

Manual para Miembros de **STAR de Medicaid**



COMMUNITY FIRST
HEALTH PLANS

TEXAS ★ *STAR*
PROGRAM
Your Health Plan ■ Your Choice

 **University
Health System**
www.UniversityHealthSystem.com

Servicios de miembros
(210) 358-6060
1-800-434-2347





Cómo comunicarse con nosotros

Horario normal de operación:
de 8 a.m. a 5 p.m., hora central, de lunes a viernes, salvo los días festivos aprobados por el estado (inglés y español). Si necesita cobertura después de las horas normales de consulta o durante el fin de semana, nuestra Línea de Enfermeras le puede ayudar.

Llamada local: 210-358-6060
Fuera del condado de Bexar (gratis): 1-800-434-2347

Línea local TDD (para personas con problemas de la audición): 210-358-6080
Fuera del condado de Bexar: 1-800-390-1175

Línea de Ayuda del Programa STAR: 1-800-964-2777
Línea de Ayuda TDD del Programa STAR: 1-866-222-4306

Servicios de salud mental y abuso de sustancias
Línea directa en casos de crisis (24 horas al día, 7 días de la semana gratis, inglés y español): 1-877-221-2226

Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas: 210-358-3000
(Inglés y español): 1-800-950-5803

Servicios de intérprete: 210-358-6060
1-800-434-2347

Programa de Transportación Médica (MTP): 210-949-2020
1-877-MED-TRIP
(1-877-633-8747)

Línea de enfermeras: 210-358-6060
1-800-434-2347

Servicios de la vista: 210-358-6060

Línea de Ayuda de Atención Médica Administrada de Medicaid: 1-866-566-8989

En caso de emergencia o crisis, imarque el 911!

Horas de oficina
De 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Community First Health Plans
1410 Avenida Guadalupe
San Antonio, Texas 78207
www.cfhp.com

Una guía a su nuevo lugar estable para la atención médica



Como miembro de Community First Health Plans, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- El directorio de proveedores. Tiene una lista de doctores de cuidado primario y especialistas en su área de servicio. También tiene una lista de hospitales en su área de servicio. Indica los nombres, direcciones, teléfonos e idiomas que hablan. También le indica qué doctores no aceptan a nuevos pacientes.
- Las restricciones de la libertad del miembro de escoger entre los proveedores de la red.
- Los derechos y responsabilidades del miembro.
- La información sobre cómo presentar una queja, una apelación y pedir una audiencia imparcial.
- La información detallada sobre beneficios que están a su disposición.
- Cómo obtener beneficios y qué se necesita para recibir una autorización.
- Cómo puede recibir beneficios de proveedores que no pertenecen a la red o los límites a esos beneficios, entre ellos, los servicios de planificación familiar.
- Información sobre cómo y hasta qué punto se presta atención después de las horas de consulta y de emergencia, por ejemplo:



Una guía a su nuevo lugar estable para la atención médica

- La explicación de un estado médico de emergencia, de los servicios de emergencia y de posestabilización.
- La información de que no se necesita autorización previa para los servicios de atención de emergencia.
- Cómo obtener servicios de emergencia, entre ellos, el uso del sistema telefónico de 911 o su equivalente local.
- La dirección de las salas de emergencias y otros lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos bajo el contrato.
- Su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para atención de emergencia.
- Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario del miembro no presta.
- Las pautas de práctica de Community First.

¿Qué hago si necesito ayuda para entender o leer el Manual para Miembros?

Un Defensor de Servicios para Miembros puede explicarle cualquier parte de este manual. ¡Solo llame! Si necesita el manual en un formato diferente como en audiocasete, letra más grande, Braille u otro idioma que no sea inglés o español, por favor, llame a Servicios para Miembros y pídalo. El teléfono está al pie de cada página.

Tabla de contenido



1. Cómo funciona Community First

¿Qué es Community First?.....	7
¿Qué servicios recibo con Community First?	7
¿Cómo puede ayudarme un Defensor de Servicios para Miembros?.....	7
¿Cómo obtengo los servicios que necesito?.....	8
Forma de identificación de Medicaid (Forma 3087)	8
Ejemplo de la Forma de identificación de Medicaid (Forma 3087)	10
¿Y si no tengo mi Forma 3087 de Identificación de Medicaid?...	11
Tarjeta de identificación de miembro de Community First.....	12
¿Qué pasa si pierdo la tarjeta de identificación o me la roban?.	12

2. Atención de su Proveedor de Cuidado Primario

¿Cómo escojo a un PCP?	13
¿Puede una clínica ser mi PCP?	13
¿Puedo escoger a un Proveedor de Cuidado Primario para mi bebé antes de que nazca?	13
¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido?	13
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el PCP de mi bebé?	13
¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?.....	14
¿Cómo obtengo la mejor atención médica posible de mi PCP?.....	14
¿Qué tengo que llevar a la cita con el doctor?	14
¿Qué pasa si decido consultar a un doctor que no es mi PCP?	14
¿Qué es atención médica periódica y qué tan pronto me darán una cita?	14
¿Qué es un envío a servicios?.....	15
¿Qué debo saber de los hospitales y especialistas?.....	15
¿Cuáles servicios se pueden recibir sin un envío?	15
¿Cómo consigo los servicios de planificación familiar?	15
¿Qué tan pronto me darán una cita con el especialista?	16
¿Puedo obtener una segunda opinión?.....	16
¿A quién llamo si tengo necesidades médicas especiales y necesito que alguien me ayude?	16
¿Qué es la Administración de Casos para Mujeres Embarazadas y Niños (CPW)?	16
¿Qué es la atención médica de emergencia?	17
¿Qué hago en caso de una verdadera emergencia?	17



Tabla de contenido

¿Qué tan pronto me pueden dar una cita para recibir atención de emergencia?.....	17
¿Que es la posestabilización?.....	17
¿Qué es atención médica urgente y qué tan pronto me darán una cita?	18
¿Cómo recibo atención médica cuando está cerrado el consultorio de mi PCP?.....	18
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	19
¿Qué tengo que hacer para que me surtan las recetas?.....	19
¿Qué pasa si no me aprueban la receta?.....	19
¿Cómo cambio de PCP?.....	19
¿Cuántas veces puedo cambiar de PCP?	19
¿Cuándo entrará en vigor el cambio de PCP?	20
Razones por las cuales Community First puede negar su petición de PCP?.....	20
¿Puede mi PCP pedir que me cambien a otro proveedor por falta de cumplimiento de mi parte?.....	20

3. Beneficios y servicios de los miembros de Medicaid de STAR

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?.....	21
¿Cómo obtengo estos servicios?	22
¿Tiene limitaciones alguno de los servicios cubiertos?	22
¿Cuáles servicios no son beneficios cubiertos?	22
¿Qué beneficios adicionales recibo?.....	23
¿Cómo obtengo estos beneficios?.....	23
¿Qué hago si necesito atención de un ginecoobstetra?	24
¿Puedo seguir consultando a mi ginecoobstetra actual si éste no participa en Community First?.....	24
¿Qué hago si estoy embarazada?	24
¿Qué significa médicamente necesario?.....	25
¿Cómo consigo ayuda si tengo un problema de salud mental o abuso de sustancias?.....	26
Servicios de libre elección	26
¿Cómo obtengo servicios de la vista?	26
¿Qué es Pasos Sanos de Texas?.....	27
¿Y si soy un trabajador de campo migrante?	28
¿Qué otros servicios recibo con Community First?	28
¿Cuáles clases de educación sobre la salud ofrece Community First?	29

Tabla de contenido



Si no tengo carro, ¿cómo consigo transporte al consultorio del doctor?	31
¿Qué hago si estoy demasiado enfermo para tomar decisiones sobre la atención médica?	32
Si no me siento a gusto hablando inglés, ¿puede ayudarme Community First a comunicarme en mi idioma?	32
¿Puede un intérprete acompañarme y ayudarme cuando hable con el doctor?	32
¿Qué hago si dejo de llenar los requisitos para Medicaid?	32
¿Qué sucede si tengo otro seguro médico además de Medicaid?	33
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro?.....	34
¿Qué hago si recibo una cuenta del doctor?.....	37
¿Qué hago si tengo una queja?.....	37
¿Cuánto tiempo tarda en tramitarse mi queja?.....	37
¿Qué puedo hacer si el plan de salud niega o limita un servicio cubierto que pidió mi doctor?	38
¿Qué sucede si los servicios que necesito son para una emergencia o estoy en el hospital?	38
¿Qué es una apelación acelerada?.....	38
¿Cómo se pide una apelación acelerada?	39
¿Qué sucede si Community First niega mi solicitud de una apelación acelerada?	39
¿Qué hago si no estoy satisfecho con la resolución de mi apelación?	39
¿Qué es una audiencia imparcial?.....	39
¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?.....	39
¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la decisión final?.....	40

4. Otra información importante

Fraude y abuso	41
Cómo informar sobre el malgasto, abuso o fraude de clientes o proveedores.....	41
¿Qué tengo que hacer si me mudo?	42
¿Puede pedir Community First que me cancelen la membresía de su plan?	42
¿Existen planes de incentivos para doctores?	43
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?.....	43
Información que tiene que estar disponible anualmente.....	44
Proveedores de planificación familiar	45



Cómo funciona Community First

¿Qué es Community First?

