



STAR KIDS MANUAL PARA MIEMBROS

NUECES | HIDALGO



SERVICIOS PARA MIEMBROS

Llame sin cargo:

844-508-4672 Nueces

844-508-4674 Hidalgo

TTY: 800-735-2989

SÍGANOS



driscollhealthplan.com

SEPTIEMBRE 2025



TEXAS
Health and Human
Services

SERVICIOS DE VALOR AÑADIDO*

Ayuda adicional para miembros embarazadas:

- Tarjeta de regalo de \$100 al completar un baby shower educativo de DHP Get Ready for Baby.
- Tarjeta de regalo de \$50 por completar un control posparto.
- Tarjeta de regalo de \$25 por completar un control prenatal.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar una visita a domicilio.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar una clase para padres.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar una Evaluación de Riesgos de Salud Durante el Embarazo (HRA).



Programa de regalos:

- Tarjeta de regalo de hasta \$100 para beneficios en medicamentos de venta libre.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar controles de Pasos Sanos de Texas.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar una clase de Kids in Safety Seats.
- Kit de ciclo menstrual
- Kit educativo para aprender braille

Salud y bienestar:

- Tarjeta de regalo de \$50 por unirse a un programa de salud y bienestar.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar un seguimiento con su proveedor dentro de los 7 a 14 días posteriores a una estadía en el hospital.
- Un rastreador de actividad para el control del peso.
- Tratamientos para la eliminación de piojos
- Un botiquín de primeros auxilios por familia.



Otros servicios:

- Los servicios especializados para la comunidad incluyen equinoterapia, musicoterapia y terapia acuática.
- Hasta dos tarjetas de regalo de \$40 por completar un programa de entrenamiento para ir al baño de Empower Behavioral Health y una visita de seguimiento del programa.
- Control de plagas para miembros de alto riesgo con afecciones de salud crónicas.
- Servicios de transporte a despensas de alimentos locales, supermercados, clases de educación sobre la salud de DHP, eventos comunitarios de DHP, eventos patrocinados por DHP y oficinas de la Administración del Seguro Social.



*Esta no es una lista completa de servicios adicionales. Se aplican restricciones y limitaciones aplican. Estos servicios adicionales son válidos del 1 de septiembre de 2025 al 31 de agosto de 2026.

Para obtener más información, escanee el código QR o visite la URL a continuación: driscollhealthplan.com/programs/star-kids/





Estimado Miembro de Driscoll Health Plan:

¡Gracias por elegir a Driscoll Health Plan (DHP)! Estamos aquí para brindarles a usted y su familia una atención médica de calidad.

Driscoll Health Plan cubre una amplia gama de servicios y beneficios. Este manual le ayudará a conocer su cobertura. Le ayudará a obtener los servicios que necesita y obtener más información sobre los beneficios adicionales de Driscoll Health Plan.

Esperamos que se sienta satisfecho con sus servicios de atención médica. Nuestro personal habla inglés y español y puede ayudarlo a responder sus preguntas. También contamos con servicios especiales para personas que tienen problemas para leer, oír, ver, comprender o hablar un idioma que no sea inglés o español. También puede solicitar este manual y cualquier otro material para miembros en audio, letra más grande, braille y otros idiomas. Recibirá materiales impresos dentro de los cinco días hábiles. Para obtener ayuda con los servicios de asistencia con el idioma y ayudas auxiliares sin costo para usted, llame a Servicios para Miembros al **877-324-7543** (TTY: 800-735-2989).

Para obtener más información o solicitar materiales para miembros, visítenos en: driscollhealthplan.com

El Manual para miembros se revisa una vez al año. Si hay algún cambio en el plan de salud, se lo haremos saber a través de boletines y otros correos.

La atención de prevención es muy importante porque le ayuda a mantener una buena salud. Es importante que cada año se realice sus exámenes a tiempo. Lo invitamos a leer las secciones ***Qué puedo hacer para mantenerme sano*** y ***Cómo cuidar mi salud y la de mi familia***. En esas secciones se describe qué necesita hacer para mantenerse saludable.

Será un placer atenderle.

¡Bienvenido a la familia de Driscoll Health Plan!





Números telefónicos

Servicios para Miembros

Disponible 24/7, horario de servicio normal 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro, Lunes-viernes, excepto días feriados aprobados por el estado. Fuera del horario normal, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Nuestro personal habla inglés y español. Contamos con servicios de interpretación. Si tiene una emergencia, marque 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Área de servicio de Nueces	844-508-4672
Área de servicio de Hidalgo	844-508-4674
TTY para sordos y personas con discapacidad auditiva	800-735-2989

Coordinación de servicios

Lunes-viernes 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro., excepto días feriados aprobados por el estado. Fuera del horario normal, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje.

Área de servicio de Nueces	844-508-4673
Área de servicio de Hidalgo	844-508-4675

Línea de asesoramiento de enfermeras

Disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Nuestro personal habla inglés y español. Contamos con servicios de interpretación.

Área de servicio de Nueces	844-308-8701
Área de servicio de Hidalgo	844-714-7887

Línea directa de salud conductual

Disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Si tiene una emergencia, marque 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Nuestro personal habla inglés y español. Contamos con servicios de interpretación.

Área de servicio de Nueces	833-532-0209
Área de servicio de Hidalgo	833-532-0219

Transporte médico no de emergencia (NEMT)

Llame lunes - viernes, 8 a.m. a 5 p.m., o visite saferidehealth.com/riders para programar un viaje o comprobar el estado de una recogida. Nuestro personal habla inglés y español. Servicios de intérprete están disponibles.

Servicios de transporte médico – SafeRide Health	833-694-5881
TTY para sordos y personas con discapacidad auditiva	800-735-2989

Servicios oftalmológicos

Área de servicio de Nueces	844-305-8300
Área de servicio de Hidalgo	844-725-6410

Servicios dentales

Llame a su plan dental de Medicaid o al de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales.

DentaQuest	800-516-0165
MCNA Dental	855-691-6262
United Healthcare Dental	877-901-7321

Otros teléfonos importantes

Equipo de Asistencia de Cuidado Administrado del Defensor	866-566-8989
Línea de ayuda del programa STAR Kids	800-964-2777
Asistencia farmacéutica	877-324-7543

Índice

BIENVENIDA.....	9
-----------------	---

COSAS IMPORTANTES QUE DEBE SABER	9
--	---

Cosas que puedes hacer para mantenerte saludable	9
--	---

¿Qué es el instrumento de examen médico y evaluación de STAR Kids (SK-SAI) y cómo afecta a mi hijo?	10
---	----

¿Cuándo debe completarse el instrumento de examen médico y evaluación del programa STAR Kids (SK-SAI)?	10
--	----

PREPARACIÓN PARA DESASTRES DE EMERGENCIA DE LOS MIEMBROS	10
--	----

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBROS	11
--	----

SU TARJETA YOUR TEXAS BENEFITS (YTB) DE MEDICAID	12
--	----

Qué hacer si pierde su tarjeta de Medicaid Your Texas Benefits – Formulario de verificación temporal 1027-A	12
---	----

PORTAL DE CLIENTES DE MEDICAID	13
--------------------------------------	----

ELEGIBILIDAD PARA STAR KIDS	13
-----------------------------------	----

RENOVACIÓN DE COBERTURA DE STAR KIDS.....	14
---	----

¿Qué hago si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?	14
--	----

SERVICIOS PARA MIEMBROS.....	14
------------------------------	----

¿En qué puede ayudarle Servicios para Miembros?.....	14
--	----

PORTAL PARA MIEMBROS.....	14
---------------------------	----

LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERAS	15
--	----

DESCARGUE LA APLICACIÓN MÓVIL DE DRISCOLL HEALTH SYSTEM	15
---	----

¿Cómo lo consigo?	15
-------------------------	----

¿Necesita ayuda para descargar la aplicación?	15
---	----

¿A qué información puedo acceder?	15
---	----

CÓMO ELEGIR UN MÉDICO “SU HOGAR MÉDICO O DE SALUD”	15
--	----

¿Qué es un proveedor de cuidado primario (PCP)?	15
---	----

¿Qué es un hogar médico o de salud?	16
---	----

¿Un especialista puede ser un proveedor de cuidado primario?	16
--	----

¿Una clínica puede ser mi proveedor de cuidado primario (una clínica de salud rural o un centro de salud con certificación federal)?	16
--	----

¿Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario?	16
--	----

¿Cómo puedo obtener una copia del Directorio de Proveedores?	16
--	----

¿Cómo puedo cambiar a mi proveedor de cuidado primario?	16
---	----

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?	16
--	----

¿Cuándo entrará en vigor el cambio de mi proveedor de cuidado primario?	17
---	----

¿Existen razones por las cuales pueda rechazarse una solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario?	17
--	----

¿Mi proveedor de cuidado primario puede remitirme a otro proveedor de cuidado primario por incumplimiento?	17
--	----

¿Qué ocurre si decido ir a otro médico que no es mi proveedor de cuidado primario?	17
--	----

¿Qué es un proveedor fuera de la red?	17
---	----

¿Qué sucede si elijo a un proveedor que no forma parte de la red de Driscoll Health Plan?	18
---	----

PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	18
--	----

¿Qué es un Plan de Incentivos para Médicos?	18
---	----

CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE UN MÉDICO ESPECIAL (ESPECIALISTA)	18
--	----

¿Qué es un especialista?	18
--------------------------------	----

¿Qué sucede si necesito ver a un médico especialista?	18
---	----

¿Qué es una referencia médica?	18
--------------------------------------	----

¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito a alguien que me ayude?	18
--	----

¿Qué tan pronto puedo esperar ver a un especialista?	18
--	----

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?	19
--	----

¿Qué servicios no necesitan una derivación?	19
---	----

ATENCIÓN QUE REQUIERE LA APROBACIÓN DE UN PLAN DE SALUD (AUTORIZACIÓN PREVIA)	19
---	----

¿Qué es una Autorización Previa?	19
--	----

¿Qué servicios requieren Autorización Previa?	19
---	----

¿Cuánto tiempo demora el trámite de una autorización de rutina?	19
---	----

¿Cómo sé si mis servicios han sido aprobados o denegado?	20
--	----

¿Qué significa médicamente necesario, tanto en los cuidados intensivos como de salud conductual?	20
--	----

EN LUGAR DE SERVICIOS	21
-----------------------------	----

CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE RUTINA DE UN MÉDICO	21
---	----

¿Qué es la atención médica de rutina?	21
---	----

¿Qué debo llevar a la cita con un médico?	22
---	----

¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de cuidado primario está cerrado?	22
--	----

CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA Y DENTAL URGENTE DE EMERGENCIA	22
---	----

ATENCIÓN MÉDICA URGENTE	22
-------------------------------	----

¿Qué es la atención médica urgente?	22
---	----

¿Qué debo hacer si mi hijo necesita atención médica urgente?	22
--	----

¿Cuánto pronto me atenderán?	22
------------------------------------	----

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	23
-------------------------------------	----

¿Qué es la atención médica de emergencia?	23
---	----

¿Cuándo puedo esperar que me vean?	23
--	----

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

¿Que es la posestabilización?.....	23
CUIDADO DENTAL DE EMERGENCIA.....	23
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por DHP?.....	23
¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?.....	24
CITAS MÉDICAS FUERA DEL ÁREA.....	24
¿Qué hago si necesito ver a un médico que está fuera del área?	24
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?	24
¿Qué hago si estoy fuera del estado?	24
¿Qué hago si estoy fuera del país?.....	24
CUÁNDO DEBO IR A VER A MI MÉDICO, ATENCIÓN DE URGENCIA O A LA SALA DE EMERGENCIAS	25
CÓMO CUIDAR MI SALUD Y LA DE MI FAMILIA	26
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (NICU)	26
ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDOS.....	26
¿Puedo elegir un proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca el bebé?.....	26
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi bebé?	26
¿Cómo obtengo Medicaid para mi bebé recién nacido?26	
¿Cómo y cuándo debo informar a Driscoll Health Plan y a la encargada de mi caso?.....	26
¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?	26
SALUD PREVENTIVA O AUTOGESTIÓN.....	26
EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	26
¿Qué clases de Educación para la Salud ofrece Driscoll Health Plan?.....	26
Los Mensajes de Texto de Educación para la Salud	27
PROGRAMAS HEAD START.....	27
PASOS SANOS DE TEXAS	27
¿Qué es “Pasos Sanos de Texas”?	27
¿Qué servicios ofrece los Pasos Sanos de Texas?	27
¿Por qué son importantes los chequeos de Pasos Sanos de Texas?	27
¿Cómo y cuándo puedo obtener exámenes médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?.....	28
¿Es necesario que mi médico sea parte de Driscoll Health Plan?.....	28
EXÁMENES DENTALES DE PASOS SANOS DE TEXAS.....	28
¿Necesito una derivación?	28
¿Qué ocurre si tengo que cancelar una cita?	28

¿Qué ocurre si estoy fuera de la ciudad y llega el momento en que mi hijo debe realizarse un examen de Pasos Sanos de Texas?	29
PROGRAMA DE EXÁMENES MÉDICOS Y DENTALES DE PASOS SANOS DE TEXAS	29
VACUNAS	29
SALUD DE LA MUJER.....	33
¿QUÉ PASA SI NECESITO ATENCIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (OB/GYN)?	33
¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?	33
¿Cómo elijo a un ginecólogo/obstetra?	33
Si no elijo a un ginecólogo/obstetra, ¿tengo acceso directo?	33
¿Necesito una derivación?	33
¿Qué tan pronto puedo ser atendido después de contactar a mi obstetra/ginecólogo para solicitar una cita?.....	33
¿Puedo seguir con mi obstetra/ginecólogo si no está con Driscoll Health Plan?	33
EXÁMENES Y REVISIONES.....	33
MAMOGRAFÍAS	33
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	34
¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?	34
¿Necesito una derivación para esto?	34
¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?.....	34
ATENCIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS	34
¿Qué ocurre si estoy embarazada?.....	34
¿A quién debo llamar?	34
CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO	34
ADMINISTRACIÓN DE CASOS PARA MUJERES EMBARAZADAS.....	34
OTROS SERVICIOS DEL DRISCOLL HEALTH PLAN Y EDUCACIÓN PARA MIEMBROS EMBARAZADAS.....	35
GET READY FOR BABY -BABY SHOWERS	35
VIRUS DEL ZIKA	35
¿Qué es el virus del Zika?	35
¿Dónde se encuentra el virus del Zika?	35
¿Quién está en riesgo?.....	35
¿Cuáles son los síntomas?.....	35
¿Cómo puedo protegerme del virus del Zika?.....	35
¿Cómo puedo obtener spray/loción para mosquitos? ..	36
EXTRACTOR DE LECHE.....	36
¿Por qué necesita un extractor de leche?	36
¿Cómo consigo un extractor de leche?	36
¿Dónde puedo conseguir un extractor de leche?	36
AYUDA DESPUÉS DEL EMBARAZO	36
EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE MEDICAID POSPARTO	36

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

¿Quién es elegible para la cobertura posparto extendida?	36
¿Necesito volver a presentar una solicitud para obtener la cobertura posparto extendida?	37
¿Qué otros servicios cubiertos por Medicaid puedo obtener durante el período posparto extendido?	37
¿Existe alguna razón por la que es posible que no tenga cobertura durante el período posparto extendido?	37
VISITA POSPARTO	37
¿Cuándo debes tener una visita posparto?	37
EDUCACIÓN POSPARTO	38
¿CÓMO PUEDO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DE QUE NAZCA MI BEBÉ (SI YA NO TENGO COBERTURA DE MEDICAID)?	38
OTROS PROGRAMAS DE CUIDADOS PREVENTIVOS	38
Programa de Atención Médica Primaria del DSHS	38
PROGRAMA HEALTHY TEXAS WOMEN	38
COORDINACIÓN DE SERVICIOS	39
¿Qué es la coordinación de servicios?	39
¿Cómo puede ayudarme un Coordinador de Servicios?	39
¿Cómo me comunico con un Coordinador de Servicios?	40
Plan de Servicios Individual (ISP)	40
PLANIFICACIÓN DE TRANSICIÓN	40
¿Qué es la planificación de la transición?	40
¿Qué es un Especialista en Transiciones?	40
¿Cómo puedo hablar con un especialista en transición?	40
MANEJO DE ENFERMEDADES	40
¿Qué es el manejo de enfermedades?	40
MIEMBROS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES (MSHCN)	40
¿QUÉ ES LA INTERVENCIÓN DE PRIMERA INFANCIA (ECI)?	41
¿Necesito una derivación?	41
¿Dónde puedo encontrar a un proveedor de ECI?	41
ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN Y AYUDA PARA EL CUIDADO DE PERMANENCIA	41
¿Qué es la Asistencia para la Adopción (AA)?	41
¿Quién puede recibir Asistencia para la Adopción?	41
¿Qué beneficios se ofrecen con el Programa AA?	41
¿Qué es la Ayuda para el Cuidado de Permanencia (PCA)?	42
¿Quién puede recibir Ayuda para el Cuidado de Permanente?	42
¿Qué beneficios se ofrecen a través de la PCA?	42
¿Dónde puedo solicitar ayuda?	42

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

¿Qué debo hacer para cambiar mi dirección o mi teléfono?	42
ADMINISTRACIÓN DE CASOS	42
ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS E HIJOS DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS MIGRATORIOS	42
¿Qué debo hacer si soy un trabajador agrícola migratorio?	42
ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE SALUD CONDUCTUAL	43
¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la administración de casos específicos de salud mental?	43
¿Cómo obtengo estos servicios?	43
ADMINISTRACIÓN DE CASOS PARA NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS	43
¿Qué es la Administración de Casos para Niños y Mujeres Embarazadas?	43
¿Quién puede obtener un administrador de casos?	43
¿Qué hacen los administradores de casos?	43
¿Qué tipo de ayuda puede recibir?	43
¿Cómo puede usted obtener un administrador de casos?	43
SALUD CONDUCTUAL	43
¿CÓMO CONSIGO AYUDA SI TENGO PROBLEMAS DE SALUD CONDUCTUAL (MENTAL) TRASTORNO?	43
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	44
¿Cómo obtengo servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos específicos de salud mental?	44
SERVICIOS CONTRA CONSUMO DE SUSTANCIAS	44
¿Cómo obtengo servicios de abuso de sustancias?	44
¿Necesito una derivación para esto?	44
LA LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y EQUIDAD EN LAS ADICCIONES	44
¿Qué es la paridad de salud mental?	44
SERVICIOS ESPECIALES	44
SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN	44
¿Puedo contar con un intérprete cuando hable con mi médico?	44
¿A quién puedo llamar si necesito un intérprete?	44
¿Con cuánta anticipación debo llamar?	44
¿Cómo puedo tener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?	44
SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO NO DE EMERGENCIA (NEMT) – SAFERIDE HEALTH	45
¿Quién es SafeRide Health?	45
¿Qué servicios ofrece SafeRide Health?	45
¿Cómo conseguir un viaje?	45
¿A quién llamo para que me lleve a una cita médica?..	45

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

<i>¿Con cuánta anticipación debo llamar para solicitar transporte?.....</i>	<i>45</i>
<i>¿Dónde está mi viaje?</i>	<i>46</i>
<i>¿Puede alguna persona conocida llevarme a mi cita y recibir un pago por el millaje?.....</i>	<i>46</i>
BENEFICIOS Y SERVICIOS	46
<i>¿Cuáles son mis beneficios de cuidado agudo/atención de la salud?</i>	<i>46</i>
<i>¿Cómo obtengo estos servicios?</i>	<i>47</i>
<i>¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?</i>	<i>47</i>
SERVICIOS DENTALES	47
<i>¿Qué servicios dentales cubre el Driscoll Health Plan para los niños?.....</i>	<i>47</i>
SERVICIOS PARA LA VISTA	47
<i>¿Cómo obtengo servicios para la vista?.....</i>	<i>47</i>
<i>¿Cuándo debo recibir atención ocular de rutina?</i>	<i>47</i>
FARMACIA Y RECETAS	47
<i>¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?</i>	<i>47</i>
<i>¿Cómo obtengo mis medicamentos?</i>	<i>47</i>
<i>¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?.....</i>	<i>47</i>
<i>¿Qué ocurre si voy a una farmacia que no pertenece a la red?</i>	<i>47</i>
<i>¿Qué debo llevar a la farmacia?</i>	<i>48</i>
<i>¿Qué ocurre si necesito que me envíen los medicamentos?</i>	<i>48</i>
<i>¿A quién debo llamar si no puedo obtener mis medicamentos?.....</i>	<i>48</i>
<i>¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?.....</i>	<i>48</i>
<i>¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un centro de enfermería?.....</i>	<i>48</i>
<i>¿Qué ocurre si pierdo mis medicamentos?</i>	<i>48</i>
<i>¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?</i>	<i>48</i>
<i>¿Cómo puedo obtener una lista de los medicamentos cubiertos en mis beneficios?</i>	<i>48</i>
<i>¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?</i>	<i>48</i>
SERVICIOS Y APOYO A LARGO PLAZO (LTSS).....	49
<i>¿En qué consisten mis beneficios de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)?</i>	<i>49</i>
<i>Estoy en el Programa de Niños Medicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?</i>	<i>49</i>
<i>Estoy en el programa de exención de Servicios de Apoyo Comunitario y Asistencia Básica (CLASS). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?</i>	<i>49</i>
<i>Estoy en el programa de exención para Personas Sordas y Ciegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?</i>	<i>49</i>
<i>Estoy en el programa de exención de Servicios del Hogar y la Comunidad (HCS). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?</i>	<i>50</i>
<i>Estoy en el programa de exención Texas Home Living (TxHmL). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?.....</i>	<i>50</i>
<i>Estoy en el programa de exención del Servicio de Empoderamiento Juvenil (YES). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?.....</i>	<i>50</i>
<i>¿Cómo se cubren estos servicios?</i>	<i>50</i>
<i>¿A qué número llamo para averiguar acerca de estos servicios?.....</i>	<i>50</i>
SERVICIOS DIRIGIDOS POR EL CONSUMIDOR (CDS)	50
<i>¿QUÉ ES LA TERAPIA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA (CRT)?</i>	<i>51</i>
TABLA DE BENEFICIOS DE LTSS.....	52
<i>¿QUÉ ES LA ENFERMERÍA PRIVADA (PDN)?</i>	<i>53</i>
<i>¿CÓMO PUEDEN AYUDARME LOS SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL (PCS)?</i>	<i>53</i>
<i>¿CÓMO PUEDE AYUDARME COMMUNITY FIRST CHOICE (CFC)?</i>	<i>53</i>
CENTROS DE ENFERMERÍA	53
<i>¿Cambiarán mis beneficios del programa STAR Kids si estoy en un centro de enfermería?</i>	<i>53</i>
<i>¿Continuaré recibiendo mis beneficios del programa STAR Kids si estoy en un centro de enfermería?</i>	<i>53</i>
CENTROS DE CUIDADOS EXTENDIDOS PEDIÁTRICO PRESCRITOS (PPECC)	54
<i>¿Qué es el Centro de Cuidados Extendidos Pediátricos Prescritos?.....</i>	<i>54</i>
<i>¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios?.....</i>	<i>54</i>
<i>¿Y si también tengo Medicare?.....</i>	<i>54</i>
¿QUÉ OTROS SERVICIOS PUEDE DRISCOLL HEALTH PLAN AYUDARME A OBTENER?	54
BENEFICIOS ADICIONALES	54
<i>¿Qué beneficios adicionales puedo obtener como miembro de Driscoll Health Plan?</i>	<i>54</i>
<i>¿Qué es un servicio de valor añadido?.....</i>	<i>55</i>
<i>¿Cómo puedo obtener estos beneficios?.....</i>	<i>55</i>
SERVICIOS DE VALOR AÑADIDO	56
¿QUÉ SERVICIOS NO ESTÁN CUBIERTOS POR DRISCOLL HEALTH PLAN?	65

