



Driscoll
Health Plan



TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS
STAR Kids
Your Health Plan ★ Your Choice

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

NUECES | HIDALGO

**SEPTEMBER
2023**

AN AFFILIATE OF
DRISCOLL HEALTH SYSTEM

MEMBER SERVICES

Toll-free:

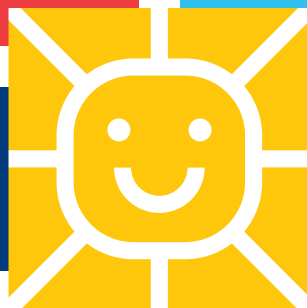
1-844-508-4672 Nueces

1-844-508-4674 Hidalgo

TTY: 1-800-735-2989



driscollhealthplan.com



STAR Kids Value-Added Services

RESPIRE CARE SERVICES**

- Up to 32 hours of respite care each year for Members getting personal care services (PCS).

PEST CONTROL**

- High-risk members with chronic health conditions can get pest control services.

SENSORY PRODUCTS**

- Up to \$75 towards a sensory packet.

COMMUNITY-BASED SPECIALTY SERVICES**

- Members can participate in Community-Based Specialty Services including equine therapy, music therapy, or aquatic therapy.

ASTHMA**

- \$20 gift card after five months of continuous asthma controller medication refills.
- Two hypoallergenic pillow covers and bed covers.

VISION*

- \$150 allowance towards frames, lenses, or contact lenses every two years.

FIRST AID KIT*

- One first-aid kit per family.

GIFTS FOR COMPLETING CHECKUPS*

- \$20 gift card for completing four on-time Newborn Texas Health Steps checkups.
- \$20 gift card for completing a 12 and 15 month Texas Health Steps checkups.
- \$20 gift card for completing a yearly Texas Health Steps checkup.
- \$25 gift card for completing a prenatal checkup.
- \$25 gift card for completing a post-partum checkup.
- \$25 gift card for completing a mental health follow-up.
- \$20 gift card for completing a follow-up with your provider.

TRANSPORTATION*

- Rides to local food pantries, grocery stores, DHP health education classes, DHP community events, Social Security Administration office, and DHP sponsored events.

OVER-THE-COUNTER BENEFITS*

- \$50 gift card for over-the-counter items.
- Up to 20% discount on over-the-counter items at the Driscoll Children's Hospital Pharmacy.

EXTRA HELP FOR PREGNANT MEMBERS*

- \$100 gift card for attending a Get Ready for Baby educational baby shower.
- \$20 gift card for moms who attend a parenting class.
- \$20 gift card for moms who complete a home visit.
- \$20 gift card for completing a Pregnancy Health Risk Assessment (HRA).
- One year membership of SHIPT grocery delivery service for high-risk pregnant members.
- Nutritional counseling with a nutritionist.
- Lactation consultation

For a listing of our baby showers and parenting classes, visit:

driscollhealthplan.com/get-ready-for-baby

SPORTS OR SCHOOL PHYSICALS*

- One sports or school physical.

HEALTH AND WELLNESS*

- Up to \$500 MDPC copay coverage towards a nursing home stay.
- Up to \$150 to help with the registration cost to a special needs camp.
- Up to \$75 in gift cards for completing a DHP or Case Management educational program.
- Up to \$60 in gift cards for completing a Triple P session.
- \$50 gift card for joining a health and wellness program including sports program, gym membership, 5k race, dance class, art class, yoga class, or music lessons.
- \$25 gift card when you get a COVID-19 vaccine.
- \$20 gift card for completing a Child Passenger Safety class.
- One activity tracker for weight management.
- Lice removal treatment
- ID wristband
- Menstrual cycle kit
- Educational braille learning kit
- **Hidalgo Service Area Only:** Healthy Living Diabetes kit and enrollment in the Unidos Contra la Diabetes program.

This is not an all-inclusive list of extra services. Restrictions and/or limitations apply. These extra services are valid September 1, 2023 – August 31, 2024.