Community First Health Plans es un programa de atención médica administrada de Medicaid. Nuestros doctores, hospitales y otros proveedores le ayudarán a recibir todos los servicios de atención médica que necesita. Somos un plan de salud con dueños y administración locales. Somos el único plan de salud sin fines de lucro al que usted tiene acceso.

Community First Health Plans está comprometido a satisfacer las necesidades que usted tiene. Prestamos servicios a personas de todos los orígenes. Y lo hacemos de tal manera que reconocemos, valoramos y respetamos lo que usted vale. Protegemos su dignidad.

¿Qué servicios recibo con Community First?

- Su propio doctor, llamado Proveedor de Cuidado Primario o PCP. Es el doctor que lo atenderá cada vez que necesite atención médica. Esto es lo que se conoce como un "lugar estable para la atención médica".
- Hospitales y especialistas de alta calidad.
- Un Defensor de Servicios para Miembros que se preocupa por usted y puede responder a sus preguntas y ayudarle a recibir atención médica.

¿Cómo puede ayudarme un Defensor de Servicios para Miembros?

Todos los defensores de Servicios para Miembros de Community First están aquí para ayudarle. Y lo hacen de la siguiente manera:

- Lo atienden en inglés o en español, o lo comunican con un intérprete que hable su idioma. Solo llame a Servicios para Miembros.
- Le ayudan a seleccionar a un Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Si desea, puede escoger a un PCP diferente para cada miembro de su familia.
- Contestan sus preguntas sobre beneficios, a dónde ir para obtener atención médica y más.
- Le ayudan a conseguir los servicios médicos que puede recibir sin tener que ver primero al PCP, como servicios de planificación familiar u orientación.
- Le ayudan a cambiar de PCP.
- Le envían una nueva tarjeta de identificación de miembro si la pierde o se la roban.
- Le resuelven problemas o quejas que tenga sobre su atención médica o sobre Community First.

Cómo funciona Community First



¿Cómo obtengo los servicios que necesito?

Su PCP atenderá la mayoría de sus necesidades de atención médica. Si necesita atención de un especialista u hospital, su PCP se encargará de coordinarla. Lo enviará a recibir servicios, y le dará atención de seguimiento cuando lo atiendan otros doctores u hospitales. Para más información sobre cómo obtener otros servicios y beneficios, solo llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Forma de identificación de Medicaid (Forma 3087)

Mientras llene los requisitos para Medicaid, cada mes recibirá por correo la forma de Medicaid. Con la forma de Medicaid, el proveedor sabrá de usted y de los servicios que puede recibir cada mes. Como ahora está inscrito en el Programa STAR, la forma será diferente a la forma de Medicaid que recibía antes. Verá el logotipo del Programa STAR (Texas STAR) en la esquina superior derecha de la forma. El logotipo indicará al proveedor que usted está inscrito en el Programa STAR.

La forma tiene una fecha de vencimiento en el cuadro de la parte superior derecha. Esto significa que la forma de Medicaid será válida hasta el último día del mes que aparece en el cuadro. La forma también indica su nombre y el nombre de cualquier miembro de la familia que sea parte del caso de Medicaid.

Como miembro del Programa STAR, la forma de Medicaid indicará el nombre del plan de salud debajo de cada nombre en la forma. Si es menor de 21 años y le toca un examen de Pasos Sanos de Texas, también verá un aviso debajo del nombre. Tendrá que llamar a su PCP o al plan de salud para hacer la cita para el examen.

La forma de Medicaid también indica que las personas que tienen 21 años o más pueden recibir más de tres recetas cada mes. Asegúrese de llevar la forma de Medicaid a la farmacia siempre que quiera que le surtan una receta.



Cómo funciona Community First

Además, la forma contiene la siguiente información:

Date Run	La fecha de impresión de la forma.
BIN	Esta información se usa para servicios de farmacias.
BP	El código que indica dónde vive usted.
TP	El tipo de programa de acuerdo con su caso.
Cat	La categoría del caso.
Case No.	El número de su caso.
ID No.	Su número de Medicaid.
Name	Su nombre completo como figura en el programa de Medicaid.
Date of Birth	Su fecha de nacimiento por mes, día y año como figura en el programa de Medicaid.
Sex	Indica (F) para mujer (M) para hombre.
Eligibility Date	La fecha cuando comienza la elegibilidad.
TPR	La clave para indicar si tiene otro seguro médico. Una "P" indica que tiene seguro privado y una "M" indica que llena los requisitos para Medicare.
Medicare No.	Su número de Medicare, si tiene uno.

Asegúrese de leer el dorso de la forma de Medicaid. Le da más información sobre la misma. Además, tiene un cuadro con información específica para los proveedores.

Tiene que llevar la forma de Medicaid y la tarjeta de identificación del plan de salud para recibir cualquier servicio de atención médica. Tendrá que mostrar la forma de Medicaid y la tarjeta del plan de salud cada vez que reciba servicios.

Si pierde la forma de Medicaid, comuníquese con la oficina local de elegibilidad de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) para pedir otra.



Cómo funciona Community First

Ejemplo de la Forma de identificación de Medicaid (Forma 3087)

FOR THE CLIENT: About Your Medicaid ID Form

This is your MEDICAID IDENTIFICATION form. When you get any health care services, you must have this form with you as your ID. WHEN IS THE FORM GOOD? It is good through the date in the box marked "GOOD THROUGH." This box is on the other side of this page, in the top right corner. The other side of this page also tells some of the services you can get. If you are under age 21, it will also tell you if it is time for your medical and dental check-ups.

WHEN DO I GET A NEW FORM? You will get this form in the mail each month when you have Medicaid. When you get the form, you can be sure you are covered by Medicaid.

WILL I HAVE TO PAY FOR SERVICES? Medicaid clients do not have to pay bills that Medicaid should pay. It is very important that you tell your doctor, hospital, drugstore, and other health care providers right away that you have Medicaid. If you do not tell them you have Medicaid, you may have to pay these bills. NOTE: Family planning clinics and other providers give free physical exams, lab tests, birth control methods (including sterilization), and contraceptive counseling.

WHAT IF I GET A BILL? If you get a bill from a doctor, hospital, or other health care 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, you have the right to ask for a fair hearing. You may ask for a fair hearing in writing or by calling 1-800-252-8263.

WHAT IF THE SERVICES REQUESTED FOR ME ARE DENIED? You have the right to ask for a fair hearing. You may ask in writing or by calling. The address and telephone number will be listed on the letter that you get.

WHAT IF I NEED MEDICINE? Medicaid will pay for no more than three prescription drugs for you each month. You must pay for any prescriptions that you need beyond three. IMPORTANT: Family planning drugs and supplies do NOT count as one of the three allowed prescriptions. Medicaid will pay for 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 Program, or gets services through the CLASS, CBA, HCS, HCS-O, DBMD, MFLA and other non-SSI community-based waiver programs. STAR-PLUS clients age 21 and over who do not join the same HMO for Medicaid and Medicaid are limited to three (3) prescriptions per month.

CAUTION: If you accept Medicaid benefits (services or supplies), you give and assign to the state of Texas your right, as well as the right of anyone for whom you have the right to accept benefits, 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.

QUESTIONS? Call 1-800-252-8263.

PARA EL CLIENTE: Información Sobre la Forma de Identificación para Medicaid

Esta es su IDENTIFICACIÓN DE MEDICAID. Cuando vaya a pedir cualquier servicio médico, tiene que tener esta forma a mano, porque sirve como su identificación.

¿CUÁNDO ES VÁLIDA LA FORMA? Es válida hasta la fecha que aparece en la caja que dice "VÁLIDA HASTA". La caja aparece al otro lado de esta hoja, arriba, en la esquina de la derecha. Al otro lado de esta hoja también hay información sobre otros servicios que puede obtener. También le dice cuando le toca ir a sus chequeos médicos y dentales, si tiene menos de 21 años.

¿CUÁNDO ME DAN UNA FORMA NUEVA? Usted recibirá esta forma por correo cada mes que tenga Medicaid. Cuando reciba la forma, puede estar seguro que tiene cobertura de Medicaid.

¿TENGO QUE PAGAR LOS SERVICIOS? El cliente de Medicaid no tiene que pagar las cuentas que Medicaid debe pagar. Es muy importante que usted diga inmediatamente a su médico, hospital, farmacia y otro proveedor de servicios médicos que usted recibe Medicaid. Si no les avisa, puede que usted tenga que pagar estas cuentas. NOTA: Las clínicas de planificación familiar y otros proveedores dan gratis exámenes médicos, análisis, anticonceptivos (incluso la esterilización) y consejería sobre los métodos anticonceptivos.

¿QUÉ HAGO SI RECIBO UNA CUENTA? Si usted recibe una cuenta de un doctor, un hospital u otro proveedor de servicios médicos, pregúntele al proveedor por qué le mandó la cuenta. Si todavía le manda una cuenta, llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-252-8263 para pedir ayuda. Si le toca pagar, usted tiene derecho a pedir una audiencia imparcial. Puede pedir una audiencia imparcial por escrito o por teléfono, llamando 1-800-252-8263.

¿QUÉ PASA SI ME NEGAN LOS SERVICIOS PEDIDOS EN MI NOMBRE? Tiene derecho a pedir una audiencia imparcial por escrito o por teléfono. La dirección y el número de teléfono se darán en la carta que recibe.

