso después de firmar este documento, puedes tomar decisiones médicas por ti mismo hasta que físicamente no puedas tomar decisiones más.
- Puedes cancelar los poderes de tu agente en cualquier momento informándolo a tu agente o médico, o firmando un nuevo Poder Duradero de Procurador para la Atención Médica.
- Si eliges a tu cónyuge como tu agente, el Poder Duradero de Procurador para la Atención Médica se cancela si te divorcias.
- No puedes hacer cambios a un Poder Duradero de Procurador para la Atención Médica. Si deseas cambiar alguna parte, debes firmar otro formulario.
- Tienes el derecho de elegir un agente diferente para tomar tus decisiones si algo le sucede a tu primer agente.
- Debes firmar el formulario frente a 2 o más testigos mayores de 18 años.
- Las siguientes personas no pueden ser testigos:
 1. La persona que elija como agente;
 2. Su médico;
 3. Un empleado de su médico;
 4. Un empleado de las instalaciones donde vive;
 5. Su cónyuge;
 6. Su familia o beneficiarios nombrados en su testamento o en una escritura; o,
 7. Acreedores o personas que tengan un reclamo en tu contra.

La persona que elija no puede tomar decisiones médicas por usted que tengan que ver con servicios voluntarios de salud mental para pacientes hospitalizados, tratamiento convulsivo, psicocirugía o aborto.



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

No pierda sus beneficios de atención médica. Podría perder sus beneficios incluso si aún califica.

Cada 12 meses, necesitará renovar sus beneficios. La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, por sus siglas en inglés) le enviará un paquete aproximadamente 60 días antes de la fecha de vencimiento para informarle que es hora de renovar sus beneficios de Medicaid. El paquete contendrá instrucciones para indicarle cómo renovar. Si no renueva antes de la fecha de vencimiento, perderá sus beneficios de atención médica.

Puede solicitar y renovar beneficios en línea en YourTexasBenefits.com. Seleccione "Administre su cuenta" o "Solicitudes" y configure una cuenta para acceder fácilmente al estado de sus beneficios. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 2-1-1, seleccionar un idioma y luego seleccionar la opción 2, o visitar la oficina de beneficios de HHSC más cercana a usted.

Para encontrar la oficina más cercana a su hogar, llame al 2-1-1 o puede ir a YourTexasBenefits.com y seleccionar "Encontrar una oficina" en la parte inferior de la página.

El Paso Health puede ayudar con solicitudes y renovaciones en nuestra oficina ubicada en 1145 Westmoreland, El Paso, TX 79925. Llame al **1-833-742-3127** si desea programar una cita para que lo ayudemos.

También puede renovar o actualizar su información en YourTexasBenefits.com y seleccionar "Administre su cuenta" o "Solicitudes". Siga las instrucciones allí para renovar.

Queremos que siga recibiendo sus beneficios de atención médica de nosotros si aún califica.

Completando el Proceso de Renovación

Cuando los niños todavía son elegibles para la cobertura de su programa actual (CHIP), HHSC le enviará a la familia una carta que muestra la fecha de inicio para el nuevo período de cobertura.

La renovación de Medicaid se completa cuando la familia firma y envía la Forma de Inscripción/Transferencia a HHSC si es que escogió un nuevo plan médico o dental.

¿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.

Es posible que pierda su membresía de El Paso Health por alguna de las siguientes razones:

- Se muda fuera del condado de El Paso o Hudspeth, o
- Ya no es elegible para recibir Medicaid

Tiene que informar al trabajador de casos de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad. Algunos ejemplos son cambio de ingresos, cambio de dirección, o cobertura de otro seguro.

¿Qué hago si recibo un cobro por parte del doctor?

¿A quién llamo?

Si recibe un cobro por parte del doctor, usted debe llamar de El Paso Health a **1-833-742-3127**. A Un representante de Servicio al Cliente con gusto le ayudará.

¿Qué información necesitarán?

Tenga la mano su tarjeta de identificación de El Paso Health y la factura..