Nueces Service Area

*Call Member Services: 1-844-508-4672

**Call Service Coordination: 1-844-508-4673

Hidalgo Service Area

*Call Member Services: 1-844-508-4674

**Call Service Coordination: 1-844-508-4675



Dear Driscoll Health Plan Member:

Thank you for choosing Driscoll Health Plan (DHP)! We are here to provide quality health care for you and your family.

Driscoll Health Plan covers a wide range of services and benefits. This handbook will help you get to know your coverage. It will help you get the services you need and learn more about Driscoll Health Plan’s extra benefits.

We want you to be satisfied with your health care services. Our staff speaks English and Spanish and can help answer your questions. We also have special services for people who have trouble reading, hearing, seeing, understanding, or speaking a language other than English or Spanish. You can also ask for this Handbook and any other Member materials in audio, large print, braille, and other languages. You will receive printed materials within five business days. To get help with language assistance and auxiliary aids services at no cost to you, call Member Services at **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-735-2989).

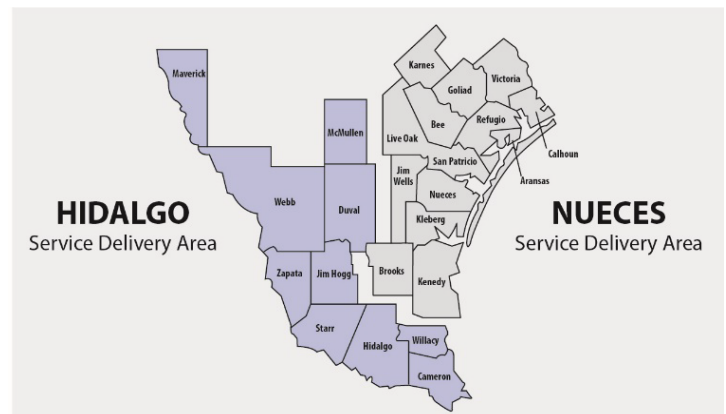
To learn more or request member materials visit us at: driscollhealthplan.com

The Member Handbook is reviewed once per year. If there are any health plan changes, we will let you know through newsletters and other mailings.

Preventative care is very important because it helps you stay well. It is important to get your exams on time each year. We urge you to read the sections on ***Things You Can Do to Stay Healthy*** and ***Taking Care of Yourself and Your Family***. These sections tell you what you need to do to stay healthy.

We look forward to serving you.

Welcome to the Driscoll Health Plan Family!





Phone Numbers

Member Services	
Available 24/7, regular business hours 8 a.m. to 5 p.m. CST, Monday-Friday, excluding state approved holidays. You can leave a message after hours, on weekends, and holidays. Our staff speaks English and Spanish. Interpreter services are available. For an Emergency, dial 911 or go to your nearest emergency room.	
Nueces Service Area	1-844-508-4672
Hidalgo Service Area	1-844-508-4674
TTY for the deaf and hard of hearing	1-800-735-2989
Service Coordination	
Regular business hours 8 a.m. to 5 p.m. CST, Monday-Friday, excluding state approved holidays. You can leave a message after hours, on weekends, and holidays.	
Nueces Service Area	1-844-508-4673
Hidalgo Service Area	1-844-508-4675
Nurse Advice Line	
Available 24 hours a day, 7 days a week. Our staff speaks English and Spanish. Interpreter services are available.	
Nueces Service Area	1-844-308-8701
Hidalgo Service Area	1-844-714-7887
Behavioral Health Hotline	
Available 24 hours a day, 7 days a week. For an Emergency, dial 911 or go to your nearest emergency room. Our staff speaks English and Spanish. Interpreter services are available.	
Nueces Service Area	1-833-532-0209
Hidalgo Service Area	1-833-532-0219
Non-emergency Medical Transportation (NEMT)	
Call Monday - Friday, 8 a.m. to 5 p.m., or visit saferidehealth.com/riders to schedule a ride or check status of a pickup. Our staff speaks English and Spanish. Interpreter services are available.	
SafeRide Health Transportation Services	1-833-694-5881
TTY for the deaf and hard of hearing	1-800-735-2989
Vision Services	
Nueces Service Area	1-844-305-8300
Hidalgo Service Area	1-844-725-6410
Dental Services	
Call your or your child's Medicaid dental plan to learn more about the dental services they provide.	
DentaQuest	1-800-516-0165
MCNA Dental	1-855-691-6262
United Healthcare Dental	1-877-901-7321
Other Important Phone Numbers	
Ombudsman Managed Care Assistance Team	1-866-566-8989
STAR Kids Program Help Line	1-800-964-2777
Pharmacy Assistance	1-877-324-7543

