



First Things First

STAR Members

Fraud and Abuse



Community First Health Plans is dedicated to helping you. We try to help protect and keep healthcare resources available to you. We also help protect our healthcare partners and community. We know that checking and trying to prevent waste, abuse and fraud are important. It is important to keep healthcare affordable. Community First has taken steps to limit waste, fraud and abuse. Community First has a Special Investigation Unit to help us. They do research to find out about and prevent waste, abuse and fraud. The Special Investigation Unit looks at providers, members and the health plan.

DEFINITIONS

Suspicious Activity

This is when you think a person's actions fit with fraud, abuse or waste. This can be if someone used false information on claims or medical records. It can be a doctor or someone who works in that office. It can even be another member.

Fraud

When someone tries to fake or hide information on purpose. They do this to try to get something of value.

Abuse

When payment is received, but false information was not used on purpose. This can also be when someone tries to receive payment that should not be paid.

Waste

When payment is received, but false information was not used on purpose. Poor methods used by the provider or vendor caused extra costs to the health plan.

Community First reports suspicious activity. We work with law enforcement, government and regulatory agencies.

Some examples of member fraud are:

- Forging or selling your prescriptions
- Giving false information on your insurance application form
- Adding family members to your plan that are not your dependents
- Allowing someone else to use your ID card

Some examples of provider fraud are:

- Charging for services that you did not receive
- Charging for visits that you cancelled
- Billing more than one time for the same service
- Billing for one type of service but giving you another

What can you do to prevent fraud and abuse?

- Call us if you think someone is committing fraud or abuse. Our Fraud Hotline number is (210) 358-6332.
- Protect your member ID card like your credit card. Do not loan your member number to other people.
- Review your medical bills or receipts for anything that looks wrong.
- Be informed about fraud and abuse laws.

Inside

- It's Time to Get Your Flu Shot
- Great Parenting
- THStep Pediatric & Adolescent Minimum Screening Recommendations 2008
- Make-Ahead Light Mashed Potatoes

First Things First

For STAR Members



It's Time to Get Your Flu Shot
Flu season is here. That means it's time to get a flu shot.

The time of year, known as the "Flu Season," runs from November through April. So, it's time for you and your child to get immunized against the flu.

It's really never too late until the season is over.

And, by the way, that old myth that flu shots may give you the flu is simply not true. Most people do not experience any side effects from the flu shot. Some may experience soreness or swelling at the site of the shot or a mild headache.

Even though a flu shot won't always keep you from catching the flu, it's still your best protection.

Great Parenting

Your child's health is important to us and to all Great Parents! A Great Parent keeps his or her child healthy by scheduling regular medical check-ups.

For being a Great Parent, your name may be drawn to get a \$50 gift card just for taking your child to his/her regular Texas Health Steps medical check-up.

Here's how:

- Schedule your child for his or her Texas Health Steps medical check-up – We can do that for you!
- Complete all questions on the Texas Health Steps Member Incentive form and have it signed by your Provider.
- Sign the form and return to Community First Health Plans by the 15th of the month.

Your completed form will make you eligible for a drawing for a \$50 gift card. Drawings will be held every month.

Need help with an appointment or transportation? Call Community First at 210-358-6349 or 1-800-434-2347, option 8.



Healthy Recipes From Fit City Make-Ahead Light Mashed Potatoes

| | | | |
|---------------|--------------------------------------|---------|------------------------------------|
| 10 | Large potatoes, peeled and quartered | 6 Tbsp. | Low-fat butter substitute, divided |
| 1 cup (8 oz.) | Fat-free or low-fat sour cream | 2 Tbsp. | Dried onion, minced |
| 8 oz pkg. | Fat-free cream cheese | | Salt to taste |
| | | | Paprika for garnish |

- Cook potatoes till fork tender. Drain and place in bowl. Mash with electric mixer. Add sour cream, cream cheese and butter substitute (4 tablespoons), onion and salt. Mix well.
- Spread in a 9" x 13" baking dish sprayed with Pam. Drizzle remaining butter substitute over top. Refrigerate or bake immediately, covered, 40 minutes at 350 degrees. Uncover. Bake an additional 20 minutes. If refrigerated, let stand 30 minutes at room temperature before baking. Serves 12.