¿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:
 - a. Conocer y entender sus derechos del programa Medicaid.
 - b. Hacer preguntas si es que no entiende cuales son sus derechos.
 - c. 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:
 - a. Conocer y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b. Seleccionar sin demora un plan de salud y a un Médico de Atención Primaria.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y de Médico de Atención Primaria, según lo indique Medicaid y el plan de salud.
 - d. Acudir a sus consultas programadas.
 - e. Cancelar las consultas con anticipación cuando no pueda ir.
 - f. Siempre llamar primero a su Médico de Atención Primaria para consultar sus necesidades médicas que no sean de emergencia
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su Médico de Atención Primaria antes de consultar a un especialista.
 - h. 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:
 - a. Informar a su Médico de Atención Primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y preguntarles
 - c. sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - d. 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:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cual atención médica es la mejor para usted.
 - b. Darse cuenta de como las cosas que usted hace pueden afectar su salud.
 - c. Hacer un esfuerzo para mantenerse saludable.
 - d. Tratar con respeto a los proveedores y al personal.
 - e. Informarle a su proveedor de todos de sus medicamentos.

Responsabilidades adicionales de los miembros al usar los servicios NEMT

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

Si 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**.



TRÁMITE DE QUEJAS

¿Qué hago si tengo una queja?

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

¿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.

¿Cuánto tiempo tarda en tramitarse mi queja?

Dentro de cinco (5) días laborales de recibir su queja oral o escrita, le mandaremos una carta. La carta confirmará la fecha en que recibimos su queja. El Paso Health revisará los datos y tomará una decisión dentro de los treinta (30) días de calendario después de haber recibido su queja. Le enviaremos una carta informándole de la decisión.

¿Puede ayudarme alguien de El Paso Health a presentar una queja?

Si es necesario, el Departamento de Servicio al Cliente de El Paso Health también le ayudará con el trámite de quejas formalmente. El trámite de quejas es una serie de pasos que usted puede realizar cuando usted no está contento con la resolución de su queja. El Departamento de Servicio al Cliente le puede ayudar a entender cómo funciona el trámite de quejas y, si usted gusta, ellos le pueden ayudar a realizar el proceso con usted.

PROCESO PARA APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA DE STAR MEDICAID

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicina para mí, que está cubierto, pero El Paso Health lo niega o limita?

Usted o un representante de El Paso Health puede apelar la decisión 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 denegación de pago por servicios en su totalidad o en parte.



¿Cómo sabré si se niegan los servicios?

Le enviaremos una carta.

Tiempo permitido para el 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.

¿Puedo seguir recibiendo los servicios médicos que El Paso Health ya ha aprobado?

Si El Paso Health ya le aprobó los servicios y desea continuar recibiendo estos servicios, debe presentar su apelación en o antes de los siguientes diez días después de que El Paso Health le envíe la notificación de los servicios negados o reducidos o la fecha prevista de entrada en vigor de la acción propuesta.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Puede solicitar una apelación debido a la falta de necesidad médica o por denegación del pago de los servicios en su totalidad o en parte. Usted puede tener a alguien que lo represente escribiendo una carta a El Paso Health. Háganos saber quien es la persona que usted quiere que la represente. Usted, su médico o proveedor, su asesor legal, unfamiliar, un amigo u otro portavoz puede ser su representante.

¿Puede alguien de El Paso Health ayudarme a presentar una apelación?

Si, si es necesario, un Defensor de Servicios para Miembros lo ayudara a completar su formulario de apelación y le explicara el proceso de apelación. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al numero gratuito **1-833-742-3127**.

Un Miembro tiene derecho a que se le proporcione, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la Determinación de Beneficios Adversos del Miembro. Esta información incluye, pero no se limita a, los criterios de necesidad médica y cualquier proceso, estrategia o estándar de evidencia utilizado para establecer los límites de cobertura. Para las Apelaciones Internas Urgentes de El Paso Health, el expediente del caso del Miembro se proporcionará al Miembro dentro de los dos Días Hábiles siguientes a la recepción por parte de El Paso Health de la solicitud de Apelación Interna Urgente de El Paso Health.