Table of Contents

WELCOME	8		
IMPORTANT THINGS YOU SHOULD KNOW	8		
<i>Things You Can Do to Stay Healthy</i>	<i>8</i>		
<i>What is the STAR Kids Screening and Assessment Instrument (SK-SAI) and how does it affect my child?.....</i>	<i>9</i>		
<i>How soon must the STAR Kids Screening and Assessment Instrument (SK-SAI) be completed?.....</i>	<i>9</i>		
MEMBER EMERGENCY DISASTER PREPAREDNESS	9		
MEMBER IDENTIFICATION (ID) CARD	10		
YOUR TEXAS BENEFITS (YTB) MEDICAID CARD	10		
<i>What to do if you lose Your Texas Benefits Medicaid Card – Temporary Verification Form 1027-A</i>	<i>11</i>		
MEDICAID CLIENT PORTAL	11		
STAR KIDS ELIGIBILITY	11		
STAR KIDS RENEWAL.....	12		
<i>What do I do if I need help with completing my renewal application?.....</i>	<i>12</i>		
MEMBER SERVICES.....	12		
<i>How can Member Services Help You?</i>	<i>12</i>		
MEMBER PORTAL	12		
NURSE ADVICE LINE.....	13		
DOWNLOAD THE DRISCOLL HEALTH SYSTEM MOBILE APP .13			
<i>How do I get it?</i>	<i>13</i>		
<i>Need help downloading the app?</i>	<i>13</i>		
<i>What information can I access?.....</i>	<i>13</i>		
CHOOSING YOUR PRIMARY CARE PROVIDER “YOUR MEDICAL HOME/HEALTH HOME”	13		
<i>What is a Primary Care Provider (PCP)?.....</i>	<i>13</i>		
<i>What is a Medical Home/Health Home?.....</i>	<i>14</i>		
<i>Can a specialist ever be a Primary Care Provider?</i>	<i>14</i>		
<i>Can a clinic be my Primary Care Provider (Rural Health Clinic/Federally Qualified Health Center)?</i>	<i>14</i>		
<i>How do I choose a Primary Care Provider?</i>	<i>14</i>		
<i>How can I get a copy of the Provider Directory?.....</i>	<i>14</i>		
<i>How can I change my Primary Care Provider?</i>	<i>14</i>		
<i>How many times can I change my/my child’s Primary Care Provider?.....</i>	<i>14</i>		
<i>When will my Primary Care Provider change become effective?.....</i>	<i>14</i>		
<i>Are there any reasons why a request to change a Primary Care Provider may not be approved?</i>	<i>15</i>		
<i>Can my Primary Care Provider move me to another Primary Care Provider for non-compliance?</i>	<i>15</i>		
			<i>What if I choose to go to another doctor who is not my Primary Care Provider?</i>
			<i>15</i>
			<i>What is an Out of Network Provider?</i>
			<i>15</i>
			<i>What if I choose to go to a Provider who is not part of Driscoll Health Plan network?.....</i>
			<i>15</i>
			PHYSICIAN INCENTIVE PLAN.....
			15
			<i>What is a Physician Incentive Plan?</i>
			<i>15</i>
			GETTING CARE FROM A SPECIAL DOCTOR (SPECIALIST).....
			16
			<i>What is a specialist?</i>
			<i>16</i>
			<i>What if I need to see a special doctor?</i>
			<i>16</i>
			<i>What is a referral?</i>
			<i>16</i>
			<i>Who do I call if I have special health care needs and need someone to help me?.....</i>
			<i>16</i>
			<i>How soon can I expect to see a specialist?</i>
			<i>16</i>
			<i>How can I ask for a second opinion?.....</i>
			<i>16</i>
			<i>What services do not need a referral?.....</i>
			<i>16</i>
			CARE THAT REQUIRES A HEALTH PLAN APPROVAL (PRIOR AUTHORIZATION)
			16
			<i>What is a Prior Authorization?.....</i>
			<i>16</i>
			<i>What services need Prior Authorization?.....</i>
			<i>16</i>
			<i>How long will it take to process a routine authorization?</i>
			<i>17</i>
			<i>How do I know if my services have been approved or denied?.....</i>
			<i>17</i>
			<i>What does Medically Necessary mean, both Acute Care and Behavioral Health?.....</i>
			<i>17</i>
			IN-LIEU-OF SERVICES
			18
			GETTING ROUTINE CARE FROM A DOCTOR
			19
			<i>What is routine medical care?</i>
			<i>19</i>
			<i>What do I need to bring to a doctor’s appointment? ...</i>
			<i>19</i>
			<i>How do I get medical care after my Primary Care Provider’s office is closed?</i>
			<i>19</i>
			GETTING URGENT MEDICAL AND EMERGENCY MEDICAL/DENTAL CARE
			19
			URGENT MEDICAL CARE.....
			19
			<i>What is Urgent Medical Care?.....</i>
			<i>19</i>
			<i>What should I do if my child or I need urgent medical care?</i>
			<i>19</i>
			<i>How soon can I expect to be seen?</i>
			<i>20</i>
			EMERGENCY MEDICAL CARE.....
			20
			<i>What is Emergency Medical Care?</i>
			<i>20</i>
			<i>How soon can I expect to be seen?</i>
			<i>20</i>
			<i>What is post-stabilization?</i>
			<i>20</i>
			EMERGENCY DENTAL CARE
			20