¿QUÉ HAGO SI NECESITO MEDICINAS? Medicaid pagará un máximo de tres medicinas de receta al mes. Usted tiene que pagar las medicinas de receta adicionales si necesita más de tres. IMPORTANTE: Si necesita medicinas y artículos para la planificación familiar, estos NO cuentan como una de las tres medicinas de receta permitidas. Medicaid pagará más de tres recetas al mes por el cliente de Medicaid que tiene menos de 21 años, o vive en una casa para convalecientes, o tiene el Programa STAR, o recibe servicios por medio de CLASS, CBA, HCS, HCS-O, DBMD, MFLA y otros programas opcionales en la comunidad no relacionados con SSI. Los clientes de STAR-PLUS de 21 años o mayores que no se inscriben en el mismo HMO para Medicare y Medicaid tienen un límite de tres (3) recetas por mes.

ADVERTENCIA: Si usted acepta beneficios de Medicaid (servicios o artículos), da y otorga al Estado de Texas el derecho de cualquiera por quien usted pueda aceptar beneficios y su derecho de recibir pagos por aquellos servicios o artículos de otras compañías de seguros y otras fuentes responsables, hasta cobrar la cantidad que se necesite para cubrir lo que Medicaid haya gastado.

¿TIENE PREGUNTAS? Llame al 1-800-252-8263.

FOR THE PROVIDER/PARA EL PROVEEDOR

PLEASE NOTE: Payment for 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 TERMS THAT MAY APPEAR ON THIS FORM:

TPR-Before filing with Medicaid, claims must be filed with a Third Party Resource: either P (Private Insurance) or M (Medicare). When P is indicated, dental, pharmacy and nursing home providers should bill Medicaid first.

LIMITED-Except for family planning services and for Texas Health Steps (EPSTD) medical screening, dental and hearing aid services, this form indicates whether the client is limited to seeing a specific doctor. This form also indicates whether the client is limited to using a specific pharmacy for drugs obtained through the Vendor Drug Program. The doctor and/or pharmacy are named on the form. EXCEPTION: In the event of an emergency medical condition as defined below, appropriate medical attention should be provided.

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 in serious jeopardy, (2) serious impairment 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 local hospice agency or DHS to verify.

OMB-The Medicaid agency is providing coverage of Medicare premiums, deductible, 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, deductible, and coinsurance liabilities.

PE-Medicaid covers only family planning and medically necessary outpatient services.

STAR Program and STAR-PLUS Program-The client is enrolled in the Medicaid Managed Care Program and is assigned to the provider, FQHC, or HMO named on the form.

DHS Form 3087/PAGE 2/12-99

¿Y si no tengo mi Forma 3087 de Identificación de Medicaid?

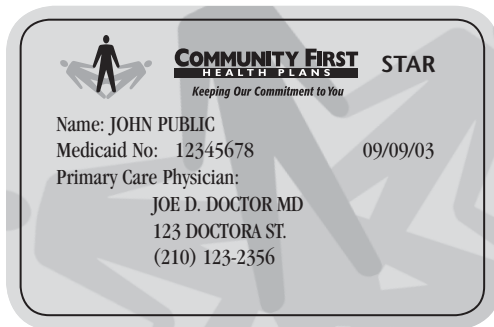
Si pierde su Forma 3087, puede pedir a la oficina de elegibilidad de la HHSC la Forma 1027-A que será su identificación temporal de Medicaid. También puede pedir la Forma 1027-A si necesita atención médica antes de recibir por correo la Forma 3087.

Cómo funciona Community First



Tarjeta de identificación de miembro de Community First

- Todas las personas de su hogar que obtienen beneficios de Medicaid, van a recibir su propia tarjeta de identificación.
- Lleve siempre su tarjeta de identificación de Miembro de Community First y su forma de Medicaid cuando vaya a recibir atención médica.
- Para que le surtan las recetas, solo necesita la forma de Medicaid.
- Asegúrese de que su tarjeta de identificación de Community First contenga la siguiente información:
 - Su nombre
 - Su número de Medicaid
 - La fecha de vigencia
 - El nombre, la dirección y el teléfono del PCP



<p>Members</p> <ul style="list-style-type: none">• Please carry this card at all times for all medical needs.• Life threatening emergency, go to the nearest emergency room and call your Primary Care Provider.• For assistance, please call (210) 358-6060 or 1-800-434-2347. <p>Notice to Hospital and Other Providers/ Aviso para hospitales y otros proveedores</p> <ul style="list-style-type: none">• Possession of this card does not guarantee eligibility.• This card is for identification purposes only. Possession of this card does not confer any entitlement to benefits. Members must be actively enrolled at the time services are rendered.• All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call GHP within 24 hours at (210) 358-6060 or fax to (210) 358-6040. <p>Member Services Department (24 hours/7days a week) Inside Bexar County (210) 358-6060, TDD (210) 358-6080 Toll-Free 1-800-434-2347, TDD 1-800-390-1175</p> <p>Departamento de Servicios para Miembros (las 24 horas del día, los 7 días de la semana) Dentro del condado de Bexar 210-358-6060, Línea TDD 210-358-6080</p> <p>Submit Claims To: Community First - Claims 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, TX 78249</p> <p>For electronic claims submit to Availity: Paper ID = COMMF</p>	<p>Miembros</p> <ul style="list-style-type: none">• Favor de llevar esta tarjeta en todo momento para todas las necesidades médicas.• Emergencias que ponen en peligro la vida: vaya a la sala de emergencias más cercana y llame a su Proveedor de Cuidado Primario.• Para obtener ayuda, por favor, llame al 210-358-6060 o al 1-800-434-2347. <p>Behavioral Health/Servicios de salud mental y abuso sustancias: Crisis Hotline (Toll-Free)/ Línea directa en caso de crisis (gratis): 1-877-221-2226 (24 hours/7days a week)/ (las 24 horas del día, los 7 días de la semana)</p>
---	---

¿Qué pasa si pierdo la tarjeta de identificación o me la roban?

Llame a Servicios para Miembros de Community First y un Defensor de Miembros le enviará una nueva.



Atención de su Proveedor de Cuidado Primario

¿Cómo escojo a un Proveedor de Cuidado Primario?

- Consulte el Directorio de Proveedores de Community First para obtener una lista de los Proveedores de Cuidado Primario (PCP) y las clínicas que tienen consultorios cerca de usted.
- Visite el sitio web de Community First en www.cfhp.com y use el enlace de búsqueda de proveedores.
- Llame a un Defensor de Servicios para Miembros.
- Asegúrese de escoger a un PCP para cada miembro de su familia inscrito en el Programa STAR de Texas.

¿Puede una clínica ser mi PCP (RHC/FQHC)?

Sí, lo único que tiene que hacer es escoger la clínica donde ofrece servicios su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) que aparece en la lista de nuestro Directorio de Proveedores como Centro de Salud Aprobado a Nivel Federal (FQHC).

¿Puedo escoger a un PCP para mi bebé antes de que nazca?

Sí. Será más fácil de esta manera.

¿Cómo inscribo a mi recién nacido?

Si está embarazada y tiene a su bebé cuando esté inscrita en el Plan de Salud STAR de Community First, debe escoger al Proveedor de Cuidado Primario de su bebé antes de que nazca. Solo llame a Servicios para Miembros si quiere nuestra ayuda.

También debe avisarle a su trabajador de casos de Medicaid. Llame a su trabajador de casos tan pronto como pueda. De esa manera, su bebé recibirá un número de Medicaid y beneficios inmediatamente.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el PCP de mi bebé?

Las reglas para los bebés son iguales que para los demás niños. Solo llame a Servicios para Miembros y si solicita el cambio antes del día 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del mes siguiente. Las peticiones hechas después del 15 del mes entrarán en vigor el día primero del segundo mes siguiente.

Atención de su Proveedor de Cuidado Primario



¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Su bebé será asignado al mismo plan de atención médica en el que usted está inscrita por lo menos durante los primeros 90 días después de su nacimiento. Usted puede pedir un cambio de plan antes de los 90 días si ambos planes están de acuerdo con el cambio. Si su bebé está en el hospital, no se permite cambiar de plan hasta que lo den de alta.

¿Cómo obtengo la mejor atención médica posible de mi Proveedor de Cuidado Primario?

- Llame a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) antes de recibir atención médica.
- Informe al PCP sobre verdaderas emergencias.
- Programe los exámenes con regularidad.
- Hable con franqueza con su PCP.
- Llame con anticipación si necesita cancelar una cita.

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

Lleve su tarjeta de identificación de Community First y la Forma de Identificación de Medicaid (Forma 3087). No olvide llevar toda la información sobre sus necesidades médicas, como las recetas.

¿Qué pasa si decido consultar a un doctor que no es mi PCP?

No debe ir a ningún otro doctor que no sea su PCP. Si lo hace para recibir servicios que su PCP usualmente le brindaría, es posible que le pidan que firme una forma para que usted pague la cuenta. Su PCP es la persona a cargo de su atención médica, así que no tiene sentido consultar a otro doctor.

¿Qué es la atención médica periódica y qué tan pronto me darán una cita?

La atención médica periódica son los exámenes periódicos y el tratamiento para enfermedades. También es la atención de seguimiento cuando le han hecho alguna prueba médica o cuando le recetan un medicamento. Para citas periódicas, el Proveedor de Cuidado Primario (PCP) lo verá en un plazo de dos semanas. Su PCP está disponible para atenderlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Atención de su Proveedor de Cuidado Primario

¿Qué es un envío a servicios?