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE 65

¿QUÉ DEBO HACER SI ME MUDO?	65
¿QUÉ DEBO HACER PARA CAMBIAR DE PLAN DE SALUD?	65
<i>¿Driscoll Health Plan puede solicitar mi baja de su plan de salud por incumplimiento?.....</i>	<i>66</i>
¿QUÉ HAGO SI RECIBO UNA FACTURA?	66
<i>¿A quién debo llamar?</i>	<i>66</i>
<i>¿Qué información necesitarán?</i>	<i>66</i>
<i>¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme servicios o suministros si pertenezco a Medicare y Medicaid?.....</i>	<i>66</i>
PÉRDIDA DE LA COBERTURA DE MEDICAID	66
<i>¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?</i>	<i>66</i>
¿QUÉ HAGO SI TENGO OTRO SEGURO ADEMÁS DE MEDICAID?	66
<i>¿Cuándo deben pagar otras partes?.....</i>	<i>67</i>
<i>Más de un plan de salud</i>	<i>67</i>
<i>Lesión causada por otras personas</i>	<i>67</i>

SATISFACCIÓN DE LOS MIEMBROS 67

<i>Encuestas de satisfacción de los miembros.....</i>	<i>67</i>
<i>Grupo Asesor para Miembros</i>	<i>67</i>

DENUNCIAS DE ABUSO, NEGLIGENCIA Y EXPLOTACIÓN 67

<i>¿Qué son abuso, negligencia, y explotación?.....</i>	<i>67</i>
<i>Denuncias de abuso, negligencia y explotación</i>	<i>67</i>
<i>Información útil para presentar un informe.....</i>	<i>68</i>

QUEJAS, APELACIONES, APELACIÓN EMERGENCIA, REVISIÓN MÉDICA EXTERNA Y AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO 68

QUEJAS	68
<i>Proceso de quejas.....</i>	<i>68</i>
<i>¿Qué hago si tengo una queja?.....</i>	<i>68</i>
<i>Procedimientos de queja de Driscoll Health Plan.....</i>	<i>68</i>
<i>¿A quién debo llamar?</i>	<i>69</i>
<i>¿Puede alguien de Driscoll Health Plan ayudarme a presentar una queja?</i>	<i>69</i>
<i>¿Cuáles son los plazos y requisitos para tramitar una queja?.....</i>	<i>69</i>
<i>¿Cuánto demoran en procesar mi queja?</i>	<i>69</i>
APELACIONES	69
<i>Proceso de apelación.....</i>	<i>69</i>
<i>¿Qué debo hacer si mi médico me receta un servicio cubierto, pero el plan de salud lo rechaza o lo limita?..</i>	<i>69</i>
<i>¿Cómo sabré si se niegan los servicios?</i>	<i>69</i>
<i>¿Cómo presento una apelación?.....</i>	<i>69</i>
<i>¿Alguien del Driscoll Health Plan puede ayudarme a presentar una apelación?.....</i>	<i>70</i>
<i>¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación? ..</i>	<i>70</i>
APELACIÓN EMERGENCIA	70

<i>¿Qué es una apelación emergencia?</i>	<i>70</i>
<i>¿Cómo puedo solicitar una apelación emergencia?</i>	<i>70</i>
<i>¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación emergencia?.....</i>	<i>70</i>
<i>¿Tengo que solicitar mi apelación emergencia por escrito?</i>	<i>70</i>
<i>¿Cuáles son los plazos para una apelación emergencia?70</i>	<i>70</i>
<i>¿Qué sucede si DHP se niega a aprobar la solicitud de una apelación emergencia?</i>	<i>70</i>
REVISIÓN MÉDICA EXTERNA.....	71
<i>¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?</i>	<i>71</i>
<i>¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?.....</i>	<i>72</i>
AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO	72
<i>¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado? 72</i>	<i>72</i>
<i>¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?.....</i>	<i>73</i>

VOLUNTADES ANTICIPADAS 73

<i>¿Qué ocurre si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi atención médica?.....</i>	<i>73</i>
<i>¿Qué son las voluntades anticipadas?</i>	<i>73</i>
<i>¿Cómo obtengo un documento de voluntades anticipadas?.....</i>	<i>73</i>

REPORTAR MALGASTO, ABUSO, O FRAUDE..... 73

<i>¿Quiere denunciar malgasto, abuso, o fraude?.....</i>	<i>73</i>
--	-----------

VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE VISITAS 74

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....	74
PREGUNTAS FRECUENTES	76
<i>¿Tengo que usar la EVV?.....</i>	<i>76</i>
<i>¿Cómo registran los ayudantes la hora a la que entran y salen?.....</i>	<i>76</i>
<i>¿Qué pasa si no tengo un teléfono fijo encasa o no quiero que mi ayudante use mi teléfono fijo?.....</i>	<i>76</i>
<i>Puedo recibir servicios en la comunidad con el uso de la EVV?</i>	<i>76</i>
<i>¿Con quién me comunico si tengo preguntas o inquietudes?.....</i>	<i>77</i>

TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA 77

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS MIEMBROS UNA VEZ AL AÑO 79

SOCIOS DE DRISCOLL HEALTH PLAN QUE BRINDAN ATENCIÓN Y SERVICIOS..... 79

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO?..... 80

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

DERECHOS DEL MIEMBRO.....	80
RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO.....	82
LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL	84
DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA EN DISTINTOS IDIOMAS	86
AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	88

Bienvenida

¡Bienvenido a la familia de Driscoll Health Plan (DHP)! Driscoll Health Plan es un plan médico basado en la comunidad sin fines de lucro. Driscoll Health Plan es parte de Driscoll Health System. En conjunto, hemos atendido a niños y familiares durante más de 70 años. Estamos comprometidos a asegurarnos de que usted reciba la mejor atención médica. Ofrecemos una amplia red de proveedores, especialistas y hospitales. Tendría acceso a médicos de calidad y a nuestro personal experto.

Este manual contiene información sobre cómo funciona el plan de salud. Le dice qué esperar y proporciona respuestas a muchas preguntas. El manual para miembros incluye información sobre:

- Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario
- Cómo obtener atención de emergencia
- Cómo cuidar de usted mismo
- Coordinación de servicios
- Administración de casos y control de enfermedades
- Servicios de salud conductual y contra abuso de sustancias
- Beneficios
- Servicios de interpretación y transporte
- Servicios y apoyo a largo plazo
- Cobertura de medicamentos con receta
- Y muchos otros temas más

Por favor tómese el tiempo para leer este manual. Esperamos que se sienta satisfecho con sus servicios de atención médica. Nuestro personal habla inglés y español y puede ayudarlo a responder sus preguntas. También contamos con servicios especiales para personas que tienen problemas para leer, oír, ver, comprender o hablar un idioma que no sea inglés o español. También puede solicitar este manual y cualquier otro material para

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

miembros en audio, letra más grande, braille y otros idiomas. Recibirá materiales impresos dentro de los cinco días hábiles. Para obtener ayuda con los servicios de asistencia con el idioma y ayudas auxiliares sin costo para usted, llame a Servicios para Miembros al **877-324-7543** (TTY: 800-735-2989). Los miembros o sus representantes legalmente autorizados pueden enviar su solicitud por escrito a la siguiente dirección.

Driscoll Health Plan
4525 Ayers St
Corpus Christi, TX 78415

También puede solicitar materiales para miembros visitando: driscollhealthplan.com

Cosas importantes que debe saber

Cosas que puedes hacer para mantenerte saludable

La atención de prevención es una parte importante de la salud. Usted puede mantenerse sano si acude a revisiones periódicas, recibe sus vacunas y visita con regularidad al médico. Trabajando juntos podemos mantenerlos a usted y su familia sanos y felices.

A continuación encontrará algunas cosas que puede hacer para mantenerse sano:

- Entable una buena relación con su médico. Usted y su médico deben trabajar como un equipo.
- Acuda a las revisiones y reciba sus vacunas a tiempo.
- Si ya se le pasó la fecha o tiene que cumplir con la fecha de una revisión del programa Pasos Sanos de Texas, deberá realizárselo **dentro de los 90 días posteriores a la inscripción en Driscoll Health Plan.**

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- Los recién nacidos deberán ser revisados por un médico **de 3-5 días después de nacer**.
- Las mujeres embarazadas deberán realizarse un examen prenatal dentro de los **42 días siguientes a su inscripción o en el primer trimestre**.
- Las nuevas mamás deberán realizarse un examen posparto de **7-84 días después del parto**.
- La revisión anual y periódica de Pasos Sanos de Texas debe realizarse antes o poco después del cumpleaños de su hijo.
- Asegúrese de enviar por correo la evaluación de riesgos para la salud ya llena que encontrará en su paquete de bienvenida. Esta evaluación ayudará a los administradores de casos a saber qué ayuda necesita.

Comuníquese con su médico si necesita atención que no sea de emergencia. El médico puede brindarle la atención adecuada que usted necesita. Solo visite la sala de emergencias si tiene una emergencia

¿Qué es el instrumento de examen médico y evaluación de STAR Kids (SK-SAI) y cómo afecta a mi hijo?

El instrumento de examen médico y evaluación de Star Kids es la herramienta de evaluación que se utiliza para establecer un plan de atención detallado para su hijo. El plan de atención se denomina Plan de Servicio Individual (ISP). El Coordinador de Servicios, el Miembro, y el padre completarán la evaluación. El SK-SAI se completará en su hogar o en el lugar que usted elija. Programaremos una hora conveniente para reunirnos con usted y completar la evaluación. El SK-SAI permitirá que tanto la familia como el coordinador de servicios contribuyan a decidir qué servicios y cuántas sesiones de cada

servicio son adecuadas para su hijo. La evaluación permitirá que el coordinador de servicios establezca las autorizaciones necesarias para garantizar que la atención médica de su hijo no se vea interrumpida. Puede haber algunos cambios en los servicios o en la cantidad de servicios que recibe. Nuestro objetivo es permitir que usted y su hijo tengan acceso a sus proveedores de confianza y a los servicios que su hijo necesita. Nuestra promesa a usted es que el bienestar de su hijo siempre será una prioridad para nuestros coordinadores de servicios.

¿Cuándo debe completarse el instrumento de examen médico y evaluación del programa STAR Kids (SK-SAI)?

El SK-SAI debe realizarse:

- Dentro de los 15 días hábiles después de inscribirse en DHP si usted es Miembro de Nivel 1
- Dentro de los 30 días hábiles después de inscribirse en DHP si usted es Miembro de Nivel 2 o 3

Llame a su Coordinador de Servicios para programar una cita a fin de completar el SK-SAI. Si no conoce el número de su Coordinador de Servicios, puede llamar a los siguientes números y solicitar ayuda:

- **Área de servicio de Nueces: 844-508-4673**
- **Área de servicio de Hidalgo: 844-508-4675**

Preparación para desastres de emergencia de los miembros

El mal tiempo como huracanes y tornados puede ser una amenaza en el sur de Texas. Las principales preocupaciones son:

- La pérdida de energía
- Las inundaciones
- Los fuertes vientos

También pueden ocurrir otro tipo de emergencias, como fugas de gas o incendios. Un huracán u otro

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

desastre de emergencia pueden llegar en cualquier momento. Tiene que estar listo si:

- Tiene que irse de su casa,
- Estás sin agua, comida, y electricidad
- Las carreteras están cortadas

Es importante tener un plan antes de que ocurra una emergencia. Necesitará el plan durante y después de un huracán o desastre de emergencia. Tener un plan reducirá el estrés durante el suceso. Driscoll Health Plan quiere asegurarse de que usted está a salvo.

Queremos que tenga un plan en caso de una emergencia. Durante una visita a su casa, su Coordinador de Servicios:

- Le proporcionará información para ayudarle a hacer un plan
- Responderá a sus preguntas
- Le ayudará a encontrar recursos locales después de que ocurra un desastre

Queremos que esté informado durante un huracán o un desastre de emergencia. Tiene a su disposición información adicional de las siguientes maneras:

- Llame a la Línea de Servicios para Miembros al:
 - **Nueces: 844 508-4672**
 - **Hidalgo: 844-508-4674**
- En nuestro sitio web:
driscollhealthplan.com
- Enviando un mensaje de texto
- A través de su Coordinador de Servicios

¡Esté preparado! Tenga listo un plan para usted y su familia para cuando ataquen el clima severo o un desastre.

Estos son algunos recursos adicionales para usted y su familia:

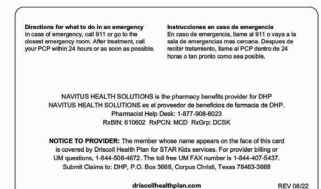
- Llame al 2-1-1
- txready.org/resources/

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

- ready.gov/
- redcross.org/

Tarjeta de identificación (ID) de miembros

Usted recibirá una tarjeta de identificación de STAR Kids después de inscribirse en Driscoll Health Plan. Asegúrese de que todo en la tarjeta sea correcto. Llame a Servicios para Miembros al número gratuito, para **Nueces SA: 844-508-4672** o **Hidalgo SA: 844-508-4674** si tiene preguntas. Cada miembro de la familia que se una al Driscoll Health Plan deberá tener su propia tarjeta de identificación. Siempre mantenga su tarjeta de identificación con usted. Lleve su tarjeta de identificación con usted cuando vaya a una visita al médico y a la farmacia. Llame a Servicios para Miembros si pierde su tarjeta. Podemos enviarle de inmediato una nueva tarjeta de ID por correo.



Si usted es doblemente elegible (tiene beneficios de Medicare y Medicaid), su tarjeta de identificación no incluye información de PCP. Su tarjeta mostrará servicios y apoyo a largo plazo.



Su Tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

Además de su tarjeta de identificación de miembro de Driscoll Health Plan, recibirá una tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits del estado.

Cuando lo aprueben para recibir Medicaid, usted recibirá una tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de identificación de Medicaid de todos los días. Debe llevarla y protegerla como lo haría con la licencia de manejar o una tarjeta de crédito. El doctor puede usar la tarjeta para saber si usted tiene beneficios de Medicaid cuando vaya a una cita.

Se le emitirá solo una tarjeta y recibirá una nueva tarjeta solo si su tarjeta se pierde o es robada. Si pierde o le roban la tarjeta de identificación de Medicaid, puede obtener una nueva llamando gratis al 800-252-8263, o ingresando en línea para ordenar o imprimir una tarjeta temporal en: yourtexasbenefits.com

Si no está seguro si está cubierto por Medicaid, puede llamar gratis al 800-252-8263 para saberlo. También puede llamar al 2-1-1 desde su teléfono móvil (escoja un idioma y después escoja la opción 2).

Su historial de salud es una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted ha recibido a través de Medicaid. Lo compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarles a decidir qué tipo de atención médica necesita usted. Si no desea que sus médicos vean su historial de salud a través de la red segura en línea, llame sin costo al 800-252-8263 o opte no participar en yourtexasbenefits.com.

La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits tiene impreso en el frente estos datos:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid.
- La fecha en que le enviaron la tarjeta.
- El nombre del programa de Medicaid en que está inscrito si recibe:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa de Salud para la Mujer de Texas (HTWP)
 - Cuidado de hospicio
 - Programa STAR Health
 - Medicaid de Emergencia, o
 - Presunción de derecho a beneficios (PE) para mujeres embarazadas
- Los datos que la farmacia necesita para enviar el cobro a Medicaid
- Si está en el programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in), el nombre de su médico y farmacia.

El dorso de la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits tiene un siti web al que puede ir yourtexasbenefits.com y un número de teléfono al que puede llamar 800-252-8263 si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si se le olvida la tarjeta, el doctor, dentista o farmacéutico puede usar el teléfono o Internet para asegurarse de que usted reciba beneficios de Medicaid.

Qué hacer si pierde su tarjeta de Medicaid Your Texas Benefits – Formulario de verificación temporal 1027-A

Si usted pierde su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits y necesita un comprobante rápido de su elegibilidad, el personal de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) puede generar un Formulario de Verificación Temporal de Elegibilidad de Medicaid (Formulario 1027-A). Deberá solicitar el formulario temporal en personalmente en una oficina de beneficios de la

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

HHSC. Para localizar la oficina más cercana, llame al 2-1-1 en su teléfono móvil (elija un idioma y luego la opción 2).

Portal de clientes de Medicaid

Puede usar el Portal del Cliente de Medicaid para hacer todo lo siguiente por usted o por cualquier persona cuyo historial de salud se le permita acceder:

- Ver, imprimir y pedir una tarjeta de YTB Medicaid
- Ver sus planes médicos y dentales
- Ver la información de sus beneficios
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids de Pasos Sanos de Texas
- Ver alertas de transmisión
- Ver diagnósticos y tratamientos
- Ver vacunas
- Ver medicamentos recetados
- Elija si permite que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental

Para usar el portal, vaya a: yourtexasbenefits.com

- Haga clic en **entrar al sistema**
- Introduzca su **Nombre de usuario y contraseña**. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una cuenta**
- Haga clic en **Administrar**
- Vaya a la sección **Enlaces rápidos**
- Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP**
- Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponibles**

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

Elegibilidad para STAR Kids

STAR Kids es el primer programa de atención médica administrada para niños y adultos jóvenes de hasta 20 años de edad con una discapacidad e:

- Ingresos de seguro suplementarios (SSI), Medicaid,
- Obtenga Medicaid y Medicare,
- Vivir en un centro de atención intermedia basado en la comunidad para personas con una discapacidad intelectual o afecciones relacionadas (ICF / IDD) o centro de enfermería, o
- Están inscritos en uno de los siguientes programas de exención:
 - Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP)
 - Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCS)
 - Servicios de Apoyo Comunitario y Asistencia Básica (CLASS)
 - Programa para Personas Sordas y Ciegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
 - Servicio de Empoderamiento Juvenil (YES)
 - Texas Home Living (TxHmL)

Por favor comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) al 2-1-1 en su teléfono móvil o al 877-541-7905 para informar de cualquier cambio en su información. También puede visitar yourtexasbenefits.com para informar sobre esos cambios. Cualquier cambio en su información podría afectar su elegibilidad o la de otras personas de su grupo familiar. También puede quedar sujeto a penalizaciones impuestas por la ley federal si proporciona información falsa.

Renovación de cobertura de STAR Kids

¿Qué hago si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?

Busque el sobre marcado “sensible al tiempo” 3–4 meses antes del vencimiento de sus beneficios. Esta será su carta de renovación diciéndole qué hacer. Renueve antes de su vencimiento para que no pierda sus beneficios.

Las familias deben renovar su cobertura de Children’s Medicaid cada año. En los meses anteriores al vencimiento de la cobertura del niño, la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) enviará a la familia un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación contiene una solicitud. También incluye una carta donde se solicita una actualización sobre los ingresos y las deducciones de costos de la familia. La familia debe:

- Consultar la información sobre la solicitud de renovación.
- Corregir cualquier información que no sea correcta.
- Firmar y fechar la solicitud.
- Consultar las opciones de planes de salud, si se dispone de planes de salud de Medicaid.
- Enviar la solicitud de renovación y los documentos de prueba en la fecha de vencimiento.

Una vez que la HHSC reciba la solicitud de renovación y los documentos de prueba, el personal comprobará si los hijos de la familia siguen calificando para su programa actual o si califican para otro programa.

FORMAS DE RENOVAR Y OBTENER AYUDA

- **Página de Internet:** Visite yourtexasbenefits.com
- **Teléfono:** Encontrará la aplicación “Your Texas Benefits” es en la tienda de aplicaciones iOS para iPhone o en Google Play Store para teléfonos Android
- **Llame:** 2-1-1 para solicitar un paquete de renovación
- **Llame:** Servicios para Miembros puede ayudarle llame
 - **Nueces:** 844-508-4672
 - **Hidalgo:** 844-508-4674

Servicios para Miembros

¿En qué puede ayudarle Servicios para Miembros?

Nuestro personal experto de Servicios para Miembros está listo para ayudarlo las 24 horas, los 7 días de la semana. El horario habitual de atención es de lunes-viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Puede dejar un mensaje fuera del horario normal, los fines de semana y los días festivos. También puede enviarnos un correo electrónico a:

DHPmemberservices@dchstx.org

Un miembro de personal de DHP responderá el siguiente día hábil. Nuestro experimentado personal puede ayudarlo a:

- Resolver dudas sobre sus beneficios y cobertura.
- Cambiar de proveedor de cuidado primario.
- Cambiar su dirección y número telefónico.
- Enviar por correo la reposición de su tarjeta de ID perdida.
- Ayudar con sus quejas, apelaciones, o inquietudes.

Portal para Miembros

Como Miembro de Driscoll Health Plan, puede usar nuestro Portal para Miembros visitando: driscollhealthplan.com

Allí encontrará información importante, como los datos de su coordinador de servicios, los servicios de

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

valor añadido y cómo renovar sus beneficios de salud. También podrá imprimir una copia de su tarjeta de identificación de Driscoll Health Plan. Aquí le ofrecemos instrucciones útiles para que pueda comenzar:

- Haga clic en **Portal para Miembros**
- Introduzca su **Nombre de usuario de MyChart**
- **Contraseña**
- Haga clic en **Entrar**
- ¿Usuario Nuevo? Haga clic en **Registrarse Ahora**
- Sigue los pasos para registrar su cuenta

Si tiene alguna pregunta, llame a la línea de soporte MyChart a 361-694-5980.

Línea de asesoramiento de enfermeras

Nuestra línea de asesoramiento de enfermeras es un servicio confidencial que usted puede utilizar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nuestras expertas enfermeras responderán preguntas sobre la salud y le darán información cuando su médico no esté disponible. Ellas le ayudarán a decidir qué tipo de atención necesita. Las enfermeras de DHP saben todo acerca de la Programa STAR Kids, los servicios cubiertos, la población de STAR Kids y los recursos del proveedor.

Cuando llame a la línea gratuita de asesoramiento de enfermería, la enfermera:

- Le hará preguntas sobre su salud.
- Le dará información sobre cómo cuidarse en su hogar, según sea apropiado.
- Le informará para ayudarlo a decidir qué tipo de atención necesita.

Descargue la aplicación móvil de Driscoll Health System

Driscoll Health Plan tiene una nueva aplicación móvil vinculada a MyChart.

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

¿Cómo lo consigo?

¡Vaya a su tienda de aplicaciones y busque Driscoll Health System! Una vez descargada la aplicación, verá el logotipo de Driscoll Health System en su teléfono. Debes revisar y aceptar los términos para continuar.

- *Nuevos usuarios de MyChart:* llame al 361-694-5980 para solicitar su código de activación
- *Usuarios actuales:* ingrese su nombre de usuario y contraseña

¿Necesita ayuda para descargar la aplicación?

Llame a la línea de soporte MyChart a 361-694-5980.

¿A qué información puedo acceder?

Vea convenientemente su información de atención médica en un entorno seguro y confidencial.

- Ver tarjetas de identificación de miembro
- Verifique su lista de medicamentos
- Revisar los registros médicos y los resultados de laboratorio
- Administrar citas familiares

Cómo elegir un médico "Su hogar médico o de salud"

¿Qué es un proveedor de cuidado primario (PCP)?

Un proveedor de atención primaria es su médico principal, una enfermera practicante, o un auxiliar médico que atiende sus necesidades médicas. Su PCP se asegurará de que se le realicen sus revisiones periódicas. También llenan recetas para sus medicinas y suministros usted necesita. Su proveedor de cuidado primario puede también referirlo a otros proveedores si es necesario. Es importante que tenga una buena relación con su proveedor de atención primaria. Su proveedor de atención primaria necesita conocer su historial médico para poder brindarle la mejor atención.

Usted necesita participar en las decisiones sobre su atención médica. Juntos, usted y su proveedor de atención primaria tomarán las decisiones correctas para mantenerlo saludable.

BOLETO A LA SALUD

El consultorio de su PCP es su **centro de atención primaria**. Ellos coordinarán toda su atención médica y se asegurarán de que usted reciba la atención que necesita.

¿Qué es un hogar médico o de salud?

Su hogar de salud puede ser el consultorio de su médico o especialista. Allí recibirá atención para sus necesidades médicas y de salud conductual. Los hogares de salud colaboran con usted y su familia para maximizar su salud y su bienestar. Además, promueven la independencia. El Coordinador de Servicios trabaja con todos los participantes de su cuidado para asegurarse de atender sus necesidades y las de su familia.

¿Un especialista puede ser un proveedor de cuidado primario?

En circunstancias especiales, usted puede seleccionar a un especialista como su proveedor de cuidado primario. Llame al Servicios para Miembros para obtener más información.

¿Una clínica puede ser mi proveedor de cuidado primario (una clínica de salud rural o un centro de salud con certificación federal)?

Puede elegir una clínica como su proveedor de cuidado primario. Puede ser un centro de salud con certificación federal (FQHC) o una clínica de salud rural (RHC).