Source: Lynna Thomas, Owner, The Weinert House Inn, Seguin, Texas, and a volunteer with Fit City

THSteps Pediatric and Adolescent Minimum Screening Recommendations 2008

| Screening | Age | | | |
|--|---|---|--|--|
| | Weeks | Months | Years | Years |
| History | | | | |
| Family | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-18 months: Required unless already provided at previous check up at required age | 2-8 years: Required unless already provided at previous check up at required age | 10-20 years: Required unless already provided at previous check up at required age |
| Neonatal | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-18 months: Required unless already provided at previous check up at required age | 2-5 years: Required unless already provided at previous check up at required age | |
| Physical, Mental Health, and Developmental | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-18 months: Required | 2-8 years: Required | 10-20 years: Required |
| Behavioral Risk | | | | 10-20 years: Required |
| Physical Examination | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-18 months: Required | 2-8 years: Required | 10-20 years: Required |
| Measurements | | | | |
| Height, Weight | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-18 months: Required | 2-8 years: Required | 10-20 years: Required |
| Body Mass Index (BMI) | | | 2-8 years: Required | 10-20 years: Required |
| Fronto-Occipital Circumference | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-18 months: Required | 2 years: Required | |
| Blood Pressure | | | 3-8 years: Required | 10-20 years: Required |
| Nutrition | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-18 months: Required | 2-8 years: Required | 10-20 years: Required |
| Developmental | 2 weeks: Required | 2-18 months: Required | 2-6 years: Required | |
| Mental Health | 2 weeks: Required | 2-18 months: Required | 2-8 years: Required | 10-20 years: Required |
| Sensory Screening | | | | |
| Vision Screening ₁ | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-18 months: Required | 2-8 years: Required | 10-20 years: Required |
| Hearing Screening ₂ | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-18 months: Required | 2-8 years: Required | 10-20 years: Required |
| Tuberculosis Screening ₃ | | 9 months: Required 15-18 months: Required unless already provided at previous check up at required age | 2-8 years: Required | 10-20 years: Required |
| Laboratory | | | | |
| Newborn Hereditary/ Metabolic Testing | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-12 months: Required unless already provided at previous check up at required age | | |
| Hgb or Hct | | 6 months: Required 9 months: Required unless already provided at previous check up at required age 12 months: Required 15-18 months: Required unless already provided at previous check up at required age | 2 years: Required 3-5 years: Required unless already provided at previous check up at required age 6 years: Required 8 years: Required unless already provided at previous check up at required age | 10-11 years: Required unless already provided at previous check up at required age 12 years: Required 13-15 years: Required unless already provided at previous check up at required age 16 years: Required 17-20 years: Required unless already provided at previous check up at required age |
| Lead Screening | | 6-9 months: If shows as a risk factor, further screening is required 12 months: Required 15-18 months: If shows as a risk factor, further screening is required (Note to provider: the lead questionnaire directs to obtain a test if not completed at a previous visit, rather than just based on risk factors. Same for all ages in this section . | 2 years: Required 3-6 years: If shows as a risk factor, further screening is required | |
| Hemoglobin Type | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-18 months: Required unless already provided at previous check up at required age | 2-8 years: Required unless already provided at previous check up at required age | 10-20 years: Required unless already provided at previous check up at required age |
| STD Screening | | | | 11-20 years: If shows as a risk factor, further screening is required |
| HIV Screening | | | | 11-20 years: If shows as a risk factor, further screening is required |
| Pap Smear | | | | 11-20 years: If shows as a risk factor, further screening is required |
| Hyperlipidemia | | | 2-8 years: If shows as a risk factor, further screening is required | 10-20 years: If shows as a risk factor, further screening is required |
| Glucose | | | | 10-20 years: If shows as a risk factor, further screening is required |
| Immunizations ₄ | Inpatient: Required 2 weeks: Required unless already provided at previous check up at required age | 2-6 months: Required 9 months: Required unless already provided at previous check up at required age 12 months: Required 15 months: Required 18 months: Required unless already provided at previous check up at required age | 2-3 years: Required unless already provided at previous check up at required age 4 years: Required 5-8 years: Required unless already provided at previous check up at required age | 10-12 years: Required unless already provided at previous check up at required age 13-14 years: Required 15-20 years: Required unless already provided at previous check up at required age |
| Dental Referral | | 6 months: Required 12 months: Required 15 months: Required unless already provided at previous check up at required age 18 months: Required | 2-8 years: Required every 6 months | 10-20 Required every 6 months |
| Anticipatory Guidance | Inpatient – 2 weeks: Required | 2-18 months: Required | 2-8 years: Required | 10-20 years: Required |