Cuando su PCP decide que usted necesita ver a un especialista o necesita seguir un tratamiento especial, le da un envío a servicios. Requiere el permiso de Community First. Su PCP lo coordinará. Antes de hacer la cita con el especialista, es importante esperar hasta que se haya completado todo el papeleo del envío a servicios.

El consultorio de su PCP usualmente hará las citas por usted. Si tiene alguna pregunta sobre el envío a servicios, llámenos.

¿Qué debo saber de los hospitales y especialistas?

Si necesita a un doctor especialista, el PCP le dará un envío a servicios. Si tiene que ir al hospital, el PCP le enviará a un hospital que pertenezca a nuestra red. Community First no pagará el costo del hospital o especialista si su PCP no le envía. Puede ir al hospital sin un envío a servicios de su PCP si es una verdadera emergencia.

¿Cuáles servicios se pueden recibir sin un envío?

- Servicios de salud mental y abuso de sustancias
- Servicios para el embarazo y parto, como se describen en la página 24
- Servicios de la vista: exámenes de la vista para todos los miembros y anteojos y lentes de contacto para miembros menores de 21 años de edad
- Exámenes médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas
- Servicios de planificación familiar

Para servicios de ginecoobstetricia, de la vista y de salud mental y abuso de sustancias, tiene que consultar a proveedores de nuestra red. Consulte el Directorio de Proveedores o llame a Servicios para Miembros para que le ayuden a encontrar a un proveedor.

¿Cómo consigo los servicios de planificación familiar?

Puede ir a cualquier proveedor que acepte Medicaid para recibir estos servicios. No necesita un envío de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Por favor, consulte la lista de proveedores que comienza en la página 45.

Atención de su Proveedor de Cuidado Primario



¿Qué tan pronto me darán una cita con el especialista?

Cuando llame para hacer una cita, el especialista debe verlo dentro de dos semanas. Esto incluye la atención prenatal. Si tiene un caso urgente, el especialista debe atenderlo dentro de 48 horas.

Community First tiene unos estándares que los doctores deben seguir. Si no le dan una cita dentro de este plazo, llame a Servicios para Miembros de Community First y le ayudarán.

¿Puedo obtener una segunda opinión?

Sí, puede obtener una segunda opinión. El segundo doctor tiene que pertenecer a nuestra red. Si no hay un doctor de la red disponible, le ayudaremos a encontrar a un doctor. El doctor que le dé la segunda opinión puede no pertenecer a la red.

¿A quién llamo si tengo necesidades médicas especiales y necesito que alguien me ayude?

Community First ofrece servicios de administración de casos a los miembros con necesidades médicas especiales. Llame a Servicios para Miembros y le ayudarán a comunicarse con un administrador de casos que verá qué necesidades tiene.

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

Son servicios para niños que tienen un problema de salud o un riesgo médico. Son para menores, desde recién nacidos hasta los 20 años de edad. También pueden recibir ayuda las mujeres con un embarazo de alto riesgo de cualquier edad. Este programa le ayudará a encontrar atención médica y servicios de salud de bajo costo. Usted y su familia tendrán un administrador de casos. Él les ayudará a ver si llena los requisitos para recibir servicios médicos y sociales. También puede que reciba servicios educativos y otros que sean médicamente necesarios. Para solicitar Servicios de Administración de Casos, llame a la Línea Directa de Educación y Promoción de la Salud de Pasos Sanos de Texas al 1-877-THSTEPS (1-877-847-8377). O, si tiene acceso a Internet, vaya al sitio web del Departamento Estatal de Servicios de Salud a <http://www.dshs.state.tx.us/caseman/>.



Atención de su Proveedor de Cuidado Primario

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Un padecimiento médico de emergencia significa un padecimiento médico que se manifiesta con síntomas agudos recientes de tal severidad (inclusive dolor muy fuerte) que la persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, podría deducir con toda razón 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 algún órgano vital o parte del cuerpo;
4. causar una desfiguración grave; o
5. en el caso de una mujer embarazada, poner en peligro grave la salud de la mujer o del feto.

¿Qué hago en caso de una verdadera emergencia?

- Vaya directamente al proveedor de Medicaid o a la sala de emergencias del hospital más cercano, aunque no sean parte de Community First.
- No se detenga para llamar a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) o a Community First. Llame al 911 si necesita ayuda para llegar al hospital.
- Llame a su PCP dentro de las 24 horas siguientes, o tan pronto como pueda, para poder recibir atención médica de seguimiento.

¿Qué tan pronto me pueden dar una cita para recibir atención de emergencia?

El personal de la sala de emergencias lo atenderá lo antes posible. Dependerá de su padecimiento médico. Si tiene una lesión que pone su vida en peligro, debe recibir atención inmediatamente.

¿Que es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por Medicaid que recibe el paciente después de atención de emergencia para mantenerlo en un estado estable.

Atención de su Proveedor de Cuidado Primario



¿Qué es atención médica urgente y qué tan pronto me darán una cita?

Tiene un problema urgente cuando usted está enfermo o lesionado y necesita recibir ayuda tan pronto sea posible para evitar que empeore. A continuación se describen algunas situaciones en las cuales usted debe llamar primero al Proveedor de Cuidado Primario (PCP):

- Dolor de oído
- Dolor de muela o dentición del bebé
- Salpullido
- Resfriado, tos, dolor de garganta, gripa o problemas de sinusitis
- Quemaduras leves de sol
- Quemaduras leves al cocinar
- Dolor crónico de la espalda
- Dolor de cabeza leve
- Yeso roto
- Puntadas que hay que quitar
- Renovación de medicamentos

Su PCP está disponible para atenderlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede esperar que lo atiendan dentro de 24 horas si necesita atención médica urgente.

¿Cómo recibo atención médica cuando está cerrado el consultorio de mi Proveedor de Cuidado Primario?

Si tiene un problema urgente, debe llamar primero al consultorio del Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Contestarán el teléfono del PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a la Línea de Enfermeras de Community First después de las horas de consulta al 210-358-6060 dentro del condado de Bexar, o gratis al 1-800-434-2347. Una enfermera le contestará la llamada, y le puede decir que vaya a un hospital, sala de emergencias o centro de atención de urgencia. ¡Debe ir a la sala de emergencias del hospital más cercano en caso de una verdadera emergencia!



Atención de su Proveedor de Cuidado Primario

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

Cubrimos las verdaderas emergencias por todo los Estados Unidos. El programa de Medicaid no cubre servicios médicos que se prestan fuera de los Estados Unidos. En caso de una emergencia, obtenga ayuda. No tiene que llamar antes al PCP. Llame al PCP dentro de 24 horas después de la emergencia. O llame lo antes posible.

Si tiene un problema urgente cuando está fuera, tiene que llamar a su PCP antes de recibir atención. También, antes de recibir atención, puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras después de las horas de consulta. Si necesita atención médica de seguimiento, su PCP hará los arreglos. Por favor, de ser posible, regrese al área de servicio de Community First para recibir la atención médica de seguimiento. Si está demasiado enfermo como para viajar de regreso, llame al 1-800-434-2347 para avisarnos.

¿Qué tengo que hacer para que me surtan las recetas?

Su receta puede surtirse en cualquier farmacia que tenga un contrato con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para aceptar Medicaid. Si tiene algún problema para que le surtan las recetas, llámenos al 1-800-434-2347. Un defensor de miembros le ayudará a comunicarse con el Texas Drug Vendor Program.

¿Qué pasa si no me aprueban la receta?

Si no pueden localizar al doctor, la farmacia tiene que darle medicamentos de emergencia para tres días.

¿Cómo cambio de Proveedor de Cuidado Primario (PCP)?

Llámenos al teléfono que indicamos al pie de la página. Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo PCP si desea cambiarse a otro doctor de la red. También puede pedir cambiar de PCP en el sitio web de Community First en www.cfhp.com.

¿Cuántas veces puedo cambiar de PCP?

Puede cambiar de PCP hasta cuatro veces al año.

Atención de su Proveedor de Cuidado Primario



¿Cuándo entrará en vigor el cambio de PCP?

Si nos pide el cambio antes del día 15 de cualquier mes, puede empezar a consultar al nuevo PCP a partir del día primero del mes siguiente. Si nos pide el cambio después del día 15 del mes, tendrá que esperar hasta el día primero del segundo mes siguiente. Antes de la fecha de vigencia del cambio, su PCP previo tiene que autorizar cualquier atención que reciba en el hospital o de un especialista.

Por ejemplo: si nos pide el cambio de PCP el 15 de agosto o antes, puede empezar a consultar al nuevo PCP a partir del 1º de septiembre. Si nos pide el cambio el día 16 de agosto o después, tendrá que esperar hasta el 1º de octubre para consultar al nuevo PCP.

Su nueva tarjeta de identificación de miembro de Community First tendrá el nombre, la dirección y el teléfono del nuevo PCP. Si necesita atención médica antes de recibir la nueva tarjeta de identificación, llame a Servicios para Miembros y le ayudarán a hacer una cita con un PCP.

Razones por las cuales Community First puede negar su petición de Proveedor de Cuidado Primario:

- El PCP que usted ha elegido puede pedir que lo cambien a otro PCP que se especialice en la atención que usted necesita.
- El PCP puede pedir que lo cambien si se inscribió con dicho PCP por error.
- Ya ha cambiado de PCP cuatro veces durante el año en curso.
- El PCP ya no acepta a nuevos pacientes.