¿Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario?

Al unirse a Driscoll Health Plan, lo asignaremos a un proveedor de atención primaria (médico principal).

Puede llamar a Servicios para Miembros si desea elegir otro proveedor de atención primaria.

¿Cómo puedo obtener una copia del Directorio de Proveedores?

DHP envía por correo un Directorio de Proveedores a todos los nuevos Miembros de STAR Kids. También puede acceder al Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en

driscollhealthplan.com/find-a-provider/. Se actualiza cada semana. Los miembros tienen la opción de optar por no recibir un Directorio de Proveedores en cualquier momento. Llame a Servicios para Miembros para informarnos si desea optar por no participar.

¿Cómo puedo cambiar a mi proveedor de cuidado primario?

Driscoll Health Plan desea que usted se sienta satisfecho con su PCP. Puede cambiar de PCP si:

- Usted no está satisfecho con la atención que recibe de su proveedor de cuidado primario.
- Usted necesita que lo atienda otro médico.
- Usted se muda más lejos del proveedor de cuidado primario.
- Su proveedor de cuidado primario ya no forma parte de la red de Driscoll Health Plan.
- Usted no se lleva bien con el proveedor de cuidado primario.

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamando al Servicios para Miembros. El Directorio de Proveedores de Driscoll Health Plan contiene un listado de todos los proveedores de cuidado primario.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de cuidado primario, o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de cuidado

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

primario llamando al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: al 844-508-4674** o escribiendo a:

Driscoll Health Plan
Member Services Department
Attn: Eligibility Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

¿Cuándo entrará en vigor el cambio de mi proveedor de cuidado primario?

Usted puede cambiar su proveedor de cuidado primario en cualquier momento. Si usted ha visto a su proveedor de cuidado primario dentro del mes en curso, el cambio entrará en efecto el día primero del mes siguiente. Si usted no ha visto a su proveedor de cuidado primario dentro del mes en curso, el cambio entrará en efecto el primer día del mes que se realizó el cambio. El cambio del proveedor de cuidado primario puede ser acelerado si Driscoll Health Plan decide que es en el mejor interés del miembro y el proveedor de cuidado primario.

¿Existen razones por las cuales pueda rechazarse una solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario?

Algunas razones por las cuales posiblemente no pueda tener el proveedor de cuidado primario que eligió incluyen:

- El proveedor de cuidado primario que eligió no está aceptando nuevos pacientes.
- El proveedor de proveedor de cuidado primario que eligió ya no forma parte de Driscoll Health Plan.

¿Mi proveedor de cuidado primario puede remitirme a otro proveedor de cuidado primario por incumplimiento?

Es importante que siga las recomendaciones de su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de

cuidado primario puede solicitarnos que le asignemos otro proveedor de cuidado primario si:

- Usted no sigue sus recomendaciones.
- Usted y su proveedor de cuidado primario no se llevan bien.
- Usted no asiste a las citas ni llama para cancelarlas.

El proveedor de cuidado primario debe informarnos si desea que usted cambie de proveedor. Driscoll Health Plan nos pondremos en contacto con usted y le pediremos que elija otro proveedor de cuidado primario.

¿Qué ocurre si decido ir a otro médico que no es mi proveedor de cuidado primario?

Si decide ver a otro médico que no sea su proveedor de cuidado primario, Driscoll Health Plan deberá aprobar los servicios. Ciertos servicios requieren autorización previa o aprobación de DHP antes de poder recibirlos. Si tiene dudas, comuníquese con Servicios para Miembros.

Puede acudir con cualquier proveedor que forme parte de Driscoll Health Plan si necesita:

- Atención de emergencia las 24 horas en una sala de emergencias
- Servicios y suministros para la planificación familiar

Puede elegir otro proveedor para exámenes de la vista de rutina, atención de la salud mental, tratamiento contra las adicciones o servicios de ginecología. Para todo lo demás, solo debe consultar al proveedor de cuidado primario indicado en su tarjeta de ID de Driscoll Health Plan.

¿Qué es un proveedor fuera de la red?

Un proveedor fuera de la red no tiene un contrato con Driscoll Health Plan. En algunos casos, como cuando no hay otros Proveedores, Driscoll Health

Plan puede contratar para pagar a un Proveedor no participante, pero no está garantizado.

¿Qué sucede si elijo a un proveedor que no forma parte de la red de Driscoll Health Plan?

Si decide ver a un médico que no forma parte de la red de Driscoll Health Plan, DHP debe aprobar los servicios. Este servicio requerirá autorización previa o aprobación de DHP. Si el servicio no es aprobado, DHP no cubrirá el servicio. El proveedor fuera de la red le facturará por estos servicios y es posible que tenga que pagar por ello. Para preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros.

Planes de incentivos para doctores

Driscoll Health Plan no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Medicamente Necesarios cubiertos para los Miembros. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de cuidado primario participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674** para obtener más información.

¿Qué es un Plan de Incentivos para Médicos?

Un plan de incentivos para médicos es un acuerdo de pago entre un plan de salud y un proveedor o grupo de proveedores.

Cómo obtener atención de un médico especial (especialista)

¿Qué es un especialista?

Un especialista es un médico de distintos tipos de atención médica, como cardiología (salud del corazón), ortopedia (huesos y articulaciones), o ginecología (salud de la mujer).

¿Qué sucede si necesito ver a un médico especialista?

Su proveedor de atención primaria puede ayudar a decidir si su hijo necesita ver a un especialista. El médico de su niño va a hacer una referencia para los servicios si es necesario. Hay algunas excepciones en los requisitos de algunas referencias para los Miembros de MDCP. Por favor, vea a continuación la excepción. También puede compartir sus preguntas sobre la referencia con su coordinador de servicios.

¿Qué es una referencia médica?

Una referencia es una solicitud de su médico de atención primaria para que pueda ver a otro médico.

Para ver a cualquier médico especialista de Medicaid (dentro o fuera de la red), su médico de cuidado primario deberá seguir las reglas de autorización y referencia de DHP cuando solicite una referencia para otro proveedor.

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

Llame a su Coordinador de Servicios, quien podrá ayudarle. Su coordinador de servicios dejara su tarjeta durante la visita a su casa. Si usted no tiene la tarjeta de su coordinador de servicios puede llamar al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

¿Qué tan pronto puedo esperar ver a un especialista?

Deberá poder obtener una cita en el transcurso de 30 días si necesita atención no urgente o de 24 horas si necesita atención urgente. Si tiene problemas para obtener una cita, puede llamar a su coordinador de servicios.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Driscoll Health Plan pagará por una segunda opinión. Su coordinador de servicios le ayudará a programar una segunda opinión si es necesario.

¿Qué servicios no necesitan una derivación?

NO se necesitan referencias para los siguientes servicios:

- Atención de emergencia
- Cuidado ocular de rutina
- Cuidado obstétrico y ginecológico
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de salud conductual

Siempre debe informar a su proveedor de atención primario cuando reciba atención de otro médico.

Atención que requiere la aprobación de un plan de salud (Autorización Previa)

¿Qué es una Autorización Previa?

Algunos servicios necesitará la aprobación antes de que pueda obtener los servicios. Su médico u otros proveedores deberán llamar a Driscoll Health Plan para obtener una aprobación para estos servicios.

¿Qué servicios requieren Autorización Previa?

Estos servicios necesitan una autorización previa:

• Todas las hospitalizaciones (excepto en una situación de emergencia, en las que se requiere informar al Driscoll Health Plan dentro de las 24 horas siguientes al ingreso)
• La admisión a un centro de rehabilitación
• Cirugía para pacientes ambulatorios
• Terapia de rehabilitación (terapia física, del habla y ocupacional)
• Servicios de salud en el hogar, incluida la terapia intravenosa en el hogar
• Referencia a un médico especialista, excepto como se describe anteriormente (habrá una excepción para los Miembros de MDCP)
• Artículos de equipo médico duradero que cuesten más de \$300

• Uso de ambulancia para el transporte médico (que no sea transporte de emergencia) (NOTA: Si se necesita transporte en ambulancia para un Miembro del MDCP para ir a una cita médica, su Coordinador de Servicios hará los arreglos necesarios)
• Solicitud de servicios a un proveedor que no tiene un contrato con Driscoll Health Plan
• Otras formas de tratamiento médico (como hipnosis o masaje terapéutico)
• Algunas pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios
• Medicamentos administrados por un médico
• Servicios de cuidado personal (PCS)
• Enfermería privada (PDN)
• Centro de Atención Pediátrica Extendida (PPECC) prescrito
• Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): ○ Miembros de MDCP: Su coordinador de servicios trabajará con usted para decidir sobre cuáles LTSS son necesarios ○ Otros niños de exención: Los LTSS se proporcionan a través de su exención, y no de Driscoll Health Plan ○ Para obtener más información sobre la autorización, visite nuestro sitio web en driscollhealthplan.com
• PHP y IOP para miembros de 21 años o más

Para autorización, el médico puede comunicarse con Servicios para Miembros de STAR Kids, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Centro. Su médico será transferido a una enfermera de STAR Kids.

Si no hay autorización para el servicio, es posible que tenga que hacer una pausa para ello. Usted tiene derecho a conocer el costo de cualquier servicio antes de recibirlo.

¿Cuánto tiempo demora el trámite de una autorización de rutina?

Las autorizaciones de rutina se tramitarán en el transcurso de tres días hábiles. Podría tomar hasta

14 días si necesitamos más información de su médico.

¿Cómo sé si mis servicios han sido aprobados o denegado?

Driscoll Health Plan le enviará por correo una carta informándole si la solicitud de servicios ha sido aprobada o denegada. Se le notificará dentro de los tres días hábiles si se ha proporcionado toda la información médica de respaldo con la solicitud. Si debemos solicitar información médica de respaldo del proveedor que realiza el pedido, se le notificará dentro de los 3-14 días. Puede llamar Servicios para Miembros al número gratuito **877-324-7543** para obtener mas información.

¿Qué significa médicamente necesario, tanto en los cuidados intensivos como de salud conductual?

Médicamente necesario significa:

(1) Para los Miembros desde el nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:

- (a) servicios de detección y para la vista y la audición; y
- (b) otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o mejorar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:
 - (i) debe cumplir los requisitos de los acuerdos conciliatorios parciales de *Alberto N. y otros contra Traylor y otros*; y
 - (ii) puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2) (b-g) y (3) (b-g) de esta definición.

(2) Para Miembros mayores de 20 años, servicios de atención médica relacionados con la salud no conductual que:

- (a) son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o condiciones médicas, o proveer detección precoz, intervenciones o tratamientos para problemas médicos que causan sufrimiento o dolor, deformidad física o limitaciones en alguna función, que amenazan con causar o empeorar una discapacidad, que causan enfermedad o padecimiento de un Miembro, o que ponen en peligro su vida;
- (b) se prestan en centros adecuados y a los niveles apropiados de atención médica para tratar condiciones médicas de un Miembro;
- (c) cumplen las pautas de cuidado de la salud aprobadas por las organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por organismos gubernamentales;
- (d) son coherentes con el diagnóstico de las afecciones;
- (e) no son más invasivos o restrictivos de lo necesario para ofrecer un equilibrio adecuado entre seguridad, efectividad y eficiencia;
- (f) no son experimentales o de investigación; y
- (g) no se prestan principalmente para conveniencia del Miembro o del profesional; y

(3) Para Miembros mayores de 20 años, servicios de salud conductual que:

- (a) son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o dependencia química, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del

funcionamiento como resultado de un trastorno de este tipo;

- (b) se ajustan a las pautas y normas de práctica profesionalmente aceptadas para la atención médica de la salud conductual;
- (c) son proporcionados dentro del entorno más apropiado y menos restrictivo posible en el cual los servicios puedan ofrecerse de manera segura;
- (d) son el nivel u oferta de servicios más adecuado que puede ofrecerse de manera segura;
- (e) no pueden omitirse sin afectar la salud mental y/o física del Miembro o la calidad de la atención prestada;
- (f) no son experimentales o de investigación; y
- (g) no se prestan principalmente para conveniencia del Miembro o el profesional.

En lugar de servicios

Queremos informarle que Driscoll Health Plan (DHP) ofrece servicios médicamente adecuados y económicos en lugar de los servicios de salud mental o de trastornos por abuso de sustancias cubiertos por Medicaid.

Estos servicios de remplazo incluyen los siguientes:

- Servicios de hospitalización para afecciones psiquiátricas agudas en un hospital psiquiátrico independiente por hasta 15 días calendario cada mes para miembros de 21 a 64 años.
- Programa de hospitalización parcial (PHP)
- Programa de servicios ambulatorios intensivos (IOP)

Usted o sus proveedores pueden solicitar estos servicios en lugar de servicios llamando a Servicios para

Miembros al **877-324-7543**. También puede visitar el portal para miembros en: driscollhealthplan.com

La Coordinación de Servicios le ayudará a coordinar una evaluación con un proveedor en lugar de servicios. Estos servicios deben ser recomendados y considerados médicamente necesarios por el proveedor evaluador/tratante. DHP requerirá autorización para PHP y IOP para miembros de 21 años o más. No se requiere autenticación para miembros menores de 20 años.

Si los servicios de sustitución de servicios se niegan, reducen, suspenden o terminan total o parcialmente, el miembro tiene derecho a solicitar una apelación.

Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones, consulte la página 69.

Cómo obtener atención de rutina de un médico

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención de rutina es para cosas como chequeos de niños sanos, exámenes escolares, vacunas y revisiones médicas. Su proveedor de cuidado primario le ayudará a atender todas sus necesidades de atención médica. Asegúrese de llamar a su proveedor de cuidado primario siempre que tenga alguna duda o pregunta sobre la salud. Llame al consultorio de su proveedor de cuidado primario si necesita programar su atención de rutina. No debe esperar hasta estar enfermo para visitar a su médico. Deberá obtener una cita para la atención de rutina en el transcurso de las dos semanas siguientes.

Es importante que acuda a su cita. Si no podrá acudir a una cita, llame para informar a su proveedor de cuidado primario.

REVISIÓN DE PASOS SANOS DE TEXAS

Si ya se le pasó la fecha o tiene que cumplir con la fecha de una revisión del programa Pasos Sanos de Texas, deberá realizárselo dentro de los 90 días posteriores a la inscripción en Driscoll Health Plan.

Cómo obtener atención médica y dental urgente de emergencia

Atención médica urgente

¿Qué debo llevar a la cita con un médico?

- Su tarjeta de ID como Miembro de Driscoll Health Plan y su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits
- La cartilla de vacunas de su hijo (si necesita vacunas)
- Los medicamentos que esté tomando

¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de cuidado primario está cerrado?

Su proveedor de cuidado primario u otro médico están disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si usted se enferma en la noche o durante el fin de semana, puede llamar al número telefónico del consultorio de su proveedor de cuidado primario para recibir ayuda. El consultorio cuenta con un servicio de contestadora o mensajería que le informará cómo comunicarse con su proveedor de cuidado primario, quien deberá devolverle la llamada en el transcurso de los siguientes 30 minutos.

También puede visitar una clínica de la red que brinde servicio después del horario normal o un centro de urgencias si desarrolla una enfermedad repentina. Deberá comunicarse al consultorio de su proveedor de cuidado primario si no está seguro de si debe acudir o no a dicha clínica o centro.

Para obtener una lista de las Clínicas de Driscoll Children's Hospital y otras clínicas de atención urgente fuera del horario, visite:

driscollhealthplan.com/services/after-hours-care

¿Qué es la atención médica urgente?

La atención urgente es otro tipo de atención. Algunas enfermedades y lesiones tal vez no sean emergencias, pero pueden agravarse si no son tratadas dentro de las 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Quemaduras o cortadas pequeñas
- Dolores de oído, dolor de garganta, esguinces/distensiones musculares
- Un ataque de asma de menor a moderado
- Una enfermedad leve con fiebre si un niño tiene más de dos meses de edad
- Una erupción cutánea debido a una picadura de insecto

¿Qué debo hacer si mi hijo necesita atención médica urgente?

Para la atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el doctor quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el doctor le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Medicaid de Driscoll Health Plan. Para recibir ayuda, llámenos al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674**. También puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermeras las 24 horas al **Nueces: 844-308-8701** o **Hidalgo: 844-714-7887** para obtener ayuda con la obtención de la atención que necesita.

¿Cuánto pronto me atenderán?

Podrá ver a su doctor dentro de 24 horas para una cita de cuidado urgente. Si su médico le dice que vaya a una clínica de cuidado urgente, no necesita

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

llamar a la clínica antes de ir. La clínica de cuidado urgente tiene que aceptar el Driscoll Health Plan Medicaid.

Atención médica de emergencia

¿Qué es la atención médica de emergencia?

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

¿Cuándo puedo esperar que me vean?

Asa de emergencia está ahí para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Padecimiento médico de emergencia significa:

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

1. poner en grave peligro la salud del paciente;
2. ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
3. ocasionar disfunción grave de algún órgano vital o parte del cuerpo;
4. causar desfiguración grave; o
5. in el caso de una mujer embarazada, grave peligro para la salud de una mujer o su niño por nacer.

Padecimiento de salud conductual de emergencia

significa:

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

1. requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el Miembro podría

representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; o

2. hace que el Miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y Atención de emergencia significan:

Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados por un proveedor que está certificado para proporcionar dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una Condición Médica de Emergencia o una Condición de Salud Conductual de Emergencia, incluidos los servicios de atención posterior a la estabilización.

¿Que es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por Medicaid que lo mantienen en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia.

Cuidado Dental de Emergencia

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por DHP?

Driscoll Health Plan cubre servicios limitados dentales de emergencia en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluido el pago de lo siguiente:

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

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

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674** o llame al **911**.

Citas médicas fuera del área

¿Qué hago si necesito ver a un médico que está fuera del área?

Llame a su coordinador de servicios si su hijo(a) necesita ver a un médico o proveedor que está fuera del área. Queremos garantizarle que su hijo(a) siga obteniendo la atención y los servicios necesarios durante la transición a STAR Kids. Driscoll Health Plan podrá autorizar estos servicios que están fuera del área cuando sea en el mejor interés de su hijo.

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

Si necesita recibir atención médica durante un viaje, llame al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674** y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano y luego llámenos gratis, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674**.

¿Qué hago si estoy fuera del estado?

Si tiene una emergencia mientras está fuera del estado, acuda a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

Cuándo debo ir a ver a mi médico, atención de urgencia o a la sala de emergencias

Profesional de la salud	¿Por qué debo visitar a este profesional de la salud?	¿Qué tipo de servicios brinda?	¿Cuánto tiempo debo esperar?
Proveedor de Cuidado Primario (PCP) 	Un proveedor de cuidado primario conoce su historial médico. Su proveedor de cuidado primario es quien le realiza revisiones periódicas, le brinda atención urgente, le receta las medicinas o los suministros que necesita y lo deriva a un especialista cuando es necesario. Siempre que sea posible, llame a su proveedor de cuidado primario y si es necesario lo derivarán a un hospital o centro de cuidado urgente.	• Revisiones de Pasos Sanos de Texas • Vacunas • Revisión de seguimiento • Vacunas antigripales • Pruebas de embarazo • Tratamiento de padecimientos menores en la piel	Su hijo o usted podrán ser atendidos para cuidado médico de rutina dentro de las dos semanas. Con una cita programada, el tiempo de espera puede ser menor.
Centro de urgencias 	Los centros de urgencias le brindan tratamiento cuando usted sufre una lesión o enfermedad que requiere atención inmediata, pero que no es lo suficientemente seria como para que deba acudir a la sala de emergencias. También debe visitar un centro de urgencias si su médico de cabecera no está disponible.	Tratamiento de: • Dolor de oídos • Infecciones menores o comunes (por ejemplo, una faringitis) • Cortaduras menores • Esguinces o distensiones musculares • Fracturas menores • Quemaduras solares menores	Su hijo o usted deben ser atendidos dentro de las 24 horas. Los centros de atención de urgencias suelen atender fuera del horario regular de un PCP. Se puede ingresar sin cita previa, pero los tiempos de espera pueden variar.
Sala de emergencias 	Las salas de emergencias brindan tratamiento inmediato para condiciones que pueden ser mortales. Si usted presenta síntomas graves o considera que su condición puede ser mortal, deberá acudir a la sala de emergencias o llamar al 911.	Tratamiento de: • Falta de aliento • Dolor abdominal o en el pecho • Heridas grandes y abiertas • Quemaduras importantes • Lesión grave en la cabeza • Fracturas mayores • Sangrado que no se puede controlar • Agresión criminal (asalto, violación, herida de arma blanca, herida de bala) • Intoxicación o sobredosis de medicamentos o alcohol • Peligro para uno mismo o para los demás • Reacción alérgica grave o una picadura o mordedura de algún animal	Su hijo o usted deben ser atendidos las 24 horas, 7 días por semana. Sin embargo, los tiempos de espera pueden ser mayores porque los pacientes con emergencias potencialmente mortales son tratados en primer lugar.

Cómo cuidar mi salud y la de mi familia

La unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU)

Cuando se necesita atención intensa y especializada, Driscoll Health Plan está preparado para todos los riesgos. Driscoll Children's Hospital es la única Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de Nivel 4 en la región sur de Texas. Un NIVEL 4 de la NICU es una unidad de cuidados intensivos para bebés de tan solo 22 a 24 semanas de edad gestacional durante los primeros 30 días de vida. La unidad Driscoll Children's Hospital se especializa en el cuidado de recién nacidos enfermos o prematuros y ofrece una amplia variedad de cirugías neonatales. La familia Driscoll se enorgullece de ofrecer este servicio especializado a la gente del sur de Texas.

Driscoll Health Plan está aquí para ayudar con los servicios de transferencia cuando se necesita atención vital neonatal. Comuníquese con su gerente de casos de embarazo de alto riesgo al **877-222-2759** para cualquier pregunta o inquietud.

Atención de recién nacidos

¿Puedo elegir un proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca el bebé?

Sí. Llame a Servicios para Miembros y hágales saber qué Proveedor de Atención Primaria desea para su bebé.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi bebé?

Si no elige un proveedor de cuidado primario para su bebé, Driscoll Health Plan seleccionará un médico para su bebé. Si desea elegir otro proveedor de cuidado primario, llame a Servicios para Miembros. Esto no se aplica a los miembros de STAR Kids doblemente elegibles.

¿Cómo obtengo Medicaid para mi bebé recién nacido?

El hospital donde nació su bebé puede ayudarlo a solicitar Medicaid para su bebé. También puede llamar al 2-1-1 en tu teléfono móvil si necesita ayuda.

¿Cómo y cuándo debo informar a Driscoll Health Plan y a la encargada de mi caso?

Es importante que llame a Servicios para Miembros tan pronto como nazca su bebé, pues podemos ayudarlo a obtener servicios médicos para su bebé. Llame a la encargada de su caso al 2-1-1 en tu teléfono móvil o a 877-541-7905 una vez que nazca su bebé. Ellos podrán DCH responder preguntas sobre el plan Medicaid de su bebé.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Por lo menos durante 90 días después de su nacimiento, el bebé tendrá cobertura bajo el mismo plan de salud que usted. Usted puede pedir un cambio de plan de salud antes de los 90 días llamando al agente de inscripción al 800-964-2777. No puede cambiar de plan de salud mientras su bebé esté en el hospital.

Salud Preventiva o Autogestión

Educación para la salud

¿Qué clases de Educación para la Salud ofrece Driscoll Health Plan?

Nos queremos que te mantengas saludable. Driscoll Health Plan proporciona información sobre cosas tales como:

- Vacunas
- Chequeos de Pasos Sanos de Texas
- Diabetes
- Asma
- Embarazo

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Puede obtener esta información de:

- Manual del Miembro
- Paquete de Bienvenida
- Boletín de los miembros
- Sitio web de DHP
- Administradores de casos y trabajadores sociales

Los Mensajes de Texto de Educación para la Salud

DHP enviarán mensajes de texto de Educación para la Salud. Los miembros pueden darse de baja en cualquier momento. Pueden aplicarse restricciones y limitaciones. para obtener más información, llame Servicios para Miembros.

Programas Head Start

El programa Early Head Start proporciona:

- Apoyo, orientación, y capacitación para ayudar a las familias con el crecimiento de los niños.
- Un servicio de cuidado seguro y saludable para niños pequeños de hasta tres años de edad.