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

<i>Are Emergency Dental Services covered by DHP?</i>	20	<i>How do I choose an OB/GYN?</i>	30
<i>What do I do if my child needs Emergency Dental Care?</i>	21	<i>If I do not choose an OB/GYN, do I have direct access?</i> 30	
OUT OF AREA DOCTOR VISITS.....	21	<i>Will I need a referral?</i>	30
<i>What do I do if I need to see a doctor that is out of the Area?</i>	21	<i>How soon can I be seen after contacting my OB/GYN for an appointment?</i>	30
<i>What if I get sick when I am out of town or traveling?</i> .21		<i>Can I stay with my OB/GYN if they are not with Driscoll Health Plan?</i>	30
<i>What if I am out of the state?</i>	21	EXAMS AND SCREENINGS.....	30
<i>What if I am out of the country?</i>	21	MAMMOGRAMS.....	30
WHEN SHOULD I GO SEE MY DOCTOR, URGENT CARE, OR THE EMERGENCY ROOM (SEE TABLE)	22	FAMILY PLANNING.....	30
TAKING CARE OF YOURSELF AND YOUR FAMILY.....	23	<i>How do I get family planning services?</i>	30
NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (NICU).....	23	<i>Do I need a referral for this?</i>	31
NEWBORN CARE	23	<i>Where do I find a family planning service provider?</i>	31
<i>Can I pick a Primary Care Provider for my baby before the baby is born?</i>	23	CARE FOR PREGNANT WOMEN	31
<i>How and when can I switch my baby’s Primary Care Provider?</i>	23	<i>What if I am pregnant?</i>	31
<i>How do I get Medicaid for my newborn baby?</i>	23	<i>Who do I need to call?</i>	31
<i>How and when do I tell Driscoll Health Plan and my Caseworker?</i>	23	CARE DURING PREGNANCY	31
<i>Can I change my baby’s health plan?</i>	23	CASE MANAGEMENT FOR PREGNANT WOMEN	31
PREVENTATIVE HEALTH OR SELF-MANAGEMENT