Note to provider: 1. Refer to TMPPM for ages of subjective vs. objective testing required and for results used if available from school in past 12 months.

2. Refer to TMPPM for ages of subjective vs. objective testing required and for results used if available from school in past 12 months.

3. Refer to the TMPPM to determine if the child needs a skin test vs. the questionnaire.

4. Requirement is that all children be screened for immunization status at all checkups and then immunized according to ACIP. The "required" in this section is related to when the actual immunization is due.



Primero lo primero

Miembros de STAR

Fraude y abuso



Community First Health Plans está dedicado a ayudarle. Tratamos de ayudar a proteger y mantener los recursos de atención médica disponibles para usted. También ayudamos a proteger a nuestros socios de atención médica y en la comunidad. Sabemos que es importante comprobar si hay malgasto, abuso y fraude

y tratar de prevenirlos. Es importante mantener la atención médica económica. Community First ha tomado medidas para limitar el malgasto, fraude y abuso. Community First tiene una Unidad de Investigaciones Especiales para ayudarnos. Ellos hacen investigaciones para averiguar sobre el malgasto, abuso y fraude. También tratan de prevenir y eliminar el malgasto, abuso y fraude. La Unidad de Investigaciones Especiales investiga a los proveedores, miembros y al plan de salud.

DEFINICIONES

Actividad sospechosa Si usted cree que alguien ha cometido fraude, abuso o malgasto. Puede ser si alguien usó información falsa en solicitudes de pago o en expedientes médicos. Puede ser un doctor o alguien que trabaja en ese consultorio. Hasta puede ser otro miembro.

Fraude Si alguien trata de engañar o esconder información a propósito. Lo hacen para intentar conseguir algo de valor.

Abuso Si se recibe un pago, pero no se usó información falsa a propósito. También puede ser si alguien intenta recibir un pago que no se debería haber hecho.

Malgasto Si se recibe un pago, pero no se usó información falsa a propósito. Métodos inadecuados que usó el proveedor o vendedor y que ocasionaron costos adicionales al plan de salud.

Community First informa sobre actividades sospechosas. Trabajamos con la autoridad judicial o policial y con los departamentos gubernamentales y de regulación.

Algunos ejemplos de fraude por parte de miembros son:

- Falsificar o vender sus recetas
- Dar información falsa en su forma de solicitud para el seguro
- Agregar familiares a su plan que no están a su cargo
- Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación

Algunos ejemplos de fraude por parte de proveedores son:

- Cobrar por servicios que usted no recibió
- Cobrar por visitas que usted canceló
- Facturar más de una vez por el mismo servicio
- Facturar un tipo de servicio y prestarle otro

¿Qué puede hacer para prevenir fraude y abuso?

- Llámenos si piensa que alguien está cometiendo fraude o abuso. El número de nuestra Línea Directa Contra el Fraude es: 210-358-6332.
- Proteja su tarjeta de identificación de miembro como si fuera su tarjeta de crédito. No dé su número de miembro a los demás.
- Revise sus cuentas médicas o recibos para ver si hay algo que está mal.
- Infórmese sobre las leyes de fraude y abuso.