El Programa Head Start:

- Es para niños desde el nacimiento hasta los cinco.
- Ayuda con la enseñanza de habilidades sociales a niños de familias con bajos ingresos.
- Proporciona educación, salud, nutrición y fomenta la interacción con los padres.

Llame a Servicios a Miembros para obtener ayuda para encontrar un programa.

Pasos Sanos de Texas

¿Qué es “Pasos Sanos de Texas”?

Pasos Sanos de Texas es un programa que ofrece atención preventiva médica, conductual, y dental

para sus hijos. Los exámenes de Pasos Sanos de Texas no tienen ningún costo para usted. Estos exámenes son importantes y su hijo debe someterse a un examen dentro de los 90 días siguientes a su inscripción como miembro de Driscoll Health Plan. Aun cuando un niño parece saludable, debe realizarse un examen.

¿Qué servicios ofrece los Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas es el programa de atención médica de Medicaid para niños, adolescentes y adultos jóvenes de STAR y STAR Kids, desde el nacimiento hasta los 20 años.

Los chequeos de Pasos Sanos de Texas le brindan atención médica, conductual, y dental preventiva sin costo:

- Atención médica desde el nacimiento hasta los 20 años.
- Chequeos dentales a partir de los seis meses.
- Un administrador de casos que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtenerlos.

¿Por qué son importantes los chequeos de Pasos Sanos de Texas?

- Puede encontrar problemas de salud antes de que empeoren y son más difíciles de tratar.
- Prevenir problemas de salud que dificultan que los niños aprendan y crezcan como otros de su edad.
- Ayudan a su hijo a tener una sonrisa saludable.

Cuándo programar un chequeo:

- Usted recibirá una carta de Pasos Sanos de Texas que dice cuándo le toca un examen. Llame al doctor o dentista de su hijo para programar un examen.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- Haga la cita para la hora que le convenga más a su familia.

Si el doctor o dentista encuentra un problema de salud durante un examen, su hijo puede recibir la atención que necesita; por ejemplo:

- Exámenes de la vista y anteojos
- Pruebas de la audición y audífonos
- Servicios dentales
- Otros cuidados de la salud
- Tratamiento de otros padecimientos médicos

Llame gratis al Driscoll Health Plan Servicios para Miembros a **877-324-7543** o a Pasos Sanos de Texas al 877-847-8377 si usted:

- Tiene preguntas sobre los exámenes o sobre Pasos Sanos de Texas.
- Necesita ayuda para encontrar y recibir otros servicios.
- Necesita ayuda para encontrar a un doctor o dentista.
- Necesita ayuda para programar un examen.

Si no tiene cómo llevar a su hijo al examen, Medicaid tal vez pueda ayudar. Los niños con Medicaid y sus padres reciben transporte gratis de ida y vuelta al doctor, dentista, hospital o a la farmacia. Para programar un viaje, llame a SafeRide Health al 833-694-5881.

¿Cómo y cuándo puedo obtener exámenes médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?

Le enviaremos un recordatorio cuando deba programar una cita. Si su hijo está inscrito en un programa Head Start, debe hacerse un chequeo rutinario del niño a más tardar 45 días después de inscribirse en el programa. También podemos ayudarlo si tiene dificultades para ir a ver a su

médico. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para programar una cita.

BOLETO A LA SALUD

- Cuando esté salió después de una visita, programe la próxima visita de su hijo.
- Solicite una tarjeta de recordatorio o una llamada telefónica para que recuerde la próxima fecha de visita.
- Siempre re programe las citas canceladas el mismo día que llame para cancelar.

¿Es necesario que mi médico sea parte de Driscoll Health Plan?

Así es. Todos nuestros proveedores de cuidado primario que trabajan con niños ofrecen servicios en el programa Pasos Sanos de Texas.

Exámenes dentales de Pasos Sanos de Texas

Deberá acudir a exámenes dentales periódicos para asegurarse de que los dientes y las encías de su hijo estén saludables. Los exámenes dentales comienzan a los seis meses de edad y se realizan cada tres a seis meses a partir de entonces. Los exámenes no tienen ningún costo para usted. Necesitará su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits para el examen.

¿Necesito una derivación?

El proveedor de cuidado primario de su hijo proporciona los Pasos Sanos de Texas. Nunca se necesita una referencia para ver a su proveedor de cuidado primario.

¿Qué ocurre si tengo que cancelar una cita?

Llame al consultorio de su médico si no puede acudir a una cita. Algunos proveedores de cuidado primario solicitan a los pacientes que llamen al menos 24 horas antes de su cita para que otro paciente pueda utilizar ese espacio de tiempo.

¿Qué ocurre si estoy fuera de la ciudad y llega el momento en que mi hijo debe realizarse un examen de Pasos Sanos de Texas?

Si se encuentra fuera de la ciudad cuando su hijo tenga que acudir a un examen de Pasos Sanos de Texas, llame Servicios para Miembros para obtener ayuda.

La siguiente tabla es una lista de cuándo deberá realizarse un examen.

Programa de Exámenes Médicos y Dentales de Pasos Sanos de Texas	
1 ^{er} año	2 años en adelante
Los bebés necesitan exámenes a los: - Hasta los 5 días de nacidos 2 semanas 2 meses 4 meses 6 meses 9 meses 12 meses Los médicos revisan si los bebés están sanos y creciendo de manera normal. Los exámenes dentales comienzan a los 6 meses. El dentista colocará flúor en los dientes de su hijo. Los PCP también pueden aplicar esmalte dental.	Los niños pequeños necesitan exámenes a los: 15 meses 18 meses 2 años 2 1/2 años 3 años en adelante - en o poco después del cumpleaños de su hijo El médico revisa la audición y vista de su hijo. Su hijo necesita realizarse exámenes dentales cada 6 meses.
5 a 10 años	11 a 20 años
Los niños más grandes necesitan realizarse exámenes una vez al año. Programe las visitas el día de cumpleaños de su hijo como una manera fácil de recordarlas. El dentista puede cubrir los dientes de su hijo con selladores para evitar las caries.	Los adolescentes y adultos jóvenes necesitan exámenes una vez al año. Programe las visitas el día de cumpleaños de su hijo como una manera fácil de recordarlas. Su PCP puede hablar con su hijo sobre cómo llevar un estilo de vida saludable.

Vacunas

Las inmunizaciones son vacunas provistas por el proveedor de cuidado primario. Los bebés son quienes corren mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas como paperas y sarampión. Estas inyecciones ayudan a prevenir la transmisión de la enfermedad y protegen a los bebés y niños de complicaciones peligrosas.

Driscoll Health Plan desea ayudar a que usted y su familia se mantengan sanos. Queremos que reciban todas sus vacunas cuando deben hacerlo.

Durante el primer año, deberá llevar a su bebé al médico cada pocos meses para los exámenes de Pasos Sanos de Texas. En esas ocasiones, recibirá sus vacunas.

Driscoll Health Plan pagará sus vacunas y las de su hijo. A usted no le costarán nada.

Depende de usted programar la cita para que usted y su hijo reciban estas vacunas. Su proveedor puede ayudarlo a establecer visitas regulares para que pueda mantenerse en el camino correcto para obtener todas sus vacunas.

Es una buena idea llevar un registro de cuándo deben darse las vacunas. Guarde esos registros en un lugar seguro y llévelos con usted a cada control médico.

Las tablas de las siguientes páginas son de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), quienes de vez en cuando las actualiza. Para revisar las tablas más recientes, visite la página de Internet de los CDC en: [cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html](https://www.cdc.gov/vaccines/imz-schedules/index.html)

También puede visitar la página de Internet de Driscoll Health Plan en: driscollhealthplan.com/services/get-ready-for-baby/immunization-schedule

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

¡Su hijo o hija necesita vacunas a medida que crece!

2025: Vacunas e inmunizaciones recomendadas para los niños, desde el nacimiento hasta los 6 años

¿Desea saber más?

Escanee este código QR para saber qué vacunas podría necesitar su hijo o hija.
O visite www.cdc.gov/vaccines/tool/child.html



VACUNAS O ANTICUERPOS PREVENTIVOS	NACIMIENTO	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	19 MESES	20-23 MESES	2-3 AÑOS	4-6 AÑOS
Anticuerpos contra el VRS	Depende del estado de vacunación contra el VRS de la madre						Depende del estado de salud del niño							
Hepatitis B	Dosis 1	Dosis 2			Dosis 3									
Rotavirus			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3									
DTaP			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3				Dosis 4					Dosis 5
Hib			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3			Dosis 4						
Antineumocócica			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3			Dosis 4						
Poliomielitis			Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3								Dosis 4	
COVID-19					Al menos 1 dosis de la vacuna actual contra el COVID-19									
Influenza/gripe					Todos los años. Dos dosis para algunos niños									
MMR								Dosis 1						Dosis 2
Varicela								Dosis 1						Dosis 2
Hepatitis A								2 dosis con un intervalo de 6 meses						

CLAVE

- TODOS los niños deberían haber recibido las vacunas e inmunizaciones a esta edad.
- ALGUNOS niños deberían recibir esta dosis de la vacuna o anticuerpos preventivos a esta edad

Hable con el proveedor de atención médica de su hijo o hija para obtener más orientación si:

1. Su hijo o hija tiene alguna condición médica que aumente su riesgo de infecciones.
2. Su hijo o hija va a viajar fuera de los Estados Unidos.
3. A su hijo o hija le falta una vacuna recomendada para su edad.



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN
Llame a la línea telefónica gratuita: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
O visite: www.cdc.gov/vaccines/parents



¡Los niños más grandes y los adolescentes también necesitan vacunas!

2025: Vacunas e inmunizaciones recomendadas para los niños de 7 a 18 años

¿Desea saber más?
Escanee este código QR para saber qué vacunas podría necesitar su hijo o hija.
O visite www.cdc.gov/vaccines/tool/child.html



VACUNAS RECOMENDADAS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS
VPH												
Tdap												
Antimeningocócica ACWY												
Antimeningocócica B												
Influenza/gripe	Todos los años. Dos dosis para algunos niños											
COVID-19												
Viruela símica (mpox)												
Dengue												

CLAVE

- TODOS los niños en este grupo de edad deberían recibir la vacuna
- TODOS los niños en este grupo de edad pueden recibir la vacuna
- ALGUNOS niños en este grupo de edad deberían recibir la vacuna
- Los padres o cuidadores deberían hablar con el proveedor de atención médica para decidir si esta vacuna es adecuada para su hijo o hija

Hable con el proveedor de atención médica de su hijo o hija para obtener más orientación si:

1. Su hijo o hija tiene alguna condición médica que conlleva mayor riesgo de infecciones o si está en estado de embarazo.
2. Su hijo o hija va a viajar fuera de los Estados Unidos.
3. A su hijo o hija le falta alguna de las vacunas recomendadas para su edad, o para bebés y niños pequeños.



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN
Llame a la línea telefónica gratuita: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
O visite: www.cdc.gov/vaccines/parents



¡Usted necesita vacunas a lo largo de su vida!

2025: Vacunas e inmunizaciones recomendadas para adultos de 19 años o más

¿Desea saber más?
Escanee este código QR para saber qué vacunas podría necesitar. O visite:
www.cdc.gov/vaccines/tool/adult.html



Mantenerse **al día** con las vacunas es una de las mejores cosas que usted puede hacer para proteger su salud.

Si está en estado de embarazo o tiene una condición médica que presenta mayor riesgo de infecciones, pregunte a su proveedor de atención médica cuáles vacunas son adecuadas para usted.

CLAVE

-  TODOS los adultos en este grupo de edad deberían vacunarse.
-  ALGUNOS adultos en este grupo de edad deberían vacunarse.
-  Los adultos deberían preguntar a su proveedor de atención médica si esta vacuna es adecuada para ellos.

VACUNA	19–26 AÑOS	27–49 AÑOS	50–64 AÑOS	65+ AÑOS
COVID-19	Al menos 1 dosis de la vacuna actual contra el COVID-19			65+: Al menos 2 dosis
Influenza/gripe	Cada año			
VRS (Virus respiratorio sincitial)	Si está en estado de embarazo durante la temporada del VRS		Si tiene entre 60 y 74 años	Si tiene 75 años o más
Tdap o Td	Tdap en cada embarazo. Td/Tdap cada 10 años para todos los adultos.			
MMR	Si tiene 68 años o menos			
Varicela	Si nació en los EE.UU y tiene 43 años o menos			
Culebrilla				
VPH		27 a 45 años		
Antineumocócica				
Hepatitis A				
Hepatitis B	Hasta los 59 años			
Antimeningocócica				
Hib				
Víruela símica (mpox)				



PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN
Llame a la línea telefónica gratuita: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
O visite: www.cdc.gov/vaccines/adults



Salud de la mujer

¿Qué pasa si necesito atención de obstetricia y ginecología (OB/GYN)?

Atención Miembros Femeninos: Driscoll Health Plan le permite escoger a un ginecoobstetra, pero este doctor tiene que estar en la misma red que su proveedor de cuidado primario.

Un ginecoobstetra le puede brindar:

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

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?

Usted tiene derecho a elegir un ginecoobstetra sin una remisión de su proveedor de atención primaria.

¿Cómo elijo a un ginecólogo/obstetra?

Para elegir un ginecoobstetra, llame a Servicios para Miembros. También puede solicitar que su ginecoobstetra sea su proveedor de cuidado primario. Llame a Servicios para Miembros si desea que su ginecoobstetra sea su proveedor de cuidado primario.

Si no elijo a un ginecólogo/obstetra, ¿tengo acceso directo?

Puede tener acceso directo a un ginecoobstetra. Si está embarazada, Driscoll Health Plan le sugiere que elija a un ginecoobstetra, quien puede ayudarlos a usted y a su bebé durante el embarazo.

¿Necesito una derivación?

No. No necesita una derivación de su proveedor de cuidado primario para consultar a un ginecoobstetra.

¿Qué tan pronto puedo ser atendido después de contactar a mi obstetra/ginecólogo para solicitar una cita?

Seguramente podrá obtener una cita en el transcurso de las dos semanas siguientes a su solicitud.

¿Puedo seguir con mi obstetra/ginecólogo si no está con Driscoll Health Plan?

Si tiene por lo menos seis meses de embarazo, podrá seguir viendo al mismo ginecoobstetra incluso si el médico deja de formar parte de Driscoll Health Plan. Para más información, llame al Servicios para Miembros.

Exámenes y revisiones

Driscoll Health Plan le ofrece exámenes y pruebas de rutina. Es posible que Medicaid no brinde algunos servicios. El Programa Healthy Texas Women puede ayudarle a complementar ciertas necesidades femeninas. Para obtener más información, visite:

healthytexaswomen.org/es

Mamografías

Una mamografía es una radiografía de las mamas que permite detectar el cáncer de mama. El examen ayuda a disminuir la cantidad de casos de cáncer y aumentar los índices de supervivencia. Una mamografía puede detectar el cáncer de mama incluso antes de que se presenten los síntomas.

La Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda realizarse mamografías anuales a partir de los 40 años. Las mujeres de 20 a 30 años deben realizarse un examen clínico de las mamas cada tres años. Es posible que algunas mujeres deban realizarse pruebas desde antes si hay antecedentes familiares o a otros factores de riesgo.

Planificación familiar

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

Los servicios de planificación familiar (como métodos anticonceptivos y el asesoramiento correspondiente) son muy privados. Puede realizar una visita al año, recibir orientación y someterse a pruebas anuales. También puede recibir medicamentos y suministros para prevenir el embarazo. Pregúntele a su proveedor de cuidado primario si ofrece servicios de planificación familiar, como anticonceptivos. Si no se siente cómodo(a) hablando con su proveedor de cuidado primario, llame a Servicios para Miembros o su Coordinador de Servicios. Puede acudir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte Medicaid.

¿Necesito una derivación para esto?

No es necesario que solicite una derivación a su proveedor de cuidado primario para recibir servicios o suministros para la planificación familiar.

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

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en: healthytexaswomen.org/family-planning-program

Para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar llamar a Driscoll Health Plan al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674**.

Atención para mujeres embarazadas

¿Qué ocurre si estoy embarazada?

Es muy importante que llame a Driscoll Health Plan para informarnos que está embarazada y qué médico ha elegido para atenderla.

¿A quién debo llamar?

Llame a Servicios para Miembros si está embarazada. Es muy importante que de inmediato comience a recibir atención prenatal.

Cuidado durante el embarazo

Hay muchas cosas que puede hacer para tener un embarazo saludable y un bebé sano, algunas de las cuales son:

- Asista a una visita prenatal 42 días después de unirse a Driscoll Health Plan o durante el primer trimestre (durante los primeros tres meses de su embarazo).
- Hable con su proveedor sobre su historial de embarazos.
- No fume, no beba alcohol, ni abuse de los medicamentos con receta.
- Tome vitaminas prenatales.
- Coma sano.
- Cuide bien sus dientes y acuda a sus exámenes dentales periódicos.

Administración de Casos para Mujeres Embarazadas

Administración de Casos para Mujeres Embarazadas ofrece servicios a mujeres de todas las edades con un embarazo de alto riesgo. Nuestras enfermeras la ayudarán con cualquier servicio médico, social o educativo que pudiera necesitar. Una enfermera administradora de casos:

- Se comunicará con usted por teléfono o correo postal.
- La ayudará a encontrar un ginecoobstetra.
- Evaluará sus necesidades de atención médica.
- Le brindará información sobre el embarazo.
- La ayudará a coordinar visitas por sus necesidades especiales y su transporte.

Llame al Departamento de Administración de Casos de Driscoll Health Plan, al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675** si tiene dudas o necesita ayuda.

Otros servicios del Driscoll Health Plan y educación para miembros embarazadas

Get Ready for Baby -Baby Showers

Driscoll Health Plan quiere ayudarla a evitar que su bebé nazca antes de tiempo. Cada mes organizamos baby showers. Puede inscribirse en una clase programada. Las clases pueden estar disponibles en ubicaciones seleccionadas, en persona o virtuales. En ellos le enseñaremos diversos temas:

- Comida saludable y lactancia.
- Cómo el tabaco, el alcohol y las drogas pueden afectarla a usted y a su bebé.
- Qué debe observar si tiene problemas durante su embarazo.
- Los siete signos de un parto prematuro y cuándo pedir ayuda.
- Qué puede esperar durante el parto.

El Programa Get Ready for Baby también ofrece:

- Orientación nutricional (sin costo)
- Consultoría de lactancia (sin costo)

Para obtener una lista de nuestros baby showers y clases de crianza, visite:

driscollhealthplan.com/services/get-ready-for-baby/baby-showers/

Virus del Zika

¿Qué es el virus del Zika?

El virus del Zika se contagia principalmente a través de la picadura de un mosquito infectado. Puede transmitirse de una madre embarazada a su hijo y por contacto sexual con una pareja masculina infectada.

¿Dónde se encuentra el virus del Zika?

Hay brotes del virus del Zika en muchos países. Dentro de los Estados Unidos, el Zika puede estar presente en los condados de sur de Texas.

¿Quién está en riesgo?

Durante el embarazo, el virus de Zika puede provocar defectos de nacimiento, incluso una condición cerebral poco frecuente en que la cabeza del bebé es más pequeña que lo normal.

¿Cuáles son los síntomas?

Los síntomas son parecidos a los de la gripe. En general, la enfermedad asociada con el Zika es leve y los síntomas duran de varios días a una semana. Los síntomas más comunes del Zika son fiebre, sarpullido, dolor de articulaciones y conjuntivitis.

Por el momento, todas las mujeres embarazadas deben hacerse una prueba durante el embarazo. Si tiene dudas, consulte a su obstetra o médico de cuidado primario.

¿Cómo puedo protegerme del virus del Zika?

Actualmente, no existe una vacuna para prevenir el virus del Zika, pero sí hay formas de protegerse. Todas las mujeres embarazadas deben aplicarse aerosoles o lociones repelentes de mosquitos durante el embarazo. Estos aerosoles o lociones repelentes de mosquitos son seguros cuando se aplican correctamente y también son seguros para el bebé por nacer. Siempre lea las instrucciones en la etiqueta antes de usarlos. También puede ayudar usar prendas de vestir que protejan la piel. Además, como el virus puede transmitirse sexualmente, también se recomienda a todas las mujeres embarazadas que residen en las áreas afectadas que hagan a sus parejas usar condones.

¿Cómo puedo obtener spray/loción para mosquitos?

Puede obtener aerosol/loción para mosquitos sin costo alguno para usted. Obtenga una receta de su médico. Luego, lleve esa receta a su farmacia y le darán el repelente de mosquitos. Para obtener más información, visite:

hhs.texas.gov/es/servicios/salud/prevencion/beneficios-de-medicaid-para-repelentes-de-mosquitos

Extractor de leche

¿Por qué necesita un extractor de leche?

- Su bebé es prematuro y no puede succionar.
- Su bebé tiene varios problemas para alimentarse.
- Para mantener o aumentar la producción de leche.
- Usted y su bebé están separados.
- Usted tuvo más de un bebé.
- Por otros motivos aprobados por el Driscoll Health Plan.

¿Cómo consigo un extractor de leche?

No requiere aprobación si:

- Su médico le da una receta para un extractor de leche manual o eléctrico que cueste \$300 o menos.
- Puede obtener una receta después del nacimiento de su bebé hasta 12 meses después del parto.

Se requiere aprobación si:

- Su médico le da una receta para un extractor de leche eléctrico o de calidad hospitalaria que cueste más de \$300.
- Usted recibió más de un extractor de leche por embarazo o en el transcurso de tres años, lo que sea mayor.

- Su médico deberá obtener la aprobación de Driscoll Health Plan.

¿Dónde puedo conseguir un extractor de leche?

Driscoll Health Plan cubre los extractores de leche con una receta de su médico. Puede obtener un extractor de leche de:

- aeroflowbreastpumps.com
- breastpumpdepot.com
- Farmacia de la red de Driscoll Health Plan
- Proveedor de equipos médicos duraderos

Para encontrar una farmacia o un proveedor participante, visite driscollhealthplan.com o llame a Servicios para miembros para obtener ayuda.

Ayuda después del embarazo

Extensión de la cobertura de Medicaid posparto

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) ha ampliado su cobertura de Medicaid posparto de dos a 12 meses para mujeres elegibles, a partir del 1 de marzo de 2024.

¿Quién es elegible para la cobertura posparto extendida?

- Las beneficiarias de Medicaid que quedan o están embarazadas, y las mujeres que se inscriben luego de quedar embarazadas.
- Las beneficiarias de Medicaid que se inscribieron estando embarazadas, o que ya no lo están pero que aún se encuentran dentro del período de posparto de 12 meses.
- Las mujeres que cambiaron de Medicaid a Healthy Texas Women (HTW) después de finalizar su embarazo y que se encuentran dentro del período de posparto de 12 meses, serán reincorporadas a Medicaid de cobertura completa.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- Las mujeres que recibieron servicios durante su embarazo en Texas y que habrían estado cubiertas por Medicaid, pero que solicitan Medicaid una vez finalizado el embarazo.

Las solicitantes de Medicaid con facturas médicas impagas pueden solicitar cobertura hasta los tres meses anteriores al mes de su solicitud.

¿Necesito volver a presentar una solicitud para obtener la cobertura posparto extendida?

Si es miembro de Medicaid, no necesitan solicitar una extensión de su cobertura. Recibirá un aviso por correo o a través de su cuenta Your Texas Benefits.

Su cobertura se restablecerá por el resto del período de posparto de 12 meses si no es miembro actual de Medicaid. También debe haber estado inscrita en Texas Medicaid mientras estaba embarazada, estar dentro de su período de posparto de 12 meses y ser residente de Texas.

¿Qué otros servicios cubiertos por Medicaid puedo obtener durante el período posparto extendido?

Estos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Controles médicos regulares.
- Medicamentos recetados y vacunas.
- Atención y servicios en el hospital.
- Radiografías y análisis de laboratorio.
- Cuidado de la vista y la audición.
- Acceso a especialistas médicos y atención de la salud mental.
- Tratamiento de necesidades especiales de salud y condiciones preexistentes.

¿Existe alguna razón por la que es posible que no tenga cobertura durante el período posparto extendido?