¿Puede el PCP pedir que me cambien a otro proveedor por falta de cumplimiento de mi parte?

Sí, por las siguientes razones:

- Falta a tres citas seguidas en un plazo de seis meses sin llamar para cancelarlas.
- No sigue el plan de tratamiento recomendado.
- Es grosero, abusivo o no coopera con el PCP de su hijo o con el personal del consultorio.

Sin embargo, el PCP tiene que pedirle permiso a la Comisión de Salud y Servicios Humanos y usted tiene el derecho de apelar.



Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Community First cubre todos los beneficios que cubre Medicaid, como:

- Exámenes periódicos, exámenes de la vista y de la audición, envío a servicios dentales, valoraciones de la nutrición y vacunas
- Consultas en el consultorio del proveedor para vacunas, radiografías, pruebas, cirugía como paciente externo, exámenes y otros.
- Visitas a los Centros de Salud Aprobados a Nivel Federal (FQHC)
- Consultas con especialistas o cirujanos, incluso la anestesia
- Radiografías, pruebas de laboratorio y otros servicios prestados en el hospital, como cuarto y comida, sangre completa y atención de maternidad y para el recién nacido
- Servicios médicos en el hospital
- Servicios de ambulancia
- Servicios de salud mental
- Servicios quiroprácticos
- Atención de emergencia
- Servicios de educación sobre la salud del Proveedor de Cuidado Primario o de Community First. Para más información, vea la página 29.
- Exámenes del oído (todos los miembros) y audífonos (menores de 21 años)
- Servicios de salud en casa, como atención de enfermería supervisada por una enfermera registrada. Estos servicios tienen que ser parte de un plan de tratamiento aprobado por Community First.
- Servicios de hospicio para todos los miembros que tienen una enfermedad terminal (tienen seis meses de vida o menos), certificada por un doctor
- Atención de maternidad antes y después del parto
- Servicios de un podiatra
- Servicios de salud preventivos, como exámenes físicos anuales, pruebas de Papanicolau anuales, mamografías y otros exámenes
- Terapia de radiación
- Trasplantes de órganos, de la médula, de la córnea y de las células madres periféricas

Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid



¿Cómo obtengo estos servicios?

Su PCP coordinará su atención. Su PCP no tiene que coordinar los servicios de ginecoobstetra, planificación familiar, la vista ni los de salud mental y abuso de sustancias. Usted tiene acceso directo a estos servicios. Llámenos si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.

¿Tiene limitaciones alguno de los servicios cubiertos?

Se hicieron cambios importantes al Programa de Atención Médica Administrada de Medicaid que entraron en vigor el 1º de septiembre de 2003. Estos cambios son el resultado de nuevas leyes estatales de Texas. Estos cambios afectan a personas que llenan la solicitud de Medicaid. También afectan a miembros de más de 21 años de edad. [Favor de notar: estos cambios no son aplicables si usted es menor de 21 años o si es Beneficiario de Medicare Elegible (QMB) o Beneficiario de Medicare Elegible para Medicaid (MQMB)].

¿Cuáles servicios no son beneficios cubiertos?

- Abortos que los reglamentos federales y estatales no cubren
- Acupuntura
- Autopsias
- Cirugía cosmética o plástica que no sea médicamente necesaria
- Servicios de acompañante
- Cirugía experimental
- Cirugía de los ojos para corregir la miopía, hipermetropía o visión borrosa
- Tratamiento para la esterilidad, incluso la inseminación artificial, la fecundación in vitro y los servicios asociados con las madres substitutas
- Artículos de comodidad personal como la televisión, los teléfonos o los artículos de aseo personal, a menos que sean médicamente necesarios
- Reversión de la esterilización voluntaria
- Atención médica periódica fuera del área de servicio
- Cualquier servicio prestado fuera de Estados Unidos
- Servicios no aprobados por el Proveedor de Cuidado Primario ni por Community First
- Servicios como cocinar, limpiar, bañar o alimentar, provistos por el empleador o por un miembro de la familia
- Cirugía de cambio de sexo



Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid

¿Qué beneficios adicionales recibo?

Community First ofrece los siguientes beneficios adicionales a todos nuestros miembros de Medicaid, incluso los que tienen SSI:

- Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas
- Regalos al terminar las clases prenatales
- Programa de Educación sobre el Asma
- Fichas para el autobús para asistir a clases o a citas médicas
- Boletín trimestral para miembros
- Toda su familia recibe descuentos en los medicamentos recetados con la Tarjeta de Descuento Familiar RX gratuita

También ofrecemos servicios flexibles de salud mental y abuso de sustancias.

¿Cómo obtengo estos beneficios?

Llámenos para preguntar sobre cualquiera de estos servicios especiales.

Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid



¿Qué hago si necesito atención de un ginecoobstetra?

AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER

Community First no limita la selección de un ginecoobstetra a la red del PCP. Tiene derecho de escoger a un ginecoobstetra sin tener un envío a servicios del PCP. Puede ver a un ginecoobstetra para recibir:

- Un examen preventivo para la mujer cada año;
- Atención médica relacionada con el embarazo;
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer; y
- Envíos para ver a un especialista de la red.

¿Puedo seguir consultando a mi ginecoobstetra actual si este no participa en Community First?

Tendrá que escoger a un nuevo ginecoobstetra del Directorio de proveedores si no está embarazada y su ginecoobstetra no pertenece a nuestra red. Si está embarazada y su ginecoobstetra no pertenece a nuestra red, llámenos para que le ayudemos.

¿Qué hago si estoy embarazada?

Llámenos y le ayudaremos a escoger a un obstetra. Es muy importante que usted inicie la atención prenatal inmediatamente. Deberá poder conseguir una cita dentro de las dos semanas después de que la pida. Tenemos un programa prenatal especial. Puede ganar regalos si completa los cursos. Llámenos y le daremos más información sobre este programa.



Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid

¿Qué significa médicamente necesario?

Médicamente necesario significa:

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

Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid



¿Cómo consigo ayuda si tengo un problema de salud mental o abuso de sustancias?

Los servicios de salud mental y abuso de sustancias cubren atención para problemas mentales o emocionales. También cubren atención para trastornos relacionados con las drogas o el alcohol. Si tiene algún problema relacionado con drogas, alcohol o salud mental, llame al 1-800-434-2347, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Alguien podrá ayudarle. Hay profesionales que se encuentran cerca de usted. Pueden verlo enseguida y le ayudarán a obtener tratamiento para sus problemas. Algunos problemas de salud mental o abuso de sustancias, como la depresión grave o la amenaza de hacerse daño, pueden necesitar atención urgente. No tiene que ver primero al Proveedor de Cuidado Primario (PCP). No necesita un envío a servicios para la primera cita. Usted mismo puede llamar para pedir ayuda.

Servicios de libre elección:

"Libre elección" significa que puede ir a cualquier proveedor que acepte Medicaid para obtener los servicios que se enumeran a continuación. No necesita un envío de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP).

Medicamentos con receta:

Medicaid cubrirá las medicinas recetadas aprobadas por su PCP o por otro doctor que trabaje con él. Puede surtir las recetas en cualquier farmacia que acepte las formas de Medicaid. Si tiene algún problema para que le surtan una receta, llámenos.

Servicios de planificación familiar, qué significa:

Una visita anual, orientación y pruebas. También cubrimos los medicamentos y artículos que ayudan a prevenir el embarazo. Cubrimos la esterilización y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Los miembros pueden acudir a cualquier proveedor que acepte Medicaid para recibir estos servicios.

¿Cómo obtengo servicios de la vista?

Community First ofrece exámenes de la vista a todos sus miembros. Si son médicamente necesarios, los anteojos están disponibles para miembros menores de 21 años. OptiCare le presta este servicio. Los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años de edad reciben un examen anual de la vista. Los miembros mayores de 21 años reciben un examen de la vista cada dos años. Llámenos para hacer preguntas sobre los beneficios y los anteojos.



Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid

¿Qué es Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas es un programa gratis de Medicaid para su hijo. Brinda exámenes médicos y dentales periódicos y vacunas para mantener sano a su hijo. Pasos Sanos de Texas presta estos servicios a miembros que tienen Medicaid, desde que nacen hasta los 21 años. Puede consultar a cualquier proveedor de Pasos Sanos de Texas que le quede cerca para los exámenes médicos y dentales. No necesita un envío de su PCP. Si necesita ayuda para encontrar a un doctor, llámenos.

Exámenes dentales: su hijo puede recibir atención si tiene menos de 21 años. Puede ver a un dentista que acepte Medicaid. Puede recibir exámenes dentales cada 6 meses a partir de su primer cumpleaños. Si el dentista encuentra algún problema, puede darle tratamiento para el problema en una visita de seguimiento. No necesita un envío para estos servicios. Usted tendrá que llamar a Community First antes de que el dentista haga algún tratamiento en el hospital o en cualquier lugar que no sea su consultorio.

- Limpieza y examen dental una vez cada seis meses
- Atención de emergencia
- Tratamientos con fluoruro para prevenir las caries
- Reparación de caries
- Frenos (excepto por razones cosméticas)
- Otros servicios según sean necesarios

Hable con su dentista sobre los selladores dentales para el niño. Un sellador dental es un material plástico que se aplica a los dientes posteriores para ayudar a prevenir las caries.

Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid



Exámenes médicos de Pasos Sanos de Texas:

llámenos para ver si su PCP hace exámenes de Pasos Sanos de Texas. Si los hace, llame al PCP para hacer una cita. Si su PCP no hace exámenes médicos de Pasos Sanos de Texas, llámenos y le diremos a dónde puede ir. Podemos ayudarle a encontrar a un doctor cerca de su casa. Estas son algunas cosas que se hacen durante el examen médico de Pasos Sanos de Texas:

- Examen físico, medidas de estatura y peso
- Examen de la vista y el oído
- Valoración sobre la dieta
- Vacunas (cuando sean necesarias)
- Análisis de la sangre (cuando sea necesario)
- Prueba de tuberculosis (TB)

Por favor, llame a su doctor o dentista lo antes posible si no puede llevar a su hijo a la cita médica o dental de Pasos Sanos de Texas. Pueden ayudarle a hacer otra cita. Si ya programó transporte con el Programa de Transportación Médica, por favor, llame al 1-877-633-8747 para cancelarlo.

Si se muda o está fuera de la ciudad cuando le toque a su hijo el examen de Pasos Sanos de Texas, llámenos y le ayudaremos.

La tabla en el dorso de la tarjeta de identificación del miembro le indica cuándo debe su hijo recibir las vacunas. Las vacunas que hagan falta se aplicarán durante el examen médico. Mantenga al corriente las vacunas de su hijo asegurándose de que reciba los exámenes médicos con regularidad.

¿Y si soy un trabajador de campo migrante?

Usted puede recibir su examen médico por adelantado si va a salir de la zona.

¿Qué otros servicios recibo con Community First?

Además de los otros beneficios del programa, Community First ofrece:

- Exámenes físicos para la escuela y los deportes
- Un crédito de \$125 para comprar lentes con receta y monturas
- Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas
- Tarjeta de descuento para recetas médicas para toda la familia
- Fichas para el autobús para ir a las citas con el doctor o en el hospital



Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid

¿Cuáles clases de educación sobre la salud ofrece Community First?

El bienestar personal significa hacer cosas en su vida diaria que tendrán un efecto positivo en su salud. Significa hacer un esfuerzo para mantenerse lo más sano posible y así vivir la mejor vida posible. El bienestar se divide en tres partes. Salud física, salud social y salud mental. Cuando las tres están en equilibrio, se puede vivir una vida más sana. El bienestar es una opción. Usted tiene que tomar el tiempo necesario para aprender sobre la buena salud y tiene que tomar buenas decisiones. Una vida sana puede ayudar a disminuir o acabar con las cosas que nos ponen en riesgo de contraer enfermedades.

Community First puede ayudarle a encontrar clases de educación sobre la salud. También le podemos dar muchos tipos de información por escrito. Tenemos información sobre:

- Educación prenatal
 - Clases de maternidad que incluyen información sobre la importancia de ver al doctor de maternidad
 - Información sobre lo que ocurrirá durante las visitas prenatales
 - Cómo cuidar de su cuerpo y comer saludablemente
 - Cómo incluir a su familia en el embarazo
 - Cómo amamantar
- Reanimación cardiopulmonar
- Educación sobre el asma
- Educación sobre la diabetes
 - ¿Qué es la diabetes?
 - Cómo comer bien si padece diabetes
 - Cómo cuidarse los pies
 - Nutrición
- Educación sobre la nutrición
 - Cómo cuidar del corazón
 - Cómo bajar de peso
 - Cómo reducir la presión arterial
- ¿Quiere dejar de fumar?

Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid



Póngase en movimiento para mejorar la salud:

El ejercicio ayuda al corazón y al cuerpo a estar en buenas condiciones. Ayuda a mantener un buen peso eliminando el exceso de grasa almacenada en el cuerpo. También ayuda a fortalecer los huesos, a dar buen tono a los músculos y a elevar su nivel de energía. Las personas que hacen ejercicio se sienten mejor acerca de sí mismas. No sufren tanto estrés ni depresión como las personas que no hacen ejercicio. También duermen mejor.

Programe una rutina:

Será fácil seguirla si hace que sea una parte habitual de su día. Empiece con algo sencillo, de 20 a 30 minutos al día, de 3 a 5 días por semana. Consulte con su doctor antes de comenzar. Asegúrese de que es bueno para usted hacer ejercicio. Camine, ande en bicicleta, nade, baile o haga ejercicio aeróbico. Para fortalecer los músculos, haga trabajos en el jardín, como quitar las yerbas, sembrar plantas, podar el pasto y recoger las hojas. Estacione su carro lejos de la entrada en el estacionamiento del supermercado o centro comercial. Levante pesas con los alimentos enlatados mientras cocina. Hacer tareas domésticas, como trapear, barrer, aspirar, sacudir y lavar las ventanas es buen ejercicio. Tome mucha agua antes y después de hacer ejercicio.

Lleve una dieta saludable:

La buena alimentación ayuda a disminuir el riesgo de sufrir enfermedad del corazón, diabetes y muchos tipos de cáncer. Le ayuda a lograr y mantener un peso saludable. Los alimentos que come pueden afectar su nivel de energía. La mejor dieta es una que incluye frutas, verduras, carnes y pan.

Desayune. El desayuno es la comida más importante del día. Coma cantidades más pequeñas y trate de no servirse un segundo plato. Limite la cantidad de alimentos altos en grasa. Coma panes y cereales de trigo integral, sin grasa ni azúcar adicionales. Limite el consumo de postres, dulces y alimentos procesados. Coma frutas y verduras frescas o congeladas. En vez de comer un chocolate o papitas con una soda como refrigerio, coma una fruta, un bagel, pretzels, yogur, palitos de zanahoria, galletas saladas o palomitas de maíz para microondas bajas en grasa. Use la sal con moderación. Limite el consumo de refrescos gaseosos y bebidas alcohólicas. No trate de bajar de peso con dietas rápidas. Cambie sus hábitos alimenticios y haga un esfuerzo para bajar solamente entre media libra y una libra por semana.



Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid

Salud social y mental:

El bienestar social y mental es una parte importante de su salud. Las personas que se sienten bien mentalmente se sienten mejor de sí mismas y pueden enfrentar mejor los retos de la vida que a veces se vuelve muy agitada. Tome tiempo para relajarse y disfrutar de las cosas que lo hacen sentirse feliz. Vaya al cine. Vea un juego de béisbol. Haga ejercicio. Salga a caminar. Siéntese en su sillón favorito y lea un buen libro. Recé. Sueñe despierto. Compre un disco y escúchelo en un lugar tranquilo y oscuro. Practique un pasatiempo. No se complique. Sepa cuándo necesita ayuda y pídala.

Consulte a su doctor:

Las visitas periódicas a su PCP y las pláticas con su doctor le ayudarán a tener una buena salud. El examen físico es una buena manera de saber sobre su salud y riesgos. Algunas enfermedades como la diabetes y la presión arterial alta pueden no tener síntomas evidentes en sus primeras etapas. Una visita con su PCP puede detectarlas.

Si no tengo carro, ¿cómo consigo transporte al consultorio del doctor?

Puede llamar al Programa de Transportación Médica (MTP) si necesita ayuda para ir a la cita con el doctor. Son parte del Departamento de Servicios de Salud de Texas (TDH). El teléfono gratis es el 1-877-633-8747. Si vive en el condado de Bexar, puede llamar al 210-949-2020. El horario es de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m. Tiene que llamar 48 horas antes de su cita. Llame al TDH para saber si hay alguna restricción para recibir sus servicios. También debe llamarlos si tiene alguna queja sobre el servicio de transporte.

Si alguien lo lleva a su cita, el MTP también puede ayudar a pagar la gasolina. La persona que maneja puede ser un familiar, un vecino u otro voluntario. Favor de llamar al MTP al 1-877-633-8747 para mayor información.

Community First le dará fichas para el autobús si no puede llegar a su cita. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para pagar la tarifa del autobús.

Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid



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

Usted puede dar instrucciones sobre su futura atención médica antes de enfermarse. Estas son las “directivas anticipadas”. Son instrucciones por escrito que le indican a su familia qué debe hacer si usted se enferma gravemente. Community First tiene un folleto sobre las directivas anticipadas. Con gusto le enviaremos uno. Le ayudará a entender cómo hacer una directiva anticipada para su atención médica futura. Llame para pedir el folleto.

Si no me siento a gusto hablando inglés, ¿puede ayudarme Community First a comunicarme en mi idioma?

Sí. Community First le ayudará a conseguir una persona que pueda hablarle en inglés, español u otro idioma. Llame a Servicios para Miembros a la Línea de Consejos de Enfermeras. Podemos llamar a un servicio de intérpretes. Los intérpretes están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (días festivos, fines de semana y después de las horas de consulta).

¿Puede un intérprete acompañarme y ayudarme cuando hablo con el doctor?

Sí. Llame a Servicios para Miembros y un representante encontrará a un intérprete que le ayude durante su cita. Tiene que llamar por lo menos 24 horas antes de la cita.

¿Qué hago si dejo de llenar los requisitos para Medicaid?

Si deja de llenar los requisitos para recibir Medicaid, pero vuelve a llenarlos durante los próximos 6 meses, será reinscrito automáticamente en el mismo plan en el que fue inscrito antes de perder la elegibilidad de Medicaid.

También lo inscribirán con el mismo PCP que tenía antes.



Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid

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

Medicaid y el seguro privado

Como condición para la elegibilidad de Medicaid, usted tiene que dar toda la información sobre sus seguros médicos al programa de Medicaid. Si su seguro médico privado se cancela, si ha adquirido nueva cobertura de seguro médico o si tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros, debe llamar a la línea directa de Recursos de Terceros de Medicaid (TPR) para actualizar sus expedientes y recibir respuesta a sus preguntas. Puede llamar gratis a la línea directa de TPR al 1-800-846-7307.

Tener otro seguro no afecta su capacidad de llenar los requisitos de Medicaid.

Es necesario que informe sobre otros seguros para asegurar que Medicaid siga siendo el pagador de último recurso.

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

Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid



¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro?

DERECHOS DE LOS MIEMBROS

1. Ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y a no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente, y
 - b. Saber que sus expedientes médicos y las discusiones que tenga con los proveedores se mantendrán privadas y confidenciales.
2. Tener la oportunidad, dentro de ciertos parámetros, de seleccionar un plan de atención médica y a un PCP (el médico o proveedor de atención médica que usted verá con mayor frecuencia y quien coordinará los servicios), y de cambiar de plan o proveedor de una manera razonablemente fácil. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de cuidado primario;
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera y que esté disponible en el área donde vive, y de escoger a un proveedor primario de ese plan;
 - c. Cambiar de PCP;
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones; y
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de PCP.
3. Hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
 - a. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos; y
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención médica o el servicio.
4. Aceptar o rechazar el tratamiento y tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted; y
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.



Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid

5. Utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante el plan de salud 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 pronta respuesta a su queja;
 - c. Tener acceso al trámite de apelación del plan y al procedimiento para hacerlo; y
 - d. Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y pedir información sobre el trámite para hacerlo.
6. Tener 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 necesaria de emergencia o urgente;
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna;
 - c. Poder entrar y salir del consultorio del proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, debe tener acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades;
 - d. Tener un intérprete, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente y ayudan con alguna discapacidad para que pueda entender la información; y
 - e. Recibir una explicación clara de las reglas del plan de salud, entre ellas, cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
7. No ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.

Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid



RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:

1. Aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Esto incluye el derecho de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid;
 - b. Preguntar si no entiende cuáles son sus derechos; y
 - c. Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan de salud y las de Medicaid;
 - b. Seleccionar sin demora un plan de salud y a un proveedor de cuidado primario;
 - c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y de PCP, según lo indique Medicaid y el plan de salud;
 - d. Ir a las citas programadas;
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda ir;
 - f. Llamar siempre primero a su proveedor de cuidado primario para consultar necesidades médicas que no sean de emergencia;
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su PCP antes de consultar a un especialista; y
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Compartir con su Proveedor de Cuidado Primario toda la información relacionada con su estado de salud y estar plenamente informado sobre las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Informar a su proveedor de cuidado primario sobre su salud;
 - b. Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos; y
 - c. Ayudar a los proveedores a obtener sus expedientes médicos.
4. Participar activamente en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para conservar su salud. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted;
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace;
 - c. Hacer todo lo que pueda para mantenerse saludable; y
 - d. Tratar con respeto a los proveedores y al personal.



Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid

¿Qué hago si recibo una cuenta del doctor?

No debe recibir cuentas del doctor por ningún servicio cubierto bajo Medicaid. Quizás reciba una cuenta si va a un doctor que no pertenece a la red de Community First. Quizás reciba una cuenta si lo tratan en una sala de emergencias por un problema que no es una emergencia. Podemos ayudarle a saber lo que tiene que hacer. Asegúrese de tener a la mano una copia de la cuenta cuando llame.

¿Qué hago si tengo una queja?

Queremos ayudarle. Si tiene una queja, puede llamarnos gratis en cualquier momento al 1-800-434-2347 y contarnos su problema. Un defensor de Servicios para Miembros de Community First Health Plans puede ayudarle a presentar una queja, solo llame al 1-800-434-2347. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Community First Health Plans, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) llamando gratis al 1-800-252-8263. Si quiere hacer su petición por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission

Health Plan Operations H-320

P.O. Box 85200

Austin, TX 78708-5200

ATTN: Resolution Services

¿Cuánto tiempo tarda en tramitarse mi queja?

Puede presentar una queja ante Community First en cualquier momento. Si presenta una queja oral o escrita, le enviaremos una carta dentro de 5 días para informarle que recibimos su queja. Luego le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de 30 días.

Puede presentar una queja ante la HHSC en cualquier momento.

Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid



¿Qué puedo hacer si el plan de salud niega o limita un servicio cubierto que pidió mi doctor?

Community First puede negar servicios de atención médica si no son médicamente necesarios. Recibirá una carta avisándole sobre esto. También recibirá una forma de apelación.

Puede apelar si no está satisfecho con la decisión. Puede hacerlo por teléfono o por correo. También puede pedir una apelación si Community First negó el pago de servicios en su totalidad o parcialmente. Envíe la forma de apelación o llámenos. Un Defensor de Servicios para Miembros puede ayudarle. Simplemente llame al (210) 358-6060 o gratis al 1-800-434-2347. Si hace la apelación por teléfono, usted o su representante tendrán que enviarnos una apelación por escrito firmada. No tienen que hacer esto si está pidiendo una apelación acelerada.

Se le enviará una carta dentro de 5 días para informarle que recibimos la apelación. Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de 30 días. Usted tiene la opción de pedir una extensión de hasta 14 días.

Si Community First necesita más información, puede que nosotros pidamos la extensión. Si necesitamos una extensión, le avisaremos por escrito. Le daremos la razón del retraso y cómo le ayudará a usted.

¿Qué sucede si los servicios que necesito son para una emergencia o estoy en el hospital?

Para emergencias o ingresos a un hospital, puede solicitar una apelación acelerada.

¿Qué es una apelación acelerada?

La apelación acelerada ocurre cuando Community First tiene que tomar una decisión rápidamente basada en su estado de salud cuando el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o su salud.



Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid

¿Cómo se pide una apelación acelerada?

Llámenos. Nuestros Defensores de Servicios para Miembros le pueden ayudar. También puede pedir una apelación acelerada por escrito. Si tenemos toda la información que necesitamos, llamaremos a su doctor con la resolución dentro de un día hábil.

Usted tiene el derecho de continuar cualquier servicio que esté recibiendo. Esto durará hasta la decisión final de su apelación. Tiene que pedir la apelación dentro de 10 días después de la fecha en que se envió nuestra carta. O tiene que hacerlo dentro de 10 días de la fecha de vigencia de la acción propuesta.

¿Qué sucede si Community First niega mi solicitud de una apelación acelerada?

Le avisaremos. Su solicitud será transferida al trámite normal de apelación. Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de 30 días.

¿Qué hago si no estoy satisfecho con la resolución de mi apelación?

Llámenos para pedir una audiencia imparcial.

¿Qué es una audiencia imparcial?

Una audiencia imparcial es una revisión de su solicitud de apelación que hace la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Puede pedir una audiencia imparcial ante el estado en cualquier momento. Puede ser durante el trámite de apelación de Community First o después del mismo.

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si el miembro no está de acuerdo con la decisión del plan de salud, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial. El miembro puede designar por escrito a un representante. Un proveedor puede ser el representante del miembro. El miembro o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial dentro de 90 días a partir de la fecha de la carta del plan de salud. Si el miembro no pide la audiencia imparcial dentro de 90 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial. Para pedir una audiencia imparcial, el miembro o su representante se comunica con el plan de salud por escrito a Community First Health Plans, 12238 Silicon Drive, Suite 100, San Antonio, TX 78249 o por teléfono al (210) 358-6060.

Beneficios y servicios para miembros de STAR de Medicaid



El miembro tiene el derecho de continuar cualquier servicio que recibe actualmente en espera de la decisión final de la audiencia, siempre y cuando pida la audiencia imparcial dentro de los diez días de haber recibido el aviso de la audiencia del plan de salud. Si no se pide una audiencia imparcial dentro de los 10 días de haber recibido el aviso de la audiencia, los servicios apelados se suspenderán.

El miembro no tiene derecho a una audiencia imparcial si Medicaid no cubre los servicios que pidió.

Si el miembro pide una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia imparcial. La mayoría de las audiencias imparciales se llevan a cabo por teléfono y el miembro o su representante puede decir por qué solicitó el servicio.

La HHSC le dará la decisión final dentro de los 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.



Otra información importante

Fraude y abuso

Si sospecha que un cliente (una persona que recibe beneficios) o un proveedor (por ejemplo, un doctor, dentista, terapeuta, etc.) ha malgastado, abusado o cometido fraude, usted tiene la responsabilidad y el derecho de denunciarlo.