El expediente del caso del Miembro se proporcionará al Miembro dentro de los cinco Días Hábiles siguientes a la recepción por parte de El Paso Health de una solicitud de apelación interna de El Paso Health que no sea urgente.

Usted, su representante autorizado o su Representante Legalmente Autorizado (LAR) tienen la opción de solicitar una Revisión Médica Externa y Audiencia de Feria Estatal a más tardar 120 días después de la fecha en que El Paso Health envíe por correo el aviso de decisión de apelación. También tiene la opción de solicitar solo una Revisión de Audiencia de Feria Estatal a más tardar 120 días después de que El Paso Health envíe por correo el aviso de decisión de apelación.

¿Puede alguien más presentar la apelación por mí?

Sí. Su representante autorizado o su Representante Legalmente Autorizado puede comunicarse con El Paso Health para presentar una apelación en su nombre.

¿Hay un plazo para presentar la apelación?

Deberá apelar dentro de los 60 días a partir de la fecha en que reciba su aviso de que su(s) servicio(s)



cubierto(s) han sido negado(s) o limitado(s).

¿Cómo presento la apelación?

Usted, su representante autorizado o su Representante Legalmente Autorizado (LAR) pueden enviar su apelación por escrito, por teléfono, fax o en línea en las siguientes opciones:

El Paso Health

Attention: Complaints and Appeals Department

1145 Westmoreland Drive

El Paso, TX 79925

Toll Free: **1-833-742-3127**

Fax No.: 915-298-7872

Online: **www.elpasohealth.com**

Las apelaciones serán aceptadas verbalmente o por escrito por usted, su representante autorizado o su Representante Legalmente Autorizado (LAR).

Para apelaciones por escrito, necesitará proporcionarnos la siguiente información:

- Una carta que nos informe la razón por la que desea apelar
- Una copia de la carta de denegación que recibió de El Paso Health
- Cualquier información nueva que ayude con su caso

¿Quién revisará mi apelación?

Un médico o dentista que no haya revisado su solicitud anteriormente revisará su apelación.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

Le informaremos por escrito en cinco (5) días o menos que recibimos su apelación. La carta le indicará:

- La fecha en que recibimos la apelación.
- Si necesitamos más información; lo cual podría llevar a una decisión diferente.

EMERGENCIA EL PASO HEALTH

APELACIÓN INTERNA

¿Qué es una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?

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

Toll Free: **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 ser tratada como una Apelación Estándar en lugar de una Apelación de Emergencia, le informaremos en dos (2) días o menos que su solicitud será tratada como una Apelación Estándar y la decisión sobre una Apelación Estándar se tomará dentro de 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 que conozca la condición o enfermedad por la que está apelando.

¿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.

¿Cómo sabré si mi apelación fue denegada?

Se le informará por escrito. Se le enviará una carta por correo informándole por qué no aprobamos los servicios, qué información utilizamos y qué tipo de médico revisó su apelación. Se le informará lo antes posible, pero no más de treinta (30) días a partir de la fecha en que recibimos su apelación. La carta le informará el motivo de la decisión y qué información utilizamos para tomarla.

- El motivo de la decisión
- Qué información utilizamos para tomar la decisión
- Qué tipo de médico revisó su apelación
- Su derecho a solicitar una Revisión Especializada
- Su derecho a solicitar una Audiencia Estatal Justa
- Lo que necesita hacer para solicitar una Audiencia Estatal Justa
- Qué formularios necesita presentar para la Audiencia Estatal Justa
- Cómo puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)

Puede solicitar más tiempo para su apelación. Puede pedir hasta catorce (14) días o si El Paso Health muestra que hay necesidad de más información y cómo el retraso está en su mejor interés. Si El Paso Health necesita usar la prórroga, le enviaremos un aviso por escrito del motivo del retraso.

Solo puede solicitar una Audiencia Estatal Justa después de agotar el proceso de apelaciones internas de El Paso Health.



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 solicitó 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.

INFORMACIÓN DE 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 Y EXPLOTACIÓN FRAUDES Y ABUSOS

¿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.

¿Qué son el Abuso, la Negligencia y la Explotación?

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.

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.

Puede permanecer anónimo al informar.