Es posible que no esté cubierto si:

- Se retiren voluntariamente
- Se muden fuera de Texas

- Se determine que no son elegibles debido a fraude, abuso o falsedad
- Fallezcan

Para obtener más información sobre la cobertura extendida posparto, visite el sitio web de HHS hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-programs-services/medicaid-pregnant-women-chip-perinatal o llame al 2-1-1 y elija la opción 2.

Visita posparto

¿Cuándo debes tener una visita posparto?

Es importante que usted se cuide incluso después de que nazca su bebé. Llame a su médico para programar su chequeo posparto lo antes posible. Su chequeo debe completarse dentro de los 7 a 84 días posteriores al nacimiento de su bebé.

Durante su visita posparto, podría hablar con su médico sobre:

- Tus sentimientos
- Salud de los senos
- Pérdida de peso
- Ejercicio
- Señales de advertencia materna que puedes tener durante el período posparto

Algunas mujeres pueden experimentar complicaciones relacionadas con el embarazo hasta un año después del embarazo. Estas complicaciones pueden poner en peligro la vida si no se identifican y tratan a tiempo.

La campaña Hear Her proporciona información sobre afecciones comunes que pueden aumentar los riesgos para la salud materna. Para obtener más información, visite cdc.gov/hearher/index.html

Educación posparto

Luego del parto, ofrecemos a las nuevas mamás una visita a casa y una clase sobre crianza, durante las cuales aprenderá sobre:

- La importancia de realizarse un examen posparto
- Las revisiones del recién nacido
- El cuidado básico del recién nacido
- Vacunas
- Consejos de seguridad

¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (si ya no tengo cobertura de Medicaid)?

Una vez que su bebé nazca, es posible que usted pierda la cobertura de Medicaid, pero es posible que pueda recibir algunos servicios médicos a través del Programa Healthy Texas Women y del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS). Estos servicios se brindan a las mujeres que los solicitan y son aprobadas.

Otros Programas de Cuidados Preventivos

Programa de Atención Médica Primaria del DSHS

El Programa de Servicios de Atención Primaria de Salud del DSHS ayuda a mujeres, niños y hombres a obtener servicios de atención primaria de salud. Los residentes de Texas pueden obtener estos servicios si no pueden obtener otros programas o beneficios que brinden los mismos servicios. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos de una persona deben estar en o por debajo de los límites de ingresos del programa (200 por ciento de la guía federal de pobreza). Una persona aprobada para los servicios puede tener que pagar un copago, pero nadie es rechazado por los servicios debido a la falta de dinero.

La atención médica primaria se enfoca en la prevención de enfermedades, la detección temprana y la detección e intervención temprana de problemas de salud. Los servicios principales que se prestan son:

- Educación para la salud
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Diagnóstico y tratamiento
- Pruebas de diagnóstico, incluyendo radiografías y servicios de laboratorio
- Servicios de salud preventiva, incluidas las vacunas (inmunizaciones)

Las solicitudes y los formularios de elegibilidad están disponibles en las clínicas o hable con el personal por teléfono o en persona para determinar si califica para los servicios. En ciertos casos, los servicios están disponibles el mismo día de su solicitud.

Busque proveedores de atención primaria de salud en línea en 211texas.org o llame al 2-1-1 y pregunte por el proveedor más cercano.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de Atención Primaria de Salud, llame por correo electrónico o visite el sitio web del programa en:

Número gratuito: 877-541-7905 or 2-1-1

Correo electrónico:

PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

Sitio web:

hhs.texas.gov/es/servicios/salud/programa-de-servicios-de-atencion-medica-primaria

Programa Healthy Texas Women

Healthy Texas Women (HTW) ofrece servicios desde exámenes anuales y planificación familiar hasta exámenes y tratamientos de enfermedades.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- HTW brinda servicios de salud y planificación familiar a mujeres de 18 a 44 años sin costo alguno.
- HTW también brinda servicios a mujeres entre 15 y 17 años de edad y que tienen un padre o tutor legal que solicita, renueva e informa cambios en su caso en su nombre.
- El Programa de Planificación Familiar brinda planificación familiar y atención médica reproductiva a mujeres y hombres elegibles de 64 años o menos a bajo costo o sin costo alguno.
- Los servicios de cáncer de mama y de cuello uterino también pueden estar disponibles para ayudar a las mujeres a obtener exámenes de detección de cáncer y servicios de salud.

El programa Healthy Texas Women ahora ofrece a sus miembros inscritas un paquete mejorado de servicios posparto llamado HTW Plus. Para calificar para los beneficios de HTW Plus, las clientas de HTW deben haber estado embarazadas en los últimos 12 meses. Los servicios de HTW Plus se centran en el tratamiento de afecciones importantes que contribuyen a la morbilidad y mortalidad materna en Texas, incluyendo:

- Depresión posparto y otras afecciones de salud mental (los servicios incluyen psicoterapia individual, familiar y grupal, y servicios de especialistas de pares).
- Afecciones cardiovasculares y coronarias (los servicios incluyen estudios de imagen, control de la presión arterial y medicamentos anticoagulantes, antiplaquetarios y antihipertensivos).
- Trastornos por consumo de sustancias, incluido el abuso de drogas, alcohol y

tabaco (los servicios incluyen evaluaciones, intervenciones breves, derivaciones a tratamiento, asesoramiento ambulatorio sobre consumo de sustancias, servicios para dejar de fumar, tratamiento con asistencia farmacológica y servicios de especialistas de pares).

Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través del Programa Healthy Texas Women, escriba, llame o visite la página de Internet del programa:

Healthy Texas Women Program

P.O. Box 149021

Austin, TX 78714-9021

Número gratuito: 866-993-9972

Número de fax: 866-993-9971

Sitio web: healthytexaswomen.org/es

Coordinación de servicios

¿Qué es la coordinación de servicios?

La coordinación de servicios le ayuda a obtener los servicios cubiertos que necesita. Este beneficio está disponible para usted sin costo. Su Coordinador de Servicios trabajará con usted, su familia y sus proveedores para crear un Plan de Servicios Individual.

¿Cómo puede ayudarme un Coordinador de Servicios?

Un Coordinador de Servicios evaluará sus necesidades de atención médica. Una vez que prepare un plan de atención, el Coordinador de Servicios supervisará su progreso hacia sus metas de atención de la salud. El Coordinador le ayudará a:

- Organizar servicios
- Programar citas con el médico
- Organizar el transporte
- Identificar recursos

- Apoyar a cuidadores

¿Cómo me comunico con un Coordinador de Servicios?

Si desea hablar con un Coordinador de Servicios, llame a la línea de Coordinación de Servicios del Driscoll Health Plan, al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**. Juntos lograremos una vida más saludable.

Plan de Servicios Individual (ISP)

Su Coordinador de Servicios trabajará con usted para preparar un Plan de Servicios Individual anualmente. El ISP puede actualizarse según sea necesario. Esto nos ayudará a identificar el apoyo y los servicios que usted necesita y desea. Su ISP también está disponible para su visualización en el Portal de Miembros.

Planificación de transición

¿Qué es la planificación de la transición?

La planificación de transición ayuda a los adultos jóvenes a prepararse para cambios en los beneficios y los servicios. Estos cambios ocurrirán a partir de su 21 cumpleaños. Un Coordinador de Servicios trabajará con un Especialista en Transiciones para asegurarse de que sus beneficios y servicios continúen a medida que usted deja STAR Kids y ingresa a STAR+Plus, un programa de exención, o es referido a otros recursos disponibles para usted en la comunidad.

¿Qué es un Especialista en Transiciones?

El Especialista en Transiciones creará un plan en el que participarán todas las personas que intervienen en su cuidado. Este plan le ayudará a prepararse para la transición desde los servicios de STAR Kids. El especialista comenzará a trabajar con el paciente desde los 15 años, estableciendo metas de transición y localizando recursos como:

- Hablar sobre cambios en los beneficios
- Encontrar proveedores de cuidado de la salud para adultos
- Encontrar servicios comunitarios y otros tipos de apoyos
- Brindar educación en salud y bienestar
- Hablar sobre la tutela y sus alternativas

¿Cómo puedo hablar con un especialista en transición?

Para hablar con un Especialista en Transiciones, llame a Coordinación de Servicios al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

Manejo de enfermedades

¿Qué es el manejo de enfermedades?

Driscoll Health Plan tiene un programa para miembros con asma o diabetes. El programa ayudará a usted y su familia a comprender y manejar su enfermedad. Nuestro objetivo es que usted mejore su salud. Su Coordinador de Servicios lo llamará para explicarle el programa y hará una cita con usted para evaluar su asma o su diabetes. El Coordinador de Servicios trabajará con usted y su médico para crear un plan.

Para obtener más información, llame al Driscoll Health Plan Disease Management al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

Miembros con necesidades médicas especiales (MSHCN)

Driscoll Health Plan identifica a los miembros con necesidades especiales médicas. Esto incluye a miembros con discapacidades, condiciones médicas crónicas y problemas crónicos de salud conductual.

A los miembros se les ofrecen servicios de coordinación. La coordinación de servicios trabaja con las familias y sus proveedores de cuidado de la salud para crear un plan de atención médica. Este plan incluye cuidado primario, cuidado preventivo y otros servicios de atención de la salud que un miembro pueda necesitar.

Para más información, llame a Coordinación de Servicios de Driscoll Health Plan al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

¿Qué es la Intervención de Primera Infancia (ECI)?

ECI es un programa para niños, desde el nacimiento hasta los tres años, que tienen discapacidades, retrasos en el desarrollo, sospecha de retrasos o riesgo de tener retrasos. ECI también trabaja con bebés que pueden haber fallado en el examen de audición o de la vista para garantizar que eviten retrasos en el desarrollo del niño. ECI proporciona evaluaciones sin costo alguno. ECI ayudará a los niños a obtener los servicios necesarios, como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla e intervención del comportamiento. Los servicios de ECI terminan en el tercer cumpleaños de su hijo, pero algunos niños se van antes de cumplir los 3 años. ECI también ofrece servicios de transición cuando el niño cumple 3 años.

El Departamento de Coordinación de Servicios de Driscoll Health Plan coordinará con los Programas de ECI locales la creación de un plan para su hijo.

¿Necesito una derivación?

Usted puede derivarse sin ayuda y no necesita una derivación de un proveedor de cuidado primario.

¿Dónde puedo encontrar a un proveedor de ECI?

Puede llamar al Departamento de Coordinación de Servicios, al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675** si necesita ayuda para localizar un proveedor de ECI.

Asistencia para la Adopción y Ayuda para el Cuidado de Permanencia

¿Qué es la Asistencia para la Adopción (AA)?

La Asistencia para la Adopción es un programa que brinda ayuda a ciertos niños que son adoptados de hogares de crianza.

¿Quién puede recibir Asistencia para la Adopción?

Para recibir AA, el niño debe cumplir con la definición de niño con necesidades especiales en el momento en que se firma el acuerdo de colocación en adopción.

La AA extendida es para personas que tienen un hijo con necesidades especiales mayor de 18 años. El objetivo de este programa es ayudar al niño en su transición hacia la adultez. Esto puede incluir servicios de exención para adultos a través de programas tales como CLASS (servicios de apoyo y asistencia para vivir en la comunidad) o HCS (servicios en el hogar y la comunidad).

¿Qué beneficios se ofrecen con el Programa AA?

- Cobertura de salud de Medicaid para el niño.
- Pagos mensuales del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS), para ayudar a cubrir las necesidades del niño.
- Un reembolso único del DFPS por algunos gastos legales que derivan de la adopción de un niño.

¿Qué es la Ayuda para el Cuidado de Permanencia (PCA)?

El programa de Ayuda para el Cuidado de Permanencia ofrece apoyo financiero a los cuidadores familiares que desean brindar un hogar permanente a los niños que no pueden reunirse con sus padres.

¿Quién puede recibir Ayuda para el Cuidado de Permanente?

- Toda persona que tenga la tutela de un niño y actúe como padre de crianza del niño durante seis meses consecutivos.
- La PCA extendida es para personas que tienen un hijo con necesidades especiales mayor de 18 años.

¿Qué beneficios se ofrecen a través de la PCA?

- Cobertura de salud de Medicaid para el niño que vive con usted.
- Asistencia mensual en efectivo hasta el día en que el niño cumple 18 años.
- Un reembolso por única vez del DFPS por algunos gastos legales que derivan de ser el curador de un niño.

¿Dónde puedo solicitar ayuda?

Para obtener más información sobre la Asistencia para la Adopción o la Ayuda para el Cuidado de Permanencia, llame a:

- Línea directa del Departamento de Servicios Familiares y de Protección, 800-233-3405
- Servicios de Salud y Humanos, 877-782-6440, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- O bien visite el sitio web hhs.texas.gov/AAPCA

¿Qué debo hacer para cambiar mi dirección o mi teléfono?

El padre o madre adoptivo o el encargado de la asistencia de cuidado de permanencia deberán comunicarse o ser referidos al especialista regional en elegibilidad para asistencia de adopción (AAES) asignado a su caso por el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas. Si el padre, madre o cuidador no saben quién es su especialista de elegibilidad asignado, pueden averiguarlo comunicándose con la línea directa del DFPS, 800-233-3405. El AAES podrá ayudarles con el cambio de dirección.

Administración de casos

Administración de casos de trabajadores agrícolas e hijos de trabajadores agrícolas migratorios

Los hijos de trabajadores agrícolas migratorios tienen necesidades especiales de cuidado de la salud. Nuestros coordinadores de servicio pueden ayudarle a programar chequeos antes de la fecha límite. El personal le llamará para asegurarse de que los chequeos, exámenes físicos y vacunas estén al día. También pueden ayudarle a encontrar un médico en el lugar donde usted vaya a viajar. Para obtener ayuda con la administración de vacunas o para renovar recetas antes de viajar a otra área, llame al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

¿Qué debo hacer si soy un trabajador agrícola migratorio?

Si piensa salir de la región, puede recibir su examen más pronto. Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda para programar una visita con su médico.

Administración de Casos de Salud Conductual

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

Usted recibirá los siguientes servicios de salud mental como parte del paquete de beneficios de atención médica controlada:

- Administración de casos específicos
- Servicios de rehabilitación de salud mental

Servicios incluidos en la rehabilitación de salud mental:

- Intervención en casos de crisis
- Capacitación y apoyo farmacológico
- Rehabilitación psicosocial
- Capacitación y desarrollo de habilidades
- Programas diarios para necesidades agudas

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame al Departamento de Coordinación de Servicios, al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

Administración de Casos para Niños y Mujeres Embarazadas

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

¿Necesita ayuda para encontrar y obtener servicios? Es posible que pueda obtener un administrador de casos para que lo ayude.

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

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

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

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos se reunirá con usted y entonces:

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

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los administradores de casos pueden ayudarle a:

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

¿Cómo puede usted obtener un administrador de casos?

Llame a Driscoll Health Plan para obtener más información o llame gratis al programa Pasos Sanos de Texas al 877-847-8377, de lunes-viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

- Driscoll Health Plan Coordinación de Servicios de **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**
- Para saber más, vaya a: driscollhealthplan.com

Salud Conductual

¿Cómo consigo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) trastorno?

Usted puede recibir ayuda para sus problemas de salud mental y consumo de sustancias. Si necesita ayuda, llame a la Línea de Salud Mental al número gratuito, para **Nueces SA: 833-532-0209** o **Hidalgo SA: 833-532-0219**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usted podría elegir un proveedor dentro de nuestra Red de Salud

Conductual. Si decide ver a puede requerir una autorización previa antes de que vean a su proveedor que no está en la red DHP el proveedor. Estos servicios son privados, salud conductual por lo que no necesita un proveedor de cuidado primario para recibirlos.

Los proveedores pueden llamar al **877-324-3627** para averiguar si están contratados bajo el Programa intensivo de pacientes ambulatorios.

Si usted tiene una emergencia relacionada con problemas de salud mental o consumo de sustancias, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al **911** para pedir una ambulancia.

Servicios de Salud Mental

¿Cómo obtengo servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos específicos de salud mental?

Para ayuda, llame al Departamento de Coordinación de Servicios al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

Servicios contra Consumo de Sustancias

¿Cómo obtengo servicios de abuso de sustancias?

Si necesita recibir servicios contra consumo de sustancias, llame a la Línea de Salud Mental al número gratuito, para **Nueces: 833-532-0209** o **Hidalgo: 833-532-0219**. También puede llamar al Departamento de Coordinación de Servicios a **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675** si necesita ayuda.

¿Necesito una derivación para esto?

Usted puede acudir a un proveedor de Driscoll Health Plan sin una derivación de su proveedor de cuidado primario.

La Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en las Adicciones

Driscoll Health Plan sigue todas las leyes y regulaciones para la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en las Adicciones. Protege contra el trato injusto y desigual con respecto a los beneficios proporcionados por nuestro plan.

¿Qué es la paridad de salud mental?

La paridad de salud mental significa que usted debe recibir el mismo nivel de atención de salud conductual que para la atención médica.

Servicios Especiales

Servicios de interpretación

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

Sí. El consultorio de su médico coordinará con un intérprete para ayudarle durante su visita.

¿A quién puedo llamar si necesito un intérprete?

Llame al consultorio de su médico para recibir ayuda.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Los servicios de interpretación prestados por teléfono no requieren notificación anticipada.

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

El intérprete que el consultorio de su médico le asigne a usted puede ser una persona que acuda al consultorio. Comuníquese con su médico al menos 48 horas antes para hacer los arreglos correspondientes.

Servicios de transporte médico no de emergencia (NEMT) – SafeRide Health

¿Quién es SafeRide Health?

SafeRide Health proporciona transporte a visitas de atención médica que no son de emergencia para miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen transporte al médico, dentista, farmacia, hospital, y otros lugares donde recibe servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen viajes en ambulancia.

¿Qué servicios ofrece SafeRide Health?

- Pases o boletos para transporte como el transporte público dentro y entre ciudades o estados, en tren o autobús, incluidos en ciertas circunstancias.
- Servicios de transporte aéreo comercial.
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, que es el transporte de acera a acera en autobuses privados, camionetas o sedanes, incluidas camionetas con acceso para sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso de millas para un participante de transporte individual (ITP) al servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo de las comidas asociadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria por las comidas es de \$25 por día para el miembro y \$25 por día para un asistente autorizado.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo del alojamiento asociado con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a la

pernoctación y no incluyen las comodidades utilizadas durante su estadía, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.

- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios autorizados de NEMT.

Si necesita un asistente para viajar a su visita con usted, SafeRide Health cubrirá los costos de transporte de su asistente.

Los niños de 14 años o menos deben estar acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado.

Los niños de 15 a 17 años deben estar acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado o tener el consentimiento de un padre, tutor u otro adulto autorizado en el archivo para viajar solos. No se requiere el consentimiento de los padres si el servicio de atención médica es de naturaleza confidencial.

¿Cómo conseguir un viaje?

Driscoll Health Plan le proporcionará información sobre cómo solicitar transporte a través de SafeRide Health.

¿A quién llamo para que me lleve a una cita médica?

Llame a SafeRide Health para conocer el horario y recójalo en 833-694-5881 o visite el SafeRide Health portal para miembros en:

driscollhealthplan.member.saferidehealth.com/login

¿Con cuánta anticipación debo llamar para solicitar transporte?

Debe solicitar los Servicios NEMT lo antes posible y al menos dos días hábiles antes de necesitar el servicio NEMT. En ciertas circunstancias, puede

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

solicitar el servicio NEMT con menos aviso. Estas circunstancias incluyen ser recogido después de ser dado de alta de un hospital; viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y viajes por condiciones urgentes. Una afección urgente es una afección de salud que no es una emergencia, pero es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento en un plazo de 24 horas.

Debe notificar a SafeRide Health antes del viaje aprobado y programado si se cancela su programa médico.

¿Dónde está mi viaje?

Llame a SafeRide Health para verificar el estado de su viaje en: 833-694-5881

¿Puede alguna persona conocida llevarme a mi cita y recibir un pago por el millaje?

Sí, el millaje se reembolsará a un participante de transporte individual (ITP) por un viaje completo verificado a un servicio de atención médica cubierto. La ITP puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino.

Llame al 833-694-5881 para obtener más información.

Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios de cuidado agudo/atención de la salud?

Los beneficios de cuidado agudo son los servicios disponibles cuando usted está enfermo o para evitar que se enferme. Incluyen beneficios como exámenes de laboratorio, hospitales y especialistas. Si usted tiene Medicare y Medicaid, sus beneficios de cuidado agudo serán cubiertos por Medicare. Sus beneficios de atención de la salud son los mismos que sus beneficios de cuidado agudo. La tabla

incluye, algunos servicios, pero no se limita a los servicios enumerados.

Beneficios de cuidado agudo/beneficios de atención de la salud

- Atención para ayudar a los miembros a mantenerse sanos
- Atención médica necesaria para niños
- Vacunas para niños menores de 21 años
- Un examen de Pasos Sanos de Texas para los miembros menores de 21 años
- Servicios de laboratorio
- Servicios de radiología
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Medicamentos con receta
- Exámenes de ojos y anteojos
- Visitas al médico de los oídos y audífonos
- Atención prenatal
- Servicios en centros de maternidad
- Servicios de especialistas
- Atención hospitalaria
- Atención de emergencia las 24 horas en una sala de emergencias
- Servicios de ambulancia, si son necesarios
- Servicios de atención médica en casa
- Servicios de salud conductual
- Ayuda con consumo de sustancias
- Enfermería privada
- Servicios de cuidado personal
- Enfermería especializada para salud en el hogar
- Intervención en la primera infancia (ECI)
- Diálisis por problemas renales
- Trasplante de órganos/tejidos
- Equipos y suministros médicos duraderos
- Servicios quiroprácticos
- Diagnóstico y tratamiento del cáncer
- Procedimientos de mastectomía y reconstrucción
- Servicios de podiatría
- Tratamiento dental con flúor

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su proveedor de cuidado primario trabajará con usted para asegurarse de que reciba los servicios que necesita.

¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?

Puede haber límites para estos servicios. Si desea más información, llame a Coordinación de Servicios al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

Servicios dentales

¿Qué servicios dentales cubre el Driscoll Health Plan para los niños?

Driscoll Health Plan cubre los servicios dentales de emergencia que su hijo reciba en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, incluyendo, pero no limitado a, pago por lo siguiente:

- Tratamiento para luxación mandibular.
- Tratamiento para traumatismo de los dientes y estructuras de soporte.
- Remoción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.

Driscoll Health Plan cubre hospital, médicos y servicios médicos relacionados con las condiciones descritas. Esto incluye servicios provistos por el doctor y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia y otros medicamentos.

Driscoll Health Plan también es responsable de pagar por el tratamiento y otros dispositivos para anomalías craneofaciales.

El plan dental de Medicaid de su hijo ofrece todos los otros servicios dentales, incluyendo, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales.

Llame al plan dental del niño para aprender más sobre los servicios dentales que ofrecen.

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

Servicios para la vista

¿Cómo obtengo servicios para la vista?

Si necesita un examen de la vista o anteojos, llame a Envolve, para Nueces: 844-305-8300 o Hidalgo: 844-725-6410. No necesita una derivación de su proveedor de cuidado primario para los exámenes de la vista de rutina realizados por un oftalmólogo u optometrista de la red de proveedores de Envolve.

¿Cuándo debo recibir atención ocular de rutina?

- Debe hacerse un examen una vez cada 12 meses.
- Las gafas se pueden reemplazar cada 2 años.

Farmacia y recetas

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Driscoll Health Plan cubre la mayoría de los medicamentos recetados. Para más información, llame al Servicios para Miembros.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. Su doctor escribirá una receta para que pueda llevarla a la farmacia, o su doctor puede enviar la receta por usted.

¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?

Para encontrar una farmacia de la red, consulte la lista de la red de farmacias en driscollhealthplan.com. Comuníquese a Servicios para Miembros si necesita ayuda.

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

La farmacia puede llamar a la línea de ayuda farmacéutica. El número se encuentra al reverso de su tarjeta de ID. Ellos le ayudarán a encontrar una farmacia de la red.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Deberá llevar consigo su tarjeta de ID de Medicaid de Your Texas Benefits o su tarjeta de ID de Driscoll Health Plan.

¿Qué ocurre si necesito que me envíen los medicamentos?

Por favor llame a Servicios para Miembros al si necesita que sus medicamentos sean entregados en su hogar. Le daremos el número de una farmacia que se los llevará a su casa. No hay ningún cargo por este servicio a domicilio.