Adentro

- Es tiempo para recibir la vacuna Antigripal
- Como ser un gran padre
- Recomendaciones para 2008 de pruebas mínimas de detección para niños y adolescentes de Pasos Sanos de Texas
- Puré de papa light preparado de antemano



COMMUNITY FIRST
HEALTH PLANS
Keeping Our Commitment to You

4801 NW Loop 410, Suite 1000
San Antonio, TX 78229

PRSR STD
U.S. POSTAGE
PAID
SAN ANTONIO, TX
PERMIT #4043

Primero

lo primero

Miembros de STAR



Es Tiempo Para Recibir la Vacuna Antigripal

Es tiempo para recibir la vacuna contra la gripe.

La temporada de la gripe corre de noviembre hasta abril así es que es ya tiempo para que usted o su hijo reciban la vacuna.

La vacuna antigripal no causa la gripe. La mayoría de las personas ni experimentan efectos secundarios.

Aunque la vacuna antigripal no siempre previene la gripe, es la mejor defensa que tenemos.

Como ser un gran padre

¡La salud de su hijo es importante para nosotros y para todo gran padre! Un gran padre mantiene a sus hijos sanos haciendo citas para los exámenes médicos con regularidad.

Por ser un gran padre, es posible que usted gane una tarjeta de regalo de \$50 en una rifa solo por llevar a su hijo a su examen periódico de Pasos Sanos de Texas.

Se hace así:

- Haga una cita para el examen médico de Pasos Sanos de Texas de su hijo. **¡Podemos hacerlo por usted!**
- Conteste todas las preguntas de la forma de incentivos de Pasos Sanos de Texas y pídale a su proveedor que la firme.
- Firme la forma y devuélvala a Community First Health Plans antes del día 15 del mes.

Con la forma que ha llenado usted reunirá los requisitos para la rifa de una **tarjeta de regalo de \$50**. Las rifas se harán cada mes.

¿Necesita ayuda con una cita o con el transporte? Llame a Community First al 210-358-6349 o al 1-800-434-2347, opción 8.



Fuente: Lynna Thomas, Dueña, The Weinert House Inn, Seguin, Texas, voluntaria de Fit City

Recetas saludables cortesía de Fit City

Puré de papa light preparado de antemano

| | | | |
|-----------------|---|--------|--|
| 10 | Papas grandes peladas y cortadas en cuartos | 6 cda. | Sustituto de mantequilla bajo en grasa, dividido |
| 1 taza (8 oz) | Crema agria sin grasa o baja en grasa | 2 cda. | Cebolla seca picada |
| Paquete de 8 oz | Queso crema sin grasa | | Sal al gusto |
| | | | Paprika para adornar |

- Cocine las papas hasta que se ablanden. Escurra y póngalas en un tazón. Haga puré con una batidora eléctrica. Agregue la crema agria, el queso crema y el sustituto de mantequilla (4 cucharadas), la cebolla y la sal. Mézclelos bien.
- Rocíe con PAM un molde para hornear de 9" x 13" y ponga el puré de papa dentro. Eche encima el resto del sustituto de mantequilla. Póngalo en el refrigerador u hornéelo en seguida, tapado, a 350 grados durante 40 minutos. Destápelo. Hornéelo 20 minutos más. Si lo pone en el refrigerador, déjelo durante 30 minutos a temperatura ambiente antes de hornearlo. Para 12 personas.

Recomendaciones para 2008 de pruebas mínimas de detección para niños y adolescentes de Pasos Sanos de Texas