Cómo informar sobre el malgasto, abuso o fraude de clientes o proveedores

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible. Puede denunciar a proveedores o clientes directamente ante su plan de salud a:

Community First Health Plans

12238 Silicon Drive, Suite 100, San Antonio, TX 78249

1-800-434-2347

O si tiene acceso a Internet vaya al sitio web de la Fiscalía General (OIG) de la HHSC en <http://www.hhs.state.tx.us> y seleccione "Reporting Waste, Abuse and Fraud". El sitio tiene información sobre los tipos de malgasto, abuso y fraude que se deben denunciar. Si no tiene acceso a Internet y prefiere hablar con alguien, llame a la Línea Directa contra el Fraude de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184, o puede enviar una declaración por escrito a la OIG a las siguientes direcciones:

Para denunciar a proveedores, use esta dirección:

Office of Inspector General
Medicaid Provider Integrity/
Mail Code 1361
P.O. Box 85200
Austin, TX 78708-5200

Para denunciar a clientes, use esta dirección:

Office of Inspector General
General Investigations/
Mail Code 1362
P.O. Box 85200
Austin, TX 78708-5200

Al denunciar a un proveedor (por ejemplo, un doctor, dentista, terapeuta, etc.) dé la siguiente información:

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor;
- El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.);
- El número de Medicaid del proveedor y del centro puede ser útil;
- El tipo de proveedor (doctor, terapeuta físico, farmacéutico, etc.);
- Nombres y teléfonos de testigos que puedan ayudar con la investigación;
- Las fechas de los sucesos; y
- Un resumen de lo ocurrido.



Otra información importante

Al denunciar a un cliente (una persona que recibe beneficios), dé la siguiente información:

- 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; y
- Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso y fraude.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Avise tan pronto como pueda de su nueva dirección a la Oficina de Elegibilidad local de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de Community First Health Plans llamando al 1-800-434-2347. Tiene que llamar a Community First Health Plans antes de recibir algún servicio en la nueva área a menos que sea una emergencia. Seguirá recibiendo atención por medio de Community First Health Plans hasta que se cambie la dirección, a menos que se haya mudado fuera del área de prestación de servicios.

¿Puede pedir Community First que me cancelen la membresía de su plan?

Podemos pedir que se cancele su membresía si usted hace alguno de los siguientes:

- Se muda fuera del área de servicio.
- Deja de llenar los requisitos de Medicaid.
- Se va a vivir a un hospicio o centro de atención a largo plazo.
- Se inscribe en otro plan de salud.

Después de avisarle, se puede cancelar su membresía si usted:

- Falta a tres citas seguidas en un plazo de seis meses sin llamar para cancelarlas.
- No sigue las normas y procedimientos de Community First.
- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación de Community First.
- No sigue el plan de tratamiento recomendado.
- Es grosero, abusivo o no coopera con el personal de Community First, con los Proveedores de Cuidado Primario (PCP) o demás proveedores.

Antes de cancelar su membresía tenemos que preguntar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión.



Otra información importante

¿Existen planes de incentivos para doctores?

En este momento, Community First no ofrece ningún plan de incentivos para doctores a ninguno de nuestros proveedores.

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Si usted no está en el hospital, puede cambiar de plan de salud llamando a la Línea de Ayuda STAR de Texas al 1-800-964-2777. Puede cambiar de plan las veces que quiera, pero no más de una vez al mes. Si está en el hospital, no puede cambiar de plan de salud hasta que lo den de alta.

Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día primero del mes siguiente. Si llama después del día 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 primero de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigor el primero de junio.

Otra información importante



Información que tiene que estar disponible anualmente

Como miembro de Community First Health Plans, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- El nombre, la dirección y el número telefónico de los proveedores de la red, los idiomas que hablan (aparte del inglés), y la identificación de proveedores que no aceptan a nuevos pacientes. La información provista será, como mínimo, sobre los doctores de cuidado primario, especialistas y hospitales en el área de servicios del miembro.
- Cualquier restricción de la libertad del miembro de escoger entre los proveedores de la red.
- Los derechos y responsabilidades del miembro.
- Información sobre los procedimientos de queja, apelación y audiencia imparcial.
- La cantidad, la duración y el alcance de los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, con detalles suficientes para asegurar que los miembros entiendan los beneficios a los cuales tienen derecho.
- Los procedimientos para obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Información sobre cómo el miembro puede obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Información sobre cómo y hasta qué punto se presta atención después de las horas de consulta y de emergencia, por ejemplo:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, de los servicios de emergencia y de posestabilización;
 - El hecho de que no se necesita autorización previa para los servicios de atención de emergencia;
 - Cómo obtener servicios de emergencia, entre ellos, el uso del sistema telefónico de 911 o su equivalente local;
 - La dirección de las salas de emergencias y otros lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos bajo el contrato;
 - El derecho del miembro de usar cualquier hospital u otro lugar para atención de emergencia; y
 - Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el Proveedor de Cuidado Primario del miembro no presta.
 - Las pautas de prácticas de Community First Health Plans.



Proveedores de planificación familiar

ATASCOSA

Atascosa Health Center, Inc.

310 W. Oaklawn Rd.
Pleasanton, TX 78064
Teléfono: (830) 569-2527
Fax: (830) 569-8574
Lu-Vi 8-5

BEXAR

CentroMed Somerset Clinic

7315 S. Loop 410 W
Somerset, TX 78069
Teléfono: (210) 924-3045
Fax: (830) 429-3584
Lu, Vi 8-5; Ma-Ju 9-6

University Health System – Eastside

210 N. Rio Grande St.
San Antonio, TX 78205
Teléfono: (210) 358-3525
Fax: (210) 271-0767
Lu-Vi 8-4:30

University Health System – Westend

1226 NW 18th St.
San Antonio, TX 78207
Teléfono: (210) 207-2437
Fax: (210) 207-8798
Lu-Vi 8-4:30

CentroMed South Park Medical Center

6315 S. Zarzamora St.
San Antonio, TX 78207
Teléfono: (210) 924-5148
Fax: (210) 977-9326
Lu-Ju 8-7; Vi 8-5; Sá 8-1

University Health System Family Planning Program

527 N. Leona St.
San Antonio, TX 78207
Teléfono: (210) 358-3525
Fax: (210) 358-9918
Lu-Vi 8-5

University Health System – Zarzamora

4503 S. Zarzamora St.
San Antonio, TX 78211
Teléfono: (210) 921-6500
Fax: (210) 927-4369
Lu-Vi 8-4:30

University Health System – Kenwood

302 Dora St.
San Antonio, TX 78212
Teléfono: (210) 736-1536
Fax: (210) 737-0042
Lu-Vi 8-4:30

Family Planning Associates of San Antonio – Planned Parenthood of Ashby Family Planning

120 W. Ashby Pl.
San Antonio, TX 78212
Teléfono: (210) 736-2244
Fax: (210) 736-0011
Lu, Mi-Vi 8-5; Ma 10-7; Sá 9-1

University Health System – Naco-Perrin

4020 Naco-Perin Blvd.
San Antonio, TX 78217
Teléfono: (210) 207-5000
Fax: (210) 207-5086
Lu-Vi 8-4:30

CentroMed Walzem Clinic

5253 Walzem Rd.
Windcrest, TX 78218
Teléfono: (210) 651-1050
Fax: (210) 590-8970
Lu-Vi 8-5

Proveedores de planificación familiar



University Health System – Pecan Valley

802 Pecan Valley Dr.
San Antonio, TX 78220
Teléfono: (210) 337-7511
Fax: (210) 359-7269
Lu-Vi 8-4:30

CentroMed Southside Clinic

910 SW Military Dr.
San Antonio, TX 78221
Teléfono: (210) 923-4646
Fax: (210) 923-4131
Lu-Vi 8-5

CentroMed Palo Alto Clinic

9011 Poteet Jourdanton
San Antonio, TX 78224
Teléfono: (210) 921-6010
Fax: (210) 921-6188
Lu-Vi 8-5

University Health System – South Flores

7902 S. Flores St.
San Antonio, TX 78229
Teléfono: (210) 924-2552
Fax: (210) 927-4365
Lu-Vi 8-4:30

Family Planning Associates of San Antonio – Planned Parenthood

Las Palmas Family Planning

803 Castroville Rd.
San Antonio, TX 78237
Teléfono: (210) 736-2244
Fax: (210) 736-0011
Lu, Ma, Ju-Vi 8-5; Mi 10-7; Sá 9-1

University Health System – Ricardo Salinas

630 S. General McMullen Dr.
San Antonio, TX 78237
Teléfono: (210) 435-9771
Fax: (210) 432-5861
Lu-Vi 8-4:30

University Health System – Old Hwy. 90

911 Old Hwy. 90
San Antonio, TX 78237
Teléfono: (210) 433-3279
Fax: (210) 436-0907
Lu-Vi 8-4:30

GUADALUPE

Community Health Centers of South Texas, Inc.

Seguin Community Health Center

1201 W. Court St.
Seguin, TX 78155
Teléfono: (830) 379-9797
Fax: (830) 379-0248
Lu, Mi-Vi 8-5; Ma 8-8



Proveedores de planificación familiar

MEDINA

South Texas Rural Health Services, Inc./Devine Clinic

1010 W. Hondo Ave.

Devine, TX 78016

Teléfono: (830) 663-5450

Fax: (830) 879-2940

Lu, Ju 9-6; Ma 8-5; Mi 8-6; Vi 9-5

South Texas Rural Health Services, Inc./Hondo Clinic

2912 Ave. E

Hondo, TX 78861

Teléfono: (830) 426-5288

Fax: (830) 879-2940

Lu, Ju 9-6; Ma 8-5; Mi 8-6; Vi 9-5

WILSON

Atascosa Health Center, Inc. Wilson Community Health Center

540 10th St., Suite 140

Floresville, TX 78114

Teléfono: (830) 569-2527

Fax: (830) 569-8574

Lu, Mi-Vi 8-5; Ma 8-8



Notas





Notas

Notas