¿A quién debo llamar si no puedo obtener mis medicamentos?

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene problemas para obtener medicamentos.

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para tres-días.

Llame a Driscoll Health Plan al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

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

El centro de enfermería le proporcionará todos sus medicamentos. Si necesita ayuda adicional, llame a su Coordinador de Servicios.

¿Qué ocurre si pierdo mis medicamentos?

Debe mantener sus medicamentos en un lugar seguro. Si pierde sus medicamentos, llame a Servicios para Miembros. Trabajaremos con su médico y farmacia para ayudarlo a obtener un reemplazo.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

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

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

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

Para más información, llame al Servicios para Miembros de Driscoll Health Plan.

¿Cómo puedo obtener una lista de los medicamentos cubiertos en mis beneficios?

Puede encontrar una lista actualizada de medicamentos cubiertos en: txvendordrug.com/formulary

También puede llamar a Servicios para Miembros si necesita ayuda.

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

Ciertos equipos médicos duraderos y productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, Driscoll Health Plan paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros artículos y equipo si son médicamente necesarios. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Driscoll Health Plan también paga artículos médicamente necesarios,

como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales. Llame al Servicios para Miembros para más información.

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyo a largo plazo son beneficios y servicios para los que usted puede ser elegible. Estos servicios le ayudan a mantenerse seguro y saludable en su propio hogar. Los beneficios de servicios y apoyo a largo plazo le ayudan con las actividades diarias, tal como bañarse, vestirse, cocinar, ir de compras y tomar sus medicamentos. Puede encontrar una lista de estos beneficios en la tabla de las páginas siguientes.

¿En qué consisten mis beneficios de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)?

Si usted cumple los requisitos de necesidad médica, puede obtener los siguientes beneficios de servicios y apoyo a largo plazo. Sus programas de exención determinan sus beneficios de LTSS. Los servicios adicionales también se determinan según sus programas de exención, como se enumera a continuación:

- Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP)
- Servicios de Apoyo Comunitario y Asistencia Básica (CLASS)
- Programa para Personas Sordas y Ciegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
- Servicios basados en el Hogar y la Comunidad (HCS)
- Texas Home Living (TxHmL)
- Servicio de Empoderamiento Juvenil (YES)

Estoy en el Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?

El plan estatal de LTSS como los Servicios de Cuidado Personal (PCS), el Servicio Privado de Enfermería (PDN) y Community First Choice (CFC), así como todos los servicios del Programa MDCP, se brindan a través del programa STAR Kids de su MCO. Si necesita ayuda para obtener estos servicios, por favor comuníquese con el Coordinador de Servicios de su MCO.

Estoy en el programa de exención de Servicios de Apoyo Comunitario y Asistencia Básica (CLASS). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?

El plan estatal de LTSS como los Servicios de Cuidado Personal (PCS), el Servicio Privado de Enfermería (PDN) y Community First Choice (CFC) se brindan a través del programa STAR Kids de su MCO. Sus servicios de exención de CLASS se brindan a través del Departamento de Servicios para Personas Mayores y Personas Discapacitadas. Si necesita ayuda para obtener estos servicios, por favor comuníquese con el Coordinador de Servicios de su MCO. Para preguntas específicas sobre los servicios de exención de CLASS, también puede comunicarse con su administrador de casos de CLASS.

Estoy en el programa de exención para Personas Sordas y Ciegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?

El plan estatal de LTSS como los Servicios de Cuidado Personal (PCS), el Servicio Privado de Enfermería (PDN) y Community First Choice (CFC) se brindan a través del programa STAR Kids de su MCO. Sus servicios de exención de DBMD se brindan a través del Departamento de Servicios para Personas Mayores y Personas Discapacitadas. Si necesita ayuda para obtener estos servicios, por favor comuníquese con el Coordinador de Servicios de su

MCO. Para preguntas específicas sobre los servicios de exención de DBMD, también puede comunicarse con su administrador de casos de DBMD.

Estoy en el programa de exención de Servicios del Hogar y la Comunidad (HCS). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?

El plan estatal de LTSS como los Servicios de Cuidado Personal (PCS), el Servicio Privado de Enfermería (PDN) y Community First Choice (CFC) se brindan a través del programa STAR Kids de su MCO. Sus servicios de exención de HCS se brindan a través del Departamento de Servicios para Personas Mayores y Personas Discapacitadas. Si necesita ayuda para obtener estos servicios, por favor comuníquese con el Coordinador de Servicios de su MCO. Para preguntas específicas sobre los servicios de exención de HCS, también puede comunicarse con su Coordinador de Servicios HCS del organismo de discapacidad intelectual y del desarrollo de su localidad (LIDDA).

Estoy en el programa de exención Texas Home Living (TxHmL). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?

El plan estatal de LTSS como los Servicios de Cuidado Personal (PCS), el Servicio Privado de Enfermería (PDN) y Community First Choice (CFC) se brindan a través del programa STAR Kids de su MCO. Sus servicios de exención de TxHmL se brindan a través del Departamento de Servicios para Personas Mayores y Personas Discapacitadas. Si necesita ayuda para obtener estos servicios, por favor comuníquese con el Coordinador de Servicios de su MCO. Para preguntas específicas sobre los servicios de exención de TxHmL, también puede comunicarse con su Coordinador de Servicios TxHmL del organismo de discapacidad intelectual y del desarrollo de su localidad (LIDDA).

Estoy en el programa de exención del Servicio de Empoderamiento Juvenil (YES). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?

Los LTSS de un plan estatal, tales como servicios de atención personal (PCS), servicios de una enfermera particular (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de la MCO de STAR Kids. Los servicios del programa opcional YES se prestarán a través la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Favor de comunicarse con su coordinador de servicios de la MCO si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al administrador de casos de la Autoridad Local de Servicios de Salud Mental (LMHA) con preguntas específicas sobre el programa opcional YES.

¿Cómo se cubren estos servicios?

Algunos de estos beneficios de Medicaid para miembros con doble elegibilidad ahora están cubiertos por su plan de salud. Como miembro, no necesita hacer nada. Seguirá accediendo a su atención médica como hasta ahora. Este cambio facilita el proceso tanto para usted como para su proveedor.

¿A qué número llamo para averiguar acerca de estos servicios?

Póngase en contacto con su Coordinador de Servicio MCO si necesita ayuda con el uso de estos servicios. También puede ponerse en contacto con su administrador de casos LMHA para preguntas específicas de los servicios de exención YES.

Los proveedores pueden llamar al **877-324-3627** para averiguar si están contratados bajo el Programa de Pacientes Ambulatorios Intensivos.

Servicios dirigidos por el consumidor (CDS)

En el programa STAR Kids, es posible seleccionar la forma en que le gustaría que le brindaran los servicios LTSS.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- Opción de agencia (AO): todos los servicios son prestados y administrados por una agencia.
- Opción de responsabilidad del servicio (SRO): las personas administran las actividades diarias, en tanto que la agencia proveedora administra las actividades comerciales.
- Opción de CDS: las personas administran las actividades diarias y comerciales.

La opción de CDS le ofrece más posibilidades y control sobre la forma en que se le brindan algunos de sus servicios LTSS.

Si elige la opción CDS, usted podrá:

- Buscar, evaluar, contratar y despedir a las personas que le prestan servicios o a nuestro personal.
- Capacitar y dirigir a su personal.

Para STAR Kids los servicios que pueden ser administrados por CDS incluyen Servicios de Cuidado Personal (cuidado de asistentes), Servicios de Cuidado Personal de Primera Elección Comunitaria (CFC-PCS), Habilidadación de Primera Elección Comunitaria (CFC-HAB).

Para la exención del Programa STAR Kids on Medically Dependent Children (MDCP), los servicios que pueden ser administrados por CDS incluyen cuidado de relevo, asistencia laboral, apoyo familiar flexible, ayudas adaptativas, modificaciones menores en el hogar y empleo apoyado.

Si usted elige participar en los CDS, firmará contrato con una agencia de servicios de administración financiera (FMSA), la cual:

- Proveerá capacitación y apoyo para ayudarle con su personal
- Se encargará de preparar su nómina
- Presentará sus declaraciones de impuestos

Comuníquese con la línea de Coordinación de Servicios, al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675** para obtener ayuda.

¿Qué es la terapia de rehabilitación cognitiva (CRT?)

La CRT es un beneficio de LTSS. La CRT le ayuda a aprender o reaprender las habilidades disminuidas o perdidas debido a una lesión cerebral. La CRT le ayuda a recuperar habilidades tal como mejorar la memoria, mejorar el tiempo de atención y la resolución de problemas.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Tabla de beneficios de LTSS

Cada exención ofrece numerosos beneficios. La tabla siguiente le indicará qué beneficios incluye o no incluye su programa de exenciones.

Beneficios del programa de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)						
	MDCP	CLASS	DBMD	HCS	TxHmL	YES
Ayudas de adaptación (AA)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Servicios de audiología			✓	✓	✓	
Servicios de apoyo conductual		✓	✓	✓	✓	
Administración de casos		✓	✓			
Servicios para las tareas del hogar			✓			
Transporte servicios de apoyo comunitario (CSS)					✓	
Servicios familiares continuados		✓				
Terapia de rehabilitación cognitiva		✓		✓		
Habilitación diurna			✓	✓	✓	
Trastornos dentales		✓	✓	✓	✓	
Servicios dietéticos/nutricionales		✓	✓	✓	✓	
Servicios de asistencia de empleo (EAS)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Servicios de administración financiera (FMS)	✓	✓	✓	✓	✓	
Servicios de apoyo familiar flexible (FFSS)	✓					
Apoyo familiar						✓
Mediador			✓			
Terapia del lenguaje		✓	✓	✓	✓	
Modificaciones menores en el hogar (MHM)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Transporte no médico						✓
Enfermería		✓	✓	✓	✓	
Orientación y movilidad			✓			
Servicios paraprofesionales						✓
Terapias física, ocupacional y del habla		✓	✓	✓	✓	
Servicios prevocacionales		✓				
Asistencia residencial				✓		
Servicios de relevo	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Terapias especializadas		✓				
Patología del lenguaje y del habla		✓				
Servicios de trabajo social				✓		
Servicios de apoyo familiar		✓				
Apoyo para el empleo	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Transporte apoyo para la vida en el hogar (SHL)				✓		
Alternativas de apoyo basadas en la familia						✓
Servicios de asistencia de transición (TAS)	✓	✓	✓	✓	✓	

¿Qué es la enfermería privada (PDN)?

El servicio privado de enfermería ofrece cuidados de enfermería a los niños con necesidades médicas especiales. La PDN le enseñará cómo responder a las necesidades médicas de su hijo. El Coordinador de Servicios evaluará sus necesidades de este servicio en cada visita al hogar. Llame a su Coordinador de Servicios en cualquier momento para hablar acerca de cómo obtener ayuda de PDN para:

- Cuidado y administración del respirador
- Sondas de alimentación
- Aspiración
- Inyecciones
- Cateterismo

¿Cómo pueden ayudarme los servicios de cuidado personal (PCS)?

Los servicios de cuidado personal ayudan con las tareas diarias, tal como bañarse, comer, vestirse y caminar. Los PCS también pueden ayudarle a preparar comidas y hacer tareas domésticas livianas. El Coordinador de Servicios evaluará sus necesidades de este servicio en cada visita al hogar. Para más información, llame al Coordinador de Servicios al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

¿Cómo puede ayudarme Community First Choice (CFC)?

El programa Community First Choice proporciona servicios y apoyos de atención básica basados en el hogar y la comunidad. Los servicios que puede obtener con el CFC son:

- Ayuda con las tareas diarias como vestirse, bañarse y comer.
- Servicios para ayudarle a aprender cómo cuidarse usted mismo.

- Sistemas de respaldo o maneras de asegurar la continuidad de los servicios y apoyos.
- Capacitación para seleccionar, administrar y apartar a un asistente.

Para obtener más información, llame al Coordinador de Servicios al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

Centros de enfermería

¿Cambiarán mis beneficios del programa STAR Kids si estoy en un centro de enfermería?

No. Si se encuentra en un centro de enfermería, sus beneficios para el cuidado de su salud no cambiarán.

¿Continuaré recibiendo mis beneficios del programa STAR Kids si estoy en un centro de enfermería?

Un miembro de STAR Kids que ingresa a un centro de enfermería o a un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) seguirá siendo un miembro del programa STAR Kids. Cuando un miembro de STAR Kids es residente de un centro de enfermería o de un ICF/IID, Driscoll Health Plan debe proporcionar la coordinación de servicios y cualquier servicio cubierto que ocurra fuera del centro de enfermería o ICF/IID. Durante toda la duración de la estada en un centro de enfermería o ICF/IID, Driscoll Health Plan debe trabajar con el miembro y representante legalmente autorizado del miembro (LAR) para identificar los servicios comunitarios y los programas LTSS para ayudar al miembro a reincorporarse a la comunidad.

Centros de Cuidados Extendidos Pediátrico Prescritos (PPECC)

¿Qué es el Centro de Cuidados Extendidos Pediátricos Prescritos?

Los PPEC están disponible para niños desde el nacimiento hasta los 20 años. Los niños con condiciones médicas complejas pueden obtener la atención médica que necesitan en un entorno de tratamiento de día. Los servicios disponibles pueden incluir:

- Servicios de enfermería especializada
- Orientación nutricional
- Servicios de desarrollo
- Servicios psicosociales
- Capacitación para cuidadores
- Transporte

¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios?

Si necesita alguno de estos servicios, puede llamar a Servicios para Miembros al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674**.

Llame al número gratuito de Coordinación de Servicios, para **Nueces: 844-508-4673** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

¿Y si también tengo Medicare?

Si tiene Medicare y el programa STAR Kids, Medicare será su cobertura primaria.

¿Qué otros servicios puede Driscoll Health Plan ayudarme a obtener?

Medicaid ofrece servicios que Driscoll Health Plan no ofrece. Podemos ayudarle a obtenerlos:

- Servicios dentales de Pasos Sanos de Texas (incluye ortodoncia)

- Administración de casos y coordinación de servicios de Intervención de Primera Infancia (ECI)
- Departamento de Servicios de Salud del Estado para la administración de casos específicos
- Departamento de Servicios de Salud del Estado para la rehabilitación de casos de salud mental (MHR)
- Programa de medicamentos de proveedores
- Servicios de Community First Choice
- Salud Escolar y Servicios Relacionados de Texas (SHARS)
- Departamento de Servicios Sociales y de Rehabilitación Programa de Detección y Desarrollo Vocacional para Niños con Ceguera
- Servicios de control de la tuberculosis brindados por proveedores aprobados por el Departamento de Servicios de Salud del Estado
- Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS)
- Servicios de audiología y audífonos para niños y jóvenes menores de 21 años
- Mujeres, bebés y niños (WIC)

Si necesita ayuda para utilizar estos servicios y programas, llame a Coordinación de Servicios al número gratuito, para **Nueces: 844-508-6473** o **Hidalgo: 844-508-4675**.

Beneficios adicionales

¿Qué beneficios adicionales puedo obtener como miembro de Driscoll Health Plan?

Al unirse al Driscoll Health Plan obtiene algunos Servicios de Valor Añadidos que Medicaid no ofrece.

¿Qué es un servicio de valor añadido?

Almo de sus beneficios médicos regulares, Driscoll Health Plan ofrece servicios adicionales a nuestros miembros sin costo alguno. Driscoll Health Plan quiere que usted y su familia se mantengan saludables y disfruten de la vida. Por lo tanto, ofrecemos un Servicio de Valor Añadido para todos los miembros de la familia.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Para anteojos, comuníquese con nuestro proveedor de servicios para la vista llama al número gratuito, para **Nueces: 844-305-8300** o **Hidalgo: 844-725-6410**.

Si tiene dudas sobre cómo obtener cualquiera de los demás servicios de valor añadidos, comuníquese a Servicios para Miembros o con su Coordinador de Servicios. Para obtener una lista completa de los beneficios adicionales, por favor consulte la tabla incluida en la página siguiente.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

* Estos servicios adicionales son válidos del 1 de septiembre de 2025 al 31 de agosto de 2026.

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
Servicios de cuidado de relevo	Hasta 32 horas de cuidado de relevo cada año para los miembros que reciben servicios de cuidado personal (PCS).	- Un coordinador de servicios debe autorizar los servicios de relevo - Los miembros deben tener menos de 21 años - No se aplica al Programa para Niños Medicamente Dependientes (MDCP), CLASS, HCS, DBMD, Texas Home Living (TxHmL) y Youth
Control de plagas	Los miembros de alto riesgo con enfermedades crónicas pueden recibir servicios de control de plagas.	- Deben vivir en un hogar que sea propio o alquilado - Deben tener una enfermedad de alto riesgo - Los servicios de control de plagas incluirán insectos y roedores dentro del hogar - Las termitas y las chinches no están incluidas - Los servicios de control de plagas se limitan a la lista aprobada de proveedores - Un servicio por vivienda
Productos sensoriales	Hasta \$75 para un paquete sensorial.	- Uno por miembro, por año - Debe cumplir los criterios médicos
Servicios especializados basados en la comunidad	Puede participar en servicios especializados basados en la comunidad. Como los siguientes: - Equino terapia - Musico terapia - Terapia acuática	- Debe cumplir los criterios médicos - Los miembros están sujetos a los requisitos que establece el proveedor del servicio

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
		- Algunas terapias pueden estar limitadas por ubicación debido al espacio disponible - Se ofrece por orden de llegada - Límite anual de \$500
	Hasta dos tarjetas de regalo de \$40 por completar un programa de entrenamiento para ir al baño de Empower Behavioral Health y una visita de seguimiento del programa.	2-4 años - Debe cumplir con los criterios médicos - Hasta dos tarjetas de regalo por miembro, por año 5-20 años - Debe cumplir con los criterios médicos - Hasta dos tarjetas de regalo por miembro, por año
Asma	Tarjeta de regalo de \$20 después de cinco meses de renovaciones continuas de medicamentos para controlar el asma.	- Debe cumplir los criterios médicos - Las reposiciones deben ser continuas
	Un juego de fundas de almohadas y de cama hipoalergénicas.	- Debe cumplir los criterios médicos - Un juego por miembro, por año
Visión	\$150 para actualizar marcos, lentes o lentes de contacto cada dos años.	2-20 años - Limitado a miembros que necesitan anteojos
Exámenes físicos para deportes y escuela	Examen físico deportivo o escolar.	4-21 años - Un examen físico por miembro, por año
Programa de juego y ejercicio saludable	Hasta \$150 para ayudar con el costo de inscripción a un campamento para personas con necesidades especiales.	- Uno por miembro, por año - Debe presentar una constancia de aceptación y pago - Debe cumplir los criterios médicos

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
Transportación	Obtenga viajes a: • Despensas de alimentos locales • Tiendas de comestibles • Clases de educación para la salud de DHP • Eventos comunitarios de DHP • Eventos patrocinados por DHP • Oficina de la Administración del Seguro Social	Almacenes locales: • Debe hacer una evaluación de los determinantes sociales de la salud (SDOH) • Debe estar dentro del área de servicio de DHP • Debe estar dentro del radio de 25 millas o tener autorización previa Tiendas de comestibles locales: • Debe hacer una evaluación de los determinantes sociales de la salud (SDOH) • Debe estar dentro del área de servicio de DHP • Debe estar dentro del radio de 25 millas • La visita debe durar una hora en total, incluido el tiempo de viaje y en la tienda • Miembros con necesidades especiales de atención médica Clases de educación para la salud y eventos comunitarios: • Debe registrarse previamente para las clases de educación y los eventos comunitarios de DHP • Debe estar dentro del área de servicio de DHP • Debe estar dentro del radio de 25 millas o tener autorización previa

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
		Oficina de la Administración del Seguro Social y eventos patrocinados por DHP: • Debe estar dentro de un radio de 25 millas o con aprobación previa
Ayuda adicional para miembros del MDCP	Cobertura del copago del MDCP de hasta \$500 para una estadía en un asilo de ancianos.	• El coordinador de servicios debe hacer una evaluación que determine los criterios de elegibilidad para la exención del MDCP • Debe cumplir con la evaluación de "Necesidad médica" de la HHSC para la exención del MDCP
Salud y bienestar	Tarjeta de regalo de \$50 por sumarse a un programa de salud y bienestar. Incluye: • Programa de deportes • Membresía en un gimnasio • Carrera de 5k • Clase de baile • Clase de arte • Clase de yoga • Lecciones de música	• Una tarjeta de regalo por miembro, por año • Debe presentar un comprobante de participación
	Tarjeta de regalo de \$20 por hacer un seguimiento con su proveedor.	• El seguimiento debe hacerse entre 7 a 14 días después del alta de un hospital • La estadía en el hospital debe haber sido de al menos tres días • Hasta tres veces por año
	Un botiquín de primeros auxilios por familia.	• 2-5 años • Debe ser un miembro nuevo
	Un monitor de actividad para la gestión del peso.	• 10-20 años • Debe cumplir los criterios médicos

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
		• Debe completar los módulos de actividad física
	Tratamientos de eliminación de piojos	• Hasta tres visitas por año • Se necesita la derivación del PCP • Clínicas participantes únicamente • Es posible tratar a los familiares si el miembro de DHP reúne los requisitos para el tratamiento
	Una pulsera de identificación	• 5-21 años • Uno por miembro, por año • El miembro debe solicitar
Ayuda para miembros con diabetes	Área de servicio de Hidalgo únicamente: Kit de vida saludable con diabetes e inscripción en el programa Unidos Contra la Diabetes.	• 11-17 años • Debe completar la evaluación de riesgos para la salud • Debe cumplir los criterios médicos • Uno por miembro, por año • Las ubicaciones incluyen los condados de: Starr, Hidalgo, Cameron y Willacy
	Bandas de resistencia	• 7-20 años y mayores • Debe cumplir con los criterios médicos • Debe estar inscrito en Gestión de Casos • Un juego por miembro, por año
Salud conductual	Hasta \$60 en tarjetas de regalo por completar una sesión Triple P.	• Una tarjeta de regalo de \$20 por clase, hasta tres tarjetas de regalo por familia

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
		• Debe inscribirse en una sesión Triple P • Debe completar cada clase Triple P • Debe completar un grupo de edad por nivel • Limitado a dos niveles diferentes
	Tarjeta de regalo de \$25 por hacer un seguimiento de la salud mental.	• 6-20 años • El seguimiento debe hacer con un médico de salud mental • Debe hacerse dentro de los 7 días posteriores al alta de un hospital de salud mental para pacientes internados
	Apoyo emocional Build-A-Bear	• 3-20 años • Debe cumplir con los criterios médicos
Ayuda adicional para embarazadas Para obtener una lista de nuestros baby showers y clases de crianza, visite: driscollhealthplan.com/get-ready-for-baby <i>Las clases pueden estar disponibles en ubicaciones seleccionadas, en persona, o virtuales.</i>	Tarjeta de regalo de \$100 por completar a un baby shower educativo Get Ready for Baby de DHP.	Una tarjeta de regalo por miembro, por embarazo
	Tarjeta de regalo de \$50 por completar un control de la salud posparto.	• Debe hacerse entre 7 a 84 días después del parto • Una tarjeta de regalo por miembro, por embarazo
	Tarjeta de regalo de \$25 por completar un control de la salud prenatal.	• Debe estar dentro del primer trimestre o dentro de los 42 días de unirse a DHP • Una tarjeta de regalo por miembro, por embarazo
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar a una clase de crianza.	• Debe asistir dentro de los 120 días del parto • Una tarjeta de regalo por miembro, por embarazo

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una visita a domicilio.	- Mamás deben llamar para programar una visita a domicilio - Las visitas deben hacerse dentro de los 60 días del parto - Las mamás completarán una evaluación posnatal al finalizar la clase
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una Evaluación de riesgos de salud durante el embarazo (HRA).	- Debe ser una nueva miembro embarazada - Debe completar la HRA de Embarazo
	Membresía de un año en el servicio de entrega de comestibles SHIPT para embarazadas de alto riesgo.	Se debe identificar que tiene un embarazo de riesgo alto
	Orientación nutricional con un nutricionista.	- No debe calificar para otros programas de orientación nutricional - Debe ser una miembro embarazada
	Consulta sobre lactancia	- Debe completar hasta 60 días después del parto - Hasta dos sesiones por embarazo
Programas de regalo	Hasta \$75 en tarjetas de regalo por completar un programa educativo de DHP o Administración de casos.	<i>Las clases pueden ser presenciales o virtuales.</i> - Debe registrarse para las clases - No debe estar relacionado con ningún otro VAS
	Tarjeta de regalo de \$25 cuando se da una vacuna contra la gripe.	- Una tarjeta de regalo por miembro, por año - Debe presentar una prueba de vacunación
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar puntualmente cuatro controles de la salud de Pasos Sanos de Texas a su bebé recién nacido.	Debe hacerle cuatro de los siguientes controles de la salud de Pasos Sanos de Texas: 3-5 días

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
		• 2 semanas • 4 meses • 6 meses • 9 meses
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar los controles de la salud de Pasos Sanos de Texas a los 12 y 15 meses.	Debe hacerle los siguientes controles de la salud de Pasos Sanos de Texas: • 12 meses • 15 meses
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar un control anual de la salud de Pasos Sanos de Texas.	2-20 años
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una clase de Kids in Safety Seats.	Una tarjeta de regalo por familia
	Kit ciclo menstrual	• Hasta tres kits por miembro por año • El miembro debe solicitar el kit
	Kit de materiales educativo braille	• 0-5 años • Debe cumplir con los criterios médicos • Una por miembro, por año
Beneficios de venta libre	Hasta \$100 en tarjetas de regalo para artículos de venta libre.	6-15 meses • Debe tener 6 meses de elegibilidad continua • Debe haber completado dos controles de salud de Pasos Sanos de Texas dentro de los 6 meses • Debe tener 12 meses de elegibilidad continua para la 2ª tarjeta de regalo 11-20 años • Debe tener 6 meses de elegibilidad continua • Debe haber completado un control de salud de Pasos Sanos de Texas dentro de los 12 meses

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
		• Debe tener 12 meses de elegibilidad continua para la 2ª tarjeta de regalo
	Hasta 20% de descuento en artículos de venta libre de la farmacia del Driscoll Children's Hospital.	• Debe presentar su credencial de identificación de miembro de DHP • Los beneficios cubiertos por Medicaid no están incluidos

¿Qué servicios no están cubiertos por Driscoll Health Plan?