- 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.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

El Paso Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Paso Health no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Paso Health:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con El Paso Health al **1-833-742-3127** (TTY **711**).

Si considera que El Paso Health no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: El Paso Health, 1145 Westmoreland, El Paso, TX 79925, **1-833-742-3127** (TTY **711**), Fax **915-532-2286** or **FileGrievance@elpasohealth.com**. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, El Paso Health está a su disposición para brindársela.

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para reclamos están en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Por favor llame al **1-833-742-3127**.



GLOSARIO DE TERMINOS

Apelación: Una solicitud para que su organización de atención médica revise nuevamente una denegación o una queja.

Queja: Una queja que usted comunica a su aseguradora de salud o plan.

Copago: Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés): Equipos y suministros ordenados por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura para DME puede incluir: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas para pruebas de glucosa en sangre para diabéticos.

Condición Médica de Emergencia: Una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Transporte Médico de Emergencia: Servicios de ambulancia terrestre o aérea para una condición médica de emergencia.

Atención en la Sala de Emergencias: Servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Servicios de Emergencia: Evaluación de una condición médica de emergencia y tratamiento para evitar que la condición empeore.

Servicios Excluidos: Servicios de atención médica que su seguro de salud o plan no paga ni cubre.

Queja: Una queja a su aseguradora de salud o plan.

Servicios y Dispositivos de Habilitación: Servicios de atención médica como terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria.

Seguro de Salud: Un contrato que requiere que su aseguradora de salud pague los costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

Cuidado de Salud en el Hogar: Servicios de atención médica que una persona recibe en su hogar.

Servicios de Hospicio: Servicios para brindar comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización: Atención en un hospital que requiere admisión como paciente interno y generalmente requiere una estadía nocturna.

Atención Ambulatoria Hospitalaria: Atención en un hospital que generalmente no requiere una estadía nocturna.

Medicamento Necesario: Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, enfermedad o sus síntomas y que cumplan con los estándares aceptados de medicina.

Red: Las instalaciones, proveedores y proveedores con los que su aseguradora de salud o plan ha contratado para proporcionar servicios de atención médica.

Proveedor no participante: Un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora de salud o plan para proporcionar servicios cubiertos para usted. Puede ser más difícil obtener autorización de su aseguradora de salud o plan para obtener servicios de un proveedor no participante, en lugar de un proveedor participante. En casos limitados, como cuando no hay otros proveedores, su aseguradora de salud puede contratar para pagar a un proveedor no participante.



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

Servicios Médicos de un Médico: Servicios de atención médica que un médico con licencia (M.D., Médico Doctor o D.O., Doctor en Medicina Osteopática) proporciona o coordina.

Plan: Un beneficio, como Medicaid, para pagar sus servicios de atención médica.

Preautorización: Una decisión de su aseguradora de salud o plan antes de que usted la reciba de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces llamado autorización previa, aprobación previa o pre-certificación. La preautorización no es una promesa de que su seguro de salud o plan cubrirá el costo.

Prima: La cantidad que se debe pagar por su seguro de salud o plan.

Cobertura de Medicamentos Recetados: Seguro de salud o plan que ayuda a pagar medicamentos recetados y medicamentos.

Medicamentos Recetados: Medicamentos y medicamentos que por ley requieren una receta médica.

Médico de Atención Primaria: Un médico (M.D., Médico Doctor o D.O., Doctor en Medicina Osteopática) que proporciona directamente o coordina una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de Atención Primaria: Un médico (M.D., Médico Doctor o D.O., Doctor en Medicina Osteopática), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor: Un médico (M.D., Médico Doctor o D.O., Doctor en Medicina Osteopática), profesional de la salud o instalación de atención médica con licencia, certificado o acreditado según lo requiera la ley estatal.

Servicios y Dispositivos de Rehabilitación: Servicios de atención médica como terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria que se han perdido o se han visto afectadas debido a una enfermedad, lesión o discapacidad.

Cuidado de Enfermería Especializada: Servicios de enfermería de personal con licencia en su propio hogar o en un hogar de ancianos.

Especialista: Un médico especialista se enfoca en una área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones.

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



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