| Prueba | Edad | | | |
|--|---|--|--|---|
| | Semanas | Meses | Años | |
| Historia | | | | |
| Familiar | Paciente interno – 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | 2-8 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | 10-20 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior |
| Neonatal | Paciente interno – 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | 2-5 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | |
| Física, mental y del desarrollo | Paciente interno – 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria | 2-8 años: obligatoria | 10-20 años: obligatoria |
| Riesgos de la conducta | | | | 10-20 años: obligatoria |
| Examen físico | Paciente interno – 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria | 2-8 años: obligatoria | 10-20 años: obligatoria |
| Medidas | | | | |
| Estatura, peso | Paciente interno – 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria | 2-8 años: obligatoria | 10-20 años: obligatoria |
| Índice de masa corporal (BMI) | | | 2-8 años: obligatoria | 10-20 años: obligatoria |
| Circunferencia cefálica | Paciente interno – 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria | 2 años: obligatoria | |
| Presión arterial | | | 3-8 años: obligatoria | 10-20 años: obligatoria |
| Nutrición | Paciente interno – 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria | 2-8 años: obligatoria | 10-20 años: obligatoria |
| Desarrollo | 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria | 2-6 años: obligatoria | |
| Salud mental | 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria | 2-8 años: obligatoria | 10-20 años: obligatoria |
| Sensorial | | | | |
| de la vista ₁ | Paciente interno – 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria | 2-8 años: obligatoria | 10-20 años: obligatoria |
| de la audición ₂ | Paciente interno – 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria | 2-8 años: obligatoria | 10-20 años: obligatoria |
| Tuberculosis₃ | | 9 meses: obligatoria 15-18 meses: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | 2-8 años: obligatoria | 10-20 años: obligatoria |
| Laboratorio | | | | |
| hereditaria/metabólica para recién nacidos | Paciente interno – 2 semanas: obligatoria | 2-12 meses: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | | |
| Hemoglobina o Hematocrito | | 6 meses: obligatoria 9 meses: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior 12 meses: obligatoria 15-18 meses: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | 2 años: obligatoria 3-5 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior 6 años: obligatoria 8 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | 10-11 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior 12 años: obligatoria 13-15 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior 16 años: obligatoria 17-20 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior |
| Detección de plomo | | 6-9 meses: si indica un factor de riesgo, es necesario hacer más pruebas 12 meses: obligatoria 15-18 meses: si indica un factor de riesgo, es necesario hacer más pruebas (Note to provider: the lead questionnaire directs to obtain a test if not completed at a previous visit, rather than just based on risk factors.) Es igual para todas las edades de esta sección. | 2 años: obligatoria 3-6 años: Si indica un factor de riesgo, es necesario hacer más pruebas | |
| Tipo de hemoglobina | Paciente interno – 2 semanas: obligatoria | 2-18 meses: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | 2-8 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | 10-20 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior |
| Enfermedades de transmisión sexual | | | | 11-20 años: si indica un factor de riesgo, es necesario hacer más pruebas |
| VIH | | | | 11-20 años: si indica un factor de riesgo, es necesario hacer más pruebas |
| Papanicolaou | | | | 11-20 años: si indica un factor de riesgo, es necesario hacer más pruebas |
| Hiperlipidemia | | | 2-8 años: si indica un factor de riesgo, es necesario hacer más pruebas | 10-20 años: si indica un factor de riesgo, es necesario hacer más pruebas |
| Glucosa | | | | 10-20 años: si indica un factor de riesgo, es necesario hacer más pruebas |
| Inmunizaciones₄ | Paciente interno: obligatoria 2 semanas: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | 2-6 meses: obligatoria 9 meses: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior 12 meses: obligatoria 15 meses: obligatoria 18 meses: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | 2-3 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior 4 años: obligatoria 5-8 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior | 10-12 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior 13-14 años: obligatoria 15-20 años: obligatoria salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior |
| Envío al dentista | | 6 meses: obligatorio 12 meses: obligatorio 15 meses: obligatorio salvo que ya se haya hecho a la edad indicada en un examen anterior 18 meses: obligatorio | 2-8 años: obligatorio cada 6 meses | 10-20 años: obligatorio cada 6 meses |
| Orientación previa | Paciente interno – 2 semanas: obligatorias | 2-18 meses: obligatorias | 2-8 años: obligatorias | 10-20 años: obligatorias |

Note to provider:

1. Refer to TMPPM for ages of subjective vs. objective testing required and for results used if available from school in past 12 months.
2. Refer to TMPPM for ages of subjective vs. objective testing required and for results used if available from school in past 12 months.
3. Refer to the TMPPM to determine if the child needs a skin test vs. the questionnaire.
4. Requirement is that all children be screened for immunization status at all checkups and then immunized according to ACIP. The "required" in this section is related to when the actual immunization is due.