Los miembros pueden solicitar una revisión de los servicios que no están cubiertos. Los miembros también pueden solicitar una revisión de los servicios cuando se haya alcanzado su límite de beneficios. DHP puede revisar la solicitud de servicios caso por caso. Las aprobaciones se basan en la necesidad médica, el costo y si beneficiará la salud del miembro. DHP le pedirá que proporcione documentación clínica para respaldar la necesidad médica del servicio. Driscoll Health Plan no cubre los siguientes servicios (la lista no es exhaustiva):

Cuidados y servicios electivos

- Perforación de orejas
- Trasplante de cabello
- Servicios que no sean médicamente necesarios
- Testimonios e informes médicos
- Duelo hospitalario
- Consejería matrimonial

Atención médica

- Tratamiento de la infertilidad
- Fertilización In Vitro (IVF)
- Reversión de esterilización
- Cirugía estética
- Servicios no autorizados (vea en la página 17 los requisitos de autorización)
- Servicios donde se requiera una remisión (vea en la página 17 los requisitos de referencia)
- Cualquier servicio recibido fuera de los Estados Unidos
- LTSS que no se determina que son médicamente necesarios y registrados en su Plan de Servicio Individual aprobado por su Coordinador de Servicios, su PCP y usted

Tratamientos

- Acupuntura
- Hipnosis
- Medicamentos o procedimientos experimentales

Otra información importante

¿Qué debo hacer si me mudo?

Tan pronto como tenga una dirección nueva, notifíquela a la oficina de beneficios de la HHSC marcando 2-1-1 en su teléfono móvil y llame Servicios para Miembros de Driscoll Health Plan, al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674**. Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área, deberá llamar al Driscoll Health Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención a través de Driscoll Health Plan hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Qué debo hacer para cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda del Programa STAR, STAR Kids o STAR+PLUS de Texas al 800-964-2777. Puede cambiar de plan de salud tantas veces desee.

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

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

¿Driscoll Health Plan puede solicitar mi baja de su plan de salud por incumplimiento?

Sí. Podemos solicitar que sea dado de baja del plan de salud si usted:

- Permite que otra persona utilice su tarjeta de miembro del plan de salud.
- Permite que otra persona utilice su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits.
- No sigue los consejos del médico.
- Sigue acudiendo a la sala de emergencias para problemas que no son una emergencia.
- Provoca problemas en el consultorio del médico.
- Dificulta a un médico ayudar a otros pacientes.

¿Qué hago si recibo una factura?

Si recibe una factura, llame a Servicios para Miembros y podemos ayudarlo. Podemos llamar al consultorio del proveedor por usted. Usted no es responsable de los copagos, deducibles y servicios cubiertos por Medicaid.

Los siguientes servicios no están cubiertos por DHP:

- Acudir a un especialista sin obtener una referencia.
- Acudir a un proveedor fuera de la red sin obtener una referencia.
- Elegir ir a un servicio de atención de urgencia en lugar de una sala de emergencias cuando usted lo haga.

¿A quién debo llamar?

Llame a Servicios para Miembros al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674**.

¿Qué información necesitarán?

Cuando llame, tenga a la mano su tarjeta de identificación de miembro y la factura.

¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme servicios o suministros si pertenezco a Medicare y Medicaid?

Usted no puede recibir facturas por los “costos compartidos” de Medicare, que incluyen deducibles, coaseguro y copagos que están cubiertos por Medicaid.

Pérdida de la cobertura de Medicaid

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid, pero la vuelve a tener dentro de seis meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo proveedor de cuidado primario de antes.

¿Qué hago si tengo otro seguro además de Medicaid?

(Coordinación de beneficios)

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

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

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

Si tiene otro seguro, aun puede llenar los requisitos de Medicaid. Cuando usted le dice al personal de Medicaid que tiene otro seguro médico, asegura que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no paga.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo porque tiene seguro médico privado además de Medicaid. Si los

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro privado.

¿Cuándo deben pagar otras partes?

A veces otros deberían pagar por su atención médica. A continuación se detalla lo que debe hacer para asegurarse de que paguen.

Más de un plan de salud

Si tiene más de un plan de salud, el otro plan de salud debe pagar primero su atención médica. Informe al consultorio del médico y a Servicios para Miembros si tiene otro seguro.

Lesión causada por otras personas

Si está involucrado en un accidente, su seguro contra accidentes deberá pagar su factura. Llame a Servicios para Miembros para informarnos que estuvo en un accidente a fin de que podamos asegurarnos de que le paguen la atención médica que recibió.

Satisfacción de los miembros

Encuestas de satisfacción de los miembros

Cada año solicitamos a una muestra de nuestros miembros que participen en una encuesta de satisfacción. La encuesta incluye preguntas para determinar cuán contentos están con la atención que brinda el Driscoll Health Plan y su proveedor. Sus respuestas nos ayudan a mejorar la atención que usted recibe. Para obtener más información sobre los resultados, llame Servicios para Miembros.

Grupo Asesor para Miembros

Cada tres meses realizamos una junta con el Grupo Asesor para Miembros, el cual se reúne para hablar sobre aquello que a usted le gustaría que hiciéramos de manera distinta. Usted también puede decirnos

qué podemos hacer mejor. Llame a Servicios para Miembros si desea ser miembro de este grupo.

Denuncias de abuso, negligencia y explotación

Usted tiene derecho a tener su respeto y dignidad, lo cual incluye estar libre de abuso, negligencia, y explotación.

¿Qué son abuso, negligencia, y explotación?

El **abuso** es causar daño mental, emocional, físico o sexual, o no prevenir dicho daño.

La **negligencia** tiene como resultado la inanición, deshidratación, medicación en exceso o insuficiente, condiciones de vida insalubres, etc. También incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, cuidado médico e higiene personal.

La **explotación** es el uso indebido de los recursos de otra persona para beneficio personal o monetario. Esto incluye llevarse cheques del Seguro Social o de ingresos de seguro suplementarios (SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y apropiarse de bienes u otros recursos.

Denuncias de abuso, negligencia y explotación

La ley requiere que informe sospechas de abuso, negligencia o explotación, lo cual incluye el uso no autorizado de restricciones físicas o aislamiento por parte de un proveedor.

Para situaciones de emergencia o potencialmente mortales, llame al **911**.

Denuncias por teléfono (no de emergencia), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin cargo.

Informe al Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al 800-458-9858 si la persona es víctima de abuso, negligencia o explotación vive o recibe servicios de un:

- Centro de enfermería
- Centro de vida asistida
- Centro de cuidado para adultos durante el día
- Proveedor licenciado de cuidado sustituto para adultos
- Agencia de Servicios de Apoyo para el Hogar y Comunitarios (HCSSA) o Agencia de Cuidado de la Salud en el Hogar

Las sospechas de abuso, negligencia o explotación por parte de una HCSSA también deben informarse al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS).

Informe todas las otras sospechas de abuso, negligencia o explotación al DFPS llamando al 800-252-5400.

Denuncias electrónicas (no de emergencia)

Visite txabusehotline.org. Es un sitio web seguro. Deberá crear una cuenta y perfil protegidos por contraseña.

Información útil para presentar un informe

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

Quejas, apelaciones, apelación emergencia, revisión médica externa y audiencia imparcial ante el Estado

Los asesores de miembros de Driscoll Health Plan están aquí para ayudarle a escribir sus quejas y para brindarle asistencia durante el proceso de queja. Si usted necesita ayuda con una apelación, un asesor de miembros puede ayudarle a presentar una apelación y le brindará asistencia durante el proceso. Si usted tiene preguntas acerca de los servicios preventivos o cubiertos por el Driscoll

Health Plan, simplemente llame al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674**.

Quejas

Proceso de quejas

¿Qué hago si tengo una queja?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674** para explicarnos el problema. Un asesor de miembros del Driscoll Health Plan puede ayudarle a presentar una queja. Por lo general, podremos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Procedimientos de queja de Driscoll Health Plan

Usted o otra persona que actúe en su nombre y los proveedores de atención médica pueden presentar una queja oralmente o por escrito. Utilice la dirección y los números telefónicos que se indican a continuación para presentar su queja, ya sea oralmente o por escrito.

Driscoll Health Plan
Quality Management Department
Attn: Performance Excellence Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
Número gratuito: 877-324-7543
Número de fax: 361-808-2725
Correo electrónico:
DHP_QM_Complaints@dchstx.org

Los servicios de intérprete se proporcionan sin costo para usted, llame a Servicios para Miembros al **877-324-7543** (TTY: 800-783-2989) para obtener ayuda.

Una vez que haya pasado por el proceso de quejas de Driscoll Health Plan, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos

(HHSC) llamando sin cargo al 866-566-8989. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman for Managed Care
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247
Número de fax: 888-780-8099

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja a:
hhs.texas.gov/managed-care-help

¿A quién debo llamar?

Queremos ayudarle. Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar una queja, por favor, llámenos gratis a Servicios para Miembros al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674**.

¿Puede alguien de Driscoll Health Plan ayudarme a presentar una queja?

Sí. Un asesor de miembros de Driscoll Health Plan puede ayudarle a presentar una queja.

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

Usted puede presentar su queja verbalmente o por escrito. Le enviaremos una carta por correo postal para hacerle saber que recibimos la queja. Esta carta la enviaremos dentro de los cinco días hábiles, a menos que sea una queja de contacto inicial a la recepción de su queja, que se atiende en 24 horas. Revisaremos y le notificaremos el resultado por escrito.

¿Cuánto demoran en procesar mi queja?

Le daremos una respuesta dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su queja.

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

Apelaciones

Proceso de apelación

¿Qué debo hacer si mi médico me receta un servicio cubierto, pero el plan de salud lo rechaza o lo limita?

Puede haber momentos en que el director médico de DHP niegue o limite ciertos servicios. Cuando esto suceda, tiene derecho a solicitar una apelación para revisar la necesidad médica por la denegación de servicios. Para obtener ayuda sobre cómo llenar el formulario de apelación para miembros, llame a Servicios para Miembros al **877-324-7543** (TTY: 800-783-2989).

Los servicios de intérprete se proporcionan sin costo para usted, llame a Servicios para Miembros al **877-324-7543** (TTY: 800-783-2989) para obtener asistencia.

¿Cómo sabré si se niegan los servicios?

Le enviaremos una carta si los servicios fueron denegados. Se incluirá el formulario para apelar la denegación.

¿Cómo presento una apelación?

- Usted o su proveedor pueden solicitar una apelación oralmente o por escrito.
- Si elige presentar una apelación por escrito, puede usar el formulario de apelación que se incluyó en la carta de denegación.
- Una solicitud de apelación oral se tratará de la misma manera que una apelación escrita. La fecha de la solicitud oral se tratará como la fecha de presentación de la solicitud.
- Use el número de teléfono y la dirección indicados a continuación para presentar una apelación:
Driscoll Health Plan
Utilization Management Department
Attn: Member Appeals Team

4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
Llamadas sin cargo: 877-324-7543
Número de fax: 361-808-2186
Correo electrónico:
DHP_QM_Appeals@dchstx.org

¿Alguien del Driscoll Health Plan puede ayudarme a presentar una apelación?

Sí. Para obtener ayuda con la presentación de una apelación, llámenos gratis, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674**.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

- Usted tiene 60 días calendario a partir de la fecha de esta carta para presentar una solicitud de apelación.
- Si desea seguir recibiendo servicios, deberá presentar una apelación. Debe hacerlo en o antes de los 10 días hábiles después de que la enviamos la carta por correo o antes de que finalicen los servicios.
- Le enviaremos una carta en el transcurso de los cinco días de negocio siguientes a la recepción de su apelación.
- Completaremos la revisión en los siguientes 30 días.
- Una apelación puede extenderse hasta 14 días más si fuera necesario más tiempo.
- Tiene derecho a solicitar una revisión médica externa y una audiencia estatal imparcial a más tardar 120 días después de la fecha en que DHP envíe por correo el aviso de decisión de apelación.
- Usted tiene derecho a solicitar únicamente una revisión de la audiencia estatal imparcial a más tardar 120 días después de que DHP envíe por correo el aviso de decisión de apelación.

Apelación Emergencia

¿Qué es una apelación emergencia?

Una apelación emergencia ocurre cuando el plan de salud tiene que tomar una decisión rápidamente debido a la condición de salud, y tomarse el tiempo para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo puedo solicitar una apelación emergencia?

Llame Servicios para Miembros al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674** para solicitar una apelación emergencia.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación emergencia?

Si necesita ayuda para presentar esta apelación, llame a Servicios para Miembros y haremos los arreglos para que un asesor de miembros lo ayude.

¿Tengo que solicitar mi apelación emergencia por escrito?

Su solicitud no tiene que ser por escrito. Usted o su médico pueden llamarnos para solicitar este tipo de apelación oralmente.

¿Cuáles son los plazos para una apelación emergencia?

Su solicitud será revisada y se le dará una respuesta verbal a usted y a su médico dentro de un día de solicitar la apelación. Le enviaremos una carta dentro de las 72 horas con la respuesta. Esta carta aprobará o denegará la solicitud de una apelación de emergencia.

¿Qué sucede si DHP se niega a aprobar la solicitud de una apelación emergencia?

Si DHP rechaza su solicitud de una apelación emergencia, su apelación seguirá el proceso de apelación normal. Le llamaremos de inmediato para informarle sobre la negación. Luego recibirá una carta dentro de los siguientes dos días naturales.

Revisión Médica Externa

¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?

Si un Miembro, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, el Miembro tiene derecho a solicitar una Revisión Médica Externa. Una revisión médica externa es un paso opcional y adicional que el Miembro puede tomar para que el caso se revise de antes de la Audiencia Imparcial Estatal. El Miembro puede nombrar a alguien para que lo represente comunicándose con el plan de salud y brindando el nombre de la persona que el Miembro desea que lo represente. Un proveedor puede ser el representante del Miembro. El Miembro o el representante del Miembro deben solicitar la Revisión Médica Externa dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que el plan de salud envía por correo la carta con la decisión de apelación interna. Si el Miembro no solicita la Revisión Médica Externa dentro de los 120 días, el Miembro puede perder su derecho a una Revisión Médica Externa. Para solicitar una Revisión Médica Externa, el Miembro o el representante del Miembro deben:

- Llene el "Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial Estatal y Revisión Médica Externa" que se proporciona como anexo al Aviso de Miembro de la Decisión de Apelación Interna de Driscoll Health Plan y envíelo por correo, correo electrónico o fax a Driscoll Health Plan utilizando la dirección o el número de fax en la parte superior del formulario,
- llame a Driscoll Health Plan al **877-324-7543**,
- número de fax: 844-381-5437, o
- correo electrónico: DHPSTH@dchstx.org

Si el Miembro solicita una Revisión Médica Externa dentro de los 10 días a partir del momento en que el Miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, el Miembro tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio, incluso un servicio y entorno alternativos, que el plan de salud haya denegado, basado en servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la Audiencia Imparcial estatal. Si el Miembro no solicita una Revisión Médica Externa dentro de los 10 días a partir del momento en que el Miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, se detendrá el servicio que el plan de salud negó.

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

Una vez que se recibe la decisión de Revisión Médica Externa, el Miembro tiene derecho a retirar la solicitud de Audiencia Imparcial estatal. El Miembro puede retirar la solicitud de Audiencia Imparcial del Estado oralmente o por escrito comunicándose con la oficina de audiencias que figura en el H4803, Aviso de audiencia.

Si el Miembro continúa con una Audiencia Imparcial Estatal y la decisión de la Audiencia Imparcial Estatal

es diferente de la decisión de la Organización de Revisión Independiente, es la decisión de la Audiencia Imparcial Estatal la que es definitiva. La decisión de la Audiencia Imparcial Estatal solo puede mantener o aumentar los beneficios de los Miembros de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su vida o salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, usted, su padre o su representante legalmente autorizado puede solicitar una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a Driscoll Health Plan. Para calificar para una revisión médica externa de emergencia y una revisión de audiencia imparcial estatal de emergencia a través de HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de Driscoll Health Plan. La decisión para la revisión médica externa de emergencia se dará dentro de los dos días hábiles.

Audiencia imparcial ante el estado

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si usted, como miembro del Driscoll Health Plan, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un doctor o otro proveedor médico puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por el plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la

audiencia estatal imparcial dentro de 120 días de la fecha de la carta de decisión de apelación interna del plan. Si no pide la audiencia estatal imparcial dentro de los 120 días, puede perder el derecho a una audiencia estatal imparcial. Para pedir una audiencia estatal imparcial, usted o su representante debe enviar una carta al plan de salud o llamarlos a:

Driscoll Health Plan
Attn: State Fair Hearing Coordinator
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
Número gratuito: 877-324-7543
Número de fax: 844-381-5437
Correo electrónico: DHPSFH@dchstx.org

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio, incluso un servicio y entorno alternativos, que el plan de salud haya negado o reducido, basado en servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia si solicita una audiencia imparcial estatal para el último de: (1) 10 días calendario después de la fecha en que el plan de salud envió por correo la carta de decisión de apelación interna, o (2) el día en que la carta de decisión de apelación interna del plan de salud dice que su servicio se reducirá o finalizará. Si no solicita una audiencia estatal imparcial antes de esta fecha, se suspenderá el servicio que el plan de salud le negó. Si pide una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información que le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se llevan a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante puede decir por qué necesita el servicio que el plan de salud le negó.

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

Si la decisión final de la Audiencia Imparcial del Estado es adversa para usted, es posible que deba pagar el costo de los servicios que se le proporcionaron mientras la apelación y la Audiencia Imparcial del Estado estaban pendientes.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?

Si cree que esperar una audiencia imparcial estatal pondrá en grave peligro su vida o salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a Driscoll Health Plan. Para calificar para una Audiencia Imparcial Estatal de emergencia a través de HHSC, primero debe completar el proceso interno de apelaciones de Driscoll Health Plan.

Voluntades Anticipadas

¿Qué ocurre si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi atención médica?

Es posible que usted llegue a estar demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre su atención médica. Si esto sucede, ¿cómo sabrá el médico lo que usted desea? Puede elaborar un documento de voluntades anticipadas.

¿Qué son las voluntades anticipadas?

Un documento de voluntades anticipadas puede ser un testamento vital en el cual informa a las personas qué quiere que suceda si se enferma. Otro tipo de testamento vital se llama poder notarial duradero, que permite a un amigo o familiar tomar decisiones sobre su atención médica.

¿Cómo obtengo un documento de voluntades anticipadas?

Si necesita más información sobre los documentos de voluntades anticipadas, llame Servicios para

Miembros al número gratuito, para **Nueces: 844-508-4672** o **Hidalgo: 844-508-4674**.

Reportar Malgasto, Abuso, o Fraude

¿Quiere denunciar malgasto, abuso, o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está haciendo algo mal. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley.

Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de Medicaid.
- Está usando la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona.
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

Para denunciar malgasto, abuso, o fraude, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 800-436-6184;
- Visite oig.hhs.texas.gov/report-fraud-waste-or-abuse seleccione la casilla denominada **IG's Fraud Reporting Form** para completar el formulario en línea forma; o
- Denúncielo directamente al plan de salud:
Correo o en persona:

Driscoll Health Plan
Special Investigations Unit
Director, SIU
5001 N. McColl road

McAllen, TX 78504

Línea directa de fraude del plan de Driscoll
Health Plan:

844-808-3170

Línea directa de fraude del plan de Driscoll
Health Plan:

dhpsiu@dchstx.org

Para denunciar el malgasto, abuso, o fraude, reúna toda la información posible.

Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
- El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.)
- El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
- El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
- Las fechas de los sucesos
- Resumen de lo que pasó

Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:

- El nombre de la persona
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe
- La ciudad donde vive la persona
- Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude

Verificación electrónica de visitas

Derechos y responsabilidades

La verificación electrónica de visitas (EVV) es un sistema que documenta y verifica de manera electrónica la información de prestación de servicios para ciertas visitas de servicios requeridas por Medicaid. El sistema EVV garantiza que usted reciba los servicios aprobados. Todos los proveedores del programa, proveedores de servicios y miembros del Driscoll Health Plan deben cumplir los requisitos de EVV.

Sus derechos

- Su información personal en el sistema EVV es privada y confidencial, y solo puede divulgarse según lo permitido por las leyes, normas y regulaciones federales y estatales.
- Su proveedor de servicios o servicios dirigidos por el consumidor (CDS) puede usar el teléfono de su hogar para registrar sus horas de entrada y salida en el sistema EVV, pero solo si usted lo aprueba.
- Si tiene inquietudes sobre el uso del sistema EVV, puede solicitar una reunión interdisciplinaria o con el equipo del plan de servicios con su coordinador de servicios de DHP.
- Usted tiene derecho a presentar una queja, expresar protestas o recomendar cambios en la política o el servicio. Nadie puede tratarle de manera diferente por haber presentado una queja. Nadie puede impedirle presentar una queja. Consulte la información indicada a continuación para consultar cómo presentar una queja.

Cómo presentar una queja:

Puede presentar una queja directamente con nosotros o la Oficina del Ombudsman de HHS. Para más información, visite: [Cómo presentar una queja](#)

- **Por teléfono:**

866-566-8989. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

comunicarse con cualquier oficina de la HHSC usando sin cargo el servicio Relay Texas, llamando al 7-1-1 o al 800-735-2989.

- **Por Internet:**

Formulario de presentación en línea (solo funciona con Internet Explorer) en hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman/ombudsman-managed-care-help

- **Por correo:**

Texas Health and Human Services
Commission
Ombudsman for Managed Care
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

- **Por fax:**

888-780-8099 (sin cargo)

Sus responsabilidades:

El incumplimiento de estas responsabilidades puede resultar en un referido por fraude a Medicaid.

- Usted debe permitir que su proveedor de servicios o empleado de los CDS use el sistema EVV para registrar las horas de entrada y salida de una de las siguientes maneras:
 - Teléfono inteligente o tableta personal del proveedor de servicios o del empleado de los CDS;
 - El teléfono fijo de su hogar, solo si usted está de acuerdo; o bien
 - Un dispositivo de EVV alternativo, un pequeño dispositivo electrónico que se coloca y permanece en su hogar, en un sitio acordado.
- Nunca debe registrar las horas de entrada y salida para su proveedor de servicio o empleado de los CDS. Si su proveedor de servicios o empleado de los CDS le solicitan que

registre sus horas de entrada y salida del sistema EVV por ellos, usted debe informarlo a la agencia que provee el servicio o al empleador de los CDS.

- Si su proveedor de servicios o empleado de los CDS está usando un dispositivo de EVV alternativo para registrar sus horas de entrada y salida, usted debe informar inmediatamente a su agencia proveedora de servicios o al empleador de los CDS si el dispositivo de EVV alternativo está dañado, es retirado de su hogar o si alguien lo manipula; además, una vez que deje de recibir servicios de Medicaid que requieran el sistema EVV, usted deberá devolver el dispositivo alternativo a su agencia proveedora de servicios o al empleador de los CDS.

Si tiene preguntas sobre el sistema EVV, puede comunicarse con nosotros directamente en:

Correo electrónico: evvquestions@dchstx.org

Teléfono: 877-324-7543

También puede visitar el [sitio web de HHS EVV](#) para obtener más información sobre el sistema EVV. Encontrará información sobre las funciones y responsabilidades de los miembros, y las preguntas frecuentes (FAQ) relacionadas con las funciones y responsabilidades de los miembros en [HHS Form 1718, Responsibilities and Additional Information \(MCO\)](#) (Formulario 1718 del HHS, Responsabilidades e información adicional [MCO]). Encontrará información para los empleadores de los CDS en la página web [HHS EVV Consumer Directed Services Option](#) (Opción de servicios dirigidos por el consumidor de EVV de HHS), incluida información de registro/selección, los requisitos de capacitación, la información de contacto y otros recursos. En el [portal de proveedores de DHP](#) encontrará información educativa adicional y de otro tipo sobre proveedores de programas, agencias de

servicios de administración financiera (FMSA) y empleadores de los CDS.

Preguntas frecuentes

¿Tengo que usar la EVV?

Sí, siempre que reciba aquellos servicios que requieran la EVV. Usted debe permitir que su ayudante registre la hora en que comienza sus servicios y la hora en que los termina, usando uno de los métodos autorizados. El uso de la EVV es necesario para ciertos servicios en la comunidad y a domicilio, como los de ayudante personal, supervisión preventiva, cuidado personal, respiro en el hogar, apoyo familiar flexible, y los de Community First Choice.

¿Cómo registran los ayudantes la hora a la que entran y salen?

Los ayudantes deben usar una de las siguientes opciones para registrar su hora de entrada y salida:

- El smart phone (teléfono inteligente) del ayudante con un método móvil de EVV
- Un aparato alternativo de EVV
- El teléfono fijo de la casa de usted (pero solo si usted da su permiso)

No se le permite a usted, por ningún motivo, registrar, en lugar de que lo haga su ayudante, la hora de entrada y de salida en el sistema de EVV. Si usted, en lugar de su ayudante, registra las horas de entrada y de salida, se podría presentar una notificación de fraude a Medicaid ante la Oficina del Inspector General (OIG), lo cual podría afectar su capacidad de obtener servicios.

¿Qué pasa si no tengo un teléfono fijo en casa o no quiero que mi ayudante use mi teléfono fijo?

Si no tiene un teléfono fijo en casa o no quiere que su ayudante use el teléfono fijo de su casa,

infórmeselo a su ayudante o enfermero lo antes posible.

Aparte de su teléfono fijo en casa, las siguientes son dos opciones disponibles que su ayudante puede usar para registrar la hora de entrada y de salida.

1. Su agencia proveedora puede pedir que le den un aparato alternativo de EVV. El aparato podría ser colocado o instalado en su casa usando la brida (cinta de nylon) provista por el vendedor de la EVV. El aparato debe estar en un lugar donde su ayudante pueda alcanzarlo. Una vez instalado, el aparato debe permanecer en su casa en todo momento. Se podría presentar una notificación de fraude ante la OIG si el aparato no está en su casa en todo momento mientras usted reciba los servicios de Medicaid. Una notificación de fraude podría afectar su capacidad de recibir servicios.
2. Su ayudante puede usar su smart phone con un método móvil de EVV.

Opciones de servicios administrados por el cliente (CDS) o de responsabilidad de los servicios (SRO):

Además, recuerde que si elige la opción CDS o SRO, los asistentes pueden usar el teléfono celular del empleador CDS para registrar su entrada y salida del sistema EVV.

Puedo recibir servicios en la comunidad con el uso de la EVV?

Sí. La EVV no afecta la ubicación de donde usted reciba los servicios. Puede recibir los servicios a domicilio y en la comunidad, de acuerdo con su plan de servicio y las normas del programa.

¿Con quién me comunico si tengo preguntas o inquietudes?

Comuníquese con el representante de la agencia de su proveedor o con el coordinador de servicios del plan de salud si tiene alguna pregunta o inquietud.

Para obtener más información sobre la EVV, visite:

hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/long-term-care-provider-resources/electronic-visit-verification

El incumplimiento de sus responsabilidades puede resultar en una referencia de fraude de Medicaid o que sus servicios pueden no ser aprobados, y pueden ser suspendidos o terminados.

Terminología de Atención Administrada

Apelación - Una petición de la organización de atención médica administrada para volver a revisar una denegación o querella.

Queja - Una querella que usted comunica a su seguro o plan médico.

Copago - Una cantidad fija (por ejemplo, 15 dólares) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. Esta cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (DME) - El equipo ordenado por un proveedor de atención médica para su uso diario o por un periodo extendido. La cobertura de DME puede incluir los siguientes artículos, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o artículos para la diabetes.

Problema médico de emergencia - Una enfermedad, lesión, síntoma o afección lo suficientemente grave como para que cualquier persona razonable busque atención inmediata para evitar daños.

Transporte médico de emergencia - Servicios de una ambulancia por tierra o aire para atender una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias - Los servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencia.

Servicios de emergencia - La evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.

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

Querella - Una queja hecha a su seguro o plan médico.

Servicios y aparatos de habilitación - Servicios de salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias en la vida diaria.

Seguro médico - Un contrato que requiere que su aseguradora médica pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

Atención médica a domicilio - Los servicios de atención médica que una persona recibe en su propio hogar.

Servicios para pacientes terminales - Los servicios que proporcionan comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

Hospitalización - La atención que se da en un hospital que requiere que el paciente sea ingresado y por lo general requiere pasar allí la noche.

Atención a pacientes ambulatorios - La atención que se da en un hospital que normalmente no requiere pasar allí la noche.

Medicamento necesario - Los servicios o artículos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumple estándares médicos aceptados.

Red - Los centros, proveedores y abastecedores a los que su seguro o plan médico ha subcontratado para que ofrezcan servicios de atención médica.

Proveedor no participante - Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro o plan médico para brindarle a usted servicios cubiertos. Puede que sea más difícil obtener autorización de su seguro o plan médicos para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En contados casos, como cuando no hay otros proveedores, su seguro médico puede subcontratar y pagar por sus servicios a un proveedor no participante.

Proveedor participante - Un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan médico para ofrecerle a usted servicios cubiertos.

Servicios de un médico - Servicios de atención médica que un médico titulado (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) ofrece o coordina.

Plan - Un beneficio, como Medicaid, que ofrece y paga servicios de atención médica.

Autorización previa - La determinación de su seguro o plan médico de que un servicio médico, plan de tratamiento, receta médica o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha pedido es médicamente necesario. Esta determinación o autorización, a veces llamada en inglés prior authorization, prior approval o pre-certification, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es garantía de que su seguro o plan médico cubrirán los costos.

Prima - La cantidad que debe pagarse por su seguro o plan médico.

Cobertura de medicamentos recetados - Un seguro o plan médico que ayuda a cubrir los costos de fármacos y medicamentos recetados.

Medicamentos recetados - Fármacos o medicamentos que, por ley, requieren de receta médica.

Médico de atención primaria - Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) que ofrece o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica a un paciente.

Proveedor de atención primaria - Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), enfermero especializado en atención primaria, enfermero clínico especializado o médico asistente, como lo permite la ley estatal, que ofrece, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor - Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), profesional de la salud o centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.

Servicios y aparatos de rehabilitación - Servicios de atención a la salud como terapia física u ocupacional, que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones de la vida diaria que se han perdido o dañado porque la persona está enferma, lesionada o discapacitada.

Servicios de enfermería especializada - Servicios a cargo de enfermeros titulados a domicilio o en un centro de reposo.

Especialista - Un médico especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

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

Información disponible para los Miembros una vez al año

Como Miembro de Driscoll Health Plan, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

• Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes, cuando corresponda, calificaciones profesionales, especialidad, escuela de medicina a la que asistieron, finalización de la residencia y estado de certificación de la junta.
• Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
• Sus derechos y responsabilidades.
• Información sobre los trámites de queja, apelación, revisión médica externa, y audiencia imparcial estale.
• Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
• Información sobre los servicios y entornos alternativos, si los ofrece su MCO, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios y la política sobre remisiones.
• Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
• Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
• Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos: • La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización. • El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia. • Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local. • Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid. • Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia. • Las reglas sobre la posestabilización.
• Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta.
• Las pautas de práctica de Driscoll Health Plan.
• Directorio de Proveedores.
• Resultados de las encuestas de satisfacción para Miembros.

Socios de Driscoll Health Plan que brindan atención y servicios

Hemos celebrado contratos con otras compañías que nos ayudan a brindarle servicios. A continuación, encontrará una lista de tales compañías:

Avail Solutions – ofrece la Línea de Salud Mental las 24 horas del día
Navitus Health Solutions, LLC – suministra medicamentos recetados
Envolve – ofrece servicios para el beneficio de servicios para la vista
SafeRide Health – ofrece servicios de transporte que no son de emergencia (NEMT)
SPH Analytics – realiza las encuestas de satisfacción para Miembros
Pacific Interpreters – presta servicios de interpretación

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro?

Derechos del miembro

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
 - c. Sepa que la información que comparte con su plan de salud se mantendrá privada y confidencial.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de cuidado primario.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar de proveedor de cuidado primario.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de cuidado primario.
3. Tiene el derecho de 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.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
 - c. Be le dará información sobre su salud, plan, servicios y proveedores.
 - d. Ser informado sobre sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Si su MCO ofrece servicios y entornos alternativos, tiene derecho a:
 - a. Obtener información sobre los servicios y entornos alternativos que puede recibir y cómo solicitarlos.
 - b. Una explicación sobre por qué cierto servicio u entorno alternativo fue reducido o denegado.
 - c. Decidir no aceptar los servicios y entornos alternativos en lugar de otros servicios cubiertos.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

6. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisión médica externa, y audiencias imparciales estatales. Esto incluye el derecho de:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una revisión médica externa y audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Solicite una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y reciba información sobre cómo funciona ese proceso.
7. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
8. Tiene el derecho de 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.
9. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
10. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
11. Usted tiene derecho a hacer recomendaciones a los derechos de los miembros de su plan de salud y Responsabilidades.
12. Usted tiene derecho a denunciar posibles despilfarros, abusos y fraudes.
13. Usted tiene derecho a ser notificado de cualquier cambio significativo realizado por la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC).

Responsabilidades del Miembro

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b. Escoger su plan de salud y su proveedor de cuidado primario sin demora.
 - c. hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de cuidado primario, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre llamar primero a su proveedor de cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista.
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
 - i. Haga preguntas sobre sus beneficios.
3. Debe compartir información sobre su salud con su proveedor de atención primaria y su plan de salud. Obtenga información sobre las opciones de servicio y tratamiento. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a. Informe a su proveedor de atención primaria y a su plan de salud sobre su salud.
 - b. Hable con sus proveedores y su plan de salud acerca de sus necesidades de atención médica. Preguntarles sobre las diferentes maneras en que se pueden tratar sus problemas de atención médica.
 - c. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene 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 lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Responsabilidades adicionales del Miembro al usar el servicio de transporte SafeRide Health:

1. Al solicitar los Servicios NEMT, usted debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las reglas y regulaciones que afectan a sus servicios NEMT.
3. Debe devolver fondos avanzados no utilizados. Debe proporcionar pruebas de que mantuvo su cita médica antes de recibir fondos avanzados futuros.
4. Usted no debe abusar verbal, sexual o físicamente ni acosar a nadie mientras solicita o recibe servicios NEMT.
5. No debe perder billetes de autobús o tokens y debe devolver cualquier billete de autobús o tokens que no use. Debe usar los boletos de autobús o tokens solo para ir a su cita médica.
6. Solo debe utilizar los Servicios NEMT para viajar hacia y desde sus citas médicas.
7. Si ha organizado un Servicio NEMT, pero algo cambia, y ya no necesita el servicio, debe ponerse en contacto con la persona que le ayudó a organizar su transporte lo antes posible.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) al 800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en: [hhs.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html)

La Discriminación es Ilegal

Driscoll Health Plan (DHP) cumple las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. DHP no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Si usted cree que DHP no le ha brindado estos servicios o que usted ha sufrido discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

Driscoll Health Plan
DHP Compliance Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
877-324-7543, TTY: 800-735-2989
Correo electrónico: filegrievance@dchstx.org

Puede presentar una queja en persona, por correo postal, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un asesor de miembros está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de Estados Unidos de manera electrónica a través de [Office for Civil Rights Complaint Portal](#), por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TTY)
Website: ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf

Los formularios de queja están disponibles: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Driscoll Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros.
Por ejemplo:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (impresión con letras de formato grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros)
- Ofrece servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al **877-324-7543** (TTY: 800-735-2989).

Disponibilidad de los servicios de asistencia en distintos idiomas

ATENCIÓN: Si usted habla español, vietnamita, chino, coreano, árabe, urdu, tagalo, francés, hindi, persa, alemán, gujarati, ruso, japonés o laosiano, están disponibles para usted sin costo alguno. Llame al 877-324-7543.

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 877-324-7543.

Vietnamita

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 877-324-7543.

Chino

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 877-324-7543。

Coreano

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 877-324-7543번으로 전화해 주십시오.

Árabe

والبكم الصم هاتف رقم 877-324-7543 برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة

Urdu

کریں 877-324-7543 خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalo

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 877-324-7543.

Francés

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 877-324-7543.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 877-324-7543 पर कॉल करें।

Persa

کمک که دارید را این حق باشید داشته Persian مورد در سوال ، میکنید کمک او به شما که کسی یا شما، گر نمایید حاصل تماس 877-324-7543. نمایید دریافت رایگان طور به را خود زبان به اطلاعات و

Alemán

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 877-324-7543.

Gujarati

Driscoll Health Plan લાગુ પડતા સમવાયી નાગરિક અધિકાર કાયદા સાથે સુસંગત છે અને જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, અશક્તતા અથવા લિંગના આધારે ભેદભાવ રાખવામાં આવતો નથી 877-324-7543.

Ruso

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 877-324-7543.

Japonés

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。877-324-7543まで、お電話にてご連絡ください。

Laosiano

ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຄົນ ທ່ານ ກໍາລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີ ອາການກ່ຽວກັບ Laotian, ທ່ານ ມີ ສິດ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ອາດຈະມີ ມູນຂໍ້ າວສານ ທີ່ເປັນ ນິພາສາຂອງທ່ານ ບໍ່ມີ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ການໂອ້ນລັກບັນຍາຍພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 877-324-7543.

Aviso de las prácticas de privacidad

Fecha efectiva: 1 de julio de 2023

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

Para obtener ayuda para traducir o entender este aviso, puede comunicarse al **877-324-7543**.

Propósito: Driscoll Health Plan (DHP) está obligado por ley a mantener la privacidad de la Información de Salud Protegida (PHI por sus siglas en inglés). Estamos obligados a proporcionar este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a los usos y divulgaciones de PHI, así como informarle sobre sus derechos individuales. Este aviso explica los propósitos para los cuales se nos permite usar y divulgar su PHI.

Cómo podemos usar y divulgar información sobre usted

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en las que podemos usar y divulgar su PHI. No se enumerarán todos los usos y divulgaciones potenciales en una categoría.

Para tratamiento. Se nos permite usar y divulgar su PHI a un médico o proveedor de atención médica que esté involucrado en su atención o que le brinde tratamiento o servicios médicos. Esto puede incluir, pero no se limita a, el uso y la divulgación de su PHI para ayudar con las decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

Para el pago. Se nos permite usar y divulgar su PHI para obtener el pago de su tratamiento o servicios de atención médica. Esto puede incluir, pero no se limita a, ciertas actividades, como procesar reclamos, determinar la elegibilidad o cobertura de beneficios, revisar los servicios que se le brindan por necesidad médica y realizar actividades de revisión de utilización.

Para operaciones de atención médica. Se nos permite usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones comerciales. Esto puede incluir, pero no se limita a, actividades de evaluación de la calidad, investigación de quejas y apelaciones, y proporcionar gestión de casos y coordinación de atención.

A socios comerciales para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Se nos permite divulgar su PHI a nuestros socios comerciales para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Los socios comerciales también están obligados a proteger su PHI.

Personas involucradas en su atención o pago por su atención. Podemos divulgar su PHI a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o representante personal designado que esté involucrado en su atención médica si la PHI divulgada es directamente relevante para la participación de la persona en su cuidado. También podemos divulgar información a alguien que ayude a pagar por su atención.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted para recordarle de una cita o para proporcionarle información sobre opciones de tratamiento o alternativas, y beneficios o servicios relacionados con la atención médica que puedan ser de su interés.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Actividades de Marketing. Podemos usar cierta información, como nombre, dirección o número de teléfono para comunicarnos con usted en el futuro y solicitar permiso para compartir su historia con la comunidad en marketing para DHP. Tiene derecho a optar por no participar si no desea ser contactado. Para hacerlo, notifíquenos por escrito especificando sus preferencias con respecto a ser contactado para actividades de marketing.

SITUACIONES ESPECIALES

Según lo Exija la Ley. Divulgaremos su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

Actividades de Salud Pública. Podemos divulgar su PHI para actividades de salud pública. Esto puede incluir, pero no se limita a, (1) prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (2) denunciar abuso o negligencia infantil; o (3) notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un miembro ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de Supervisión de la Salud. Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles. Esto puede incluir, pero no se limita a, auditorías e investigaciones necesarias para la supervisión de los programas de beneficios del gobierno.

Demandas y Disputas. Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

Aplicación de la Ley. Podemos divulgar PHI si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar; (2) identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, pero solo si se divulga información limitada; (3) sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la víctima; (4) sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) sobre conductas delictivas que creemos que ocurrieron en las instalaciones de DHP; y (6) en circunstancias de emergencia para denunciar un delito o para determinar la ubicación del delito, sus víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos divulgar su PHI a un forense o médico forense para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar PHI a los directores de funerarias según sea necesario para ayudarlos a llevar a cabo sus deberes.

Donación de Órganos y Tejidos. Podemos divulgar PHI a organizaciones que manejan la obtención de órganos; o trasplante de órganos, ojos o tejidos; o a un banco de donación de órganos para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Servicios para Miembros de Nueces SA: 844-508-4672

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 844-508-4674

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su PHI con fines de investigación. Antes de usar o divulgar la PHI para la investigación, el proyecto de investigación habrá sido aprobado a través de una Junta de Revisión Institucional. Es posible que no se requiera aprobación previa cuando los investigadores están preparando un proyecto de investigación y necesitan buscar información sobre miembros con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la PHI no salga de DHP.

Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad. Podemos usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Esto puede incluir, pero no se limita a, la divulgación a la policía si la información es necesaria para identificar o detener a un fugitivo o criminal violento.

A las autoridades Gubernamentales Autorizadas y a los Oficiales Militares. Podemos divulgar PHI con respecto a miembros de las fuerzas armadas o a autoridades federales autorizadas para investigaciones oficiales, inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional.

A programas gubernamentales Autorizados que Proporcionen Beneficios Públicos. Podemos divulgar su PHI con respecto a su elegibilidad o inscripción en DHP a otra agencia que administre un programa gubernamental que brinde beneficios públicos según lo autorice o exija la ley.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley en circunstancias específicas.

Compensación de Trabajadores. Podemos divulgar su PHI para compensación de trabajadores o programas similares.

Divulgaciones que Requieren una Autorización. Otros usos y divulgaciones se realizarán solo con una autorización válida. Excepto en ciertas circunstancias, debemos obtener una autorización para cualquier uso o divulgación de PHI para marketing, notas de psicoterapia o venta de PHI.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted. Si tiene preguntas sobre cómo ejercer sus derechos, utilice la información de contacto al final de este aviso.

Derecho a Solicitar Restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la PHI que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar o cumplir con su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia, o el acuerdo se haya terminado de acuerdo con las pautas de HIPAA. Las solicitudes deben recibirse por escrito.

Derecho a Restringir Divulgaciones a los Planes de Salud. Aceptaremos su solicitud de restringir el uso o la divulgación de PHI para pagos u operaciones de atención médica a un plan de salud para un servicio o artículo por el cual usted, o alguien que no sea el plan de salud, haya pagado al proveedor de atención médica en su totalidad.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por teléfono en el trabajo o que solo lo contactemos por correo en su hogar. Su solicitud debe especificar cómo, dónde o cuándo desea ser contactado. Este derecho solo se aplica si usted declara claramente que la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o la ubicación solicitada.

Derecho a Inspeccionar y Recibir una Copia. Tiene derecho a solicitar acceso para inspeccionar, recibir una copia física o electrónica, o recibir un resumen de su PHI contenida en un conjunto de registros designado. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas. Por ejemplo, las notas de psicoterapia están prohibidas de ser inspeccionadas o copiadas. Podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Estamos obligados a notificarle con anticipación con respecto a estos cargos. Si su solicitud es denegada, se lo notificaremos y usted puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud con licencia, elegido por DHP, realizará una revisión secundaria. La revisión no será realizada por ningún profesional de la salud involucrado en la denegación de su solicitud original. Cumpliremos con el resultado de la revisión en la medida permitida por la ley.

Derecho de Enmienda. Si cree que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar una enmienda. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para DHP. Debe incluir una razón que respalde su solicitud. Todas las solicitudes de modificación deben hacerse por escrito. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que: (1) no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda; (2) no forma parte de la PHI mantenida por o para DHP; (3) no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (4) es preciso y completo. DHP le notificará si rechazamos la solicitud e incluirá instrucciones sobre cómo puede apelar la solicitud o presentar una queja.

Derecho a ser Notificado. Tiene derecho a ser notificado sobre una violación ilegal de la PHI no segura.

Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un informe de las divulgaciones relacionadas con ciertas divulgaciones relacionadas con su PHI. Podemos cobrarle una tarifa razonable si solicita una divulgación más de una vez al año.

Información mantenida en Registros en Papel. Puede solicitar un registro de divulgaciones que se hayan realizado a personas o entidades que no sean para tratamiento, pago u operaciones de atención médica que hayan tenido lugar en los últimos seis (6) años.

Información Mantenido Electrónicamente. Sujeto a un cronograma establecido por la ley federal, si mantenemos su PHI electrónicamente, usted tiene derecho a solicitar un informe de todas las divulgaciones. Según la ley federal, usted puede solicitar un informe por un período de tres (3) años antes de la fecha en que se solicita el informe.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Derecho a una Copia de este Aviso. Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso en cualquier momento. También puede obtener una copia electrónica de este aviso haciendo clic en [Notice of Privacy Practices \(NOPP\)](#) ubicado en el sitio web de DHP en driscollhealthplan.com.

Derecho a Revocar la Autorización. Tiene derecho a revocar una autorización previa que haya realizado para usos y divulgaciones en cualquier momento, siempre que la revocación se presente por escrito. La revocación entrará en vigor al recibirla y validarla, con la excepción y en la medida en que la entidad haya utilizado o divulgado previamente la PHI basándose en una autorización previa.

Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar o revisar este aviso en cualquier momento. El nuevo aviso contendrá la fecha de vigencia. DHP se reserva el derecho de aplicar el aviso modificado a toda la PHI previamente adquirida sobre usted. Como parte de su envío anual, recibirá una copia del aviso actual vigente.

Quejas: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja utilizando la información de contacto al final de este aviso, o comunicándose con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, Teléfono: 800-368-1019, o Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Cualquier solicitud oficial relacionada con estos derechos debe dirigirse a:

Driscoll Health System, Chief Privacy Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
Teléfono de la oficina: 877-324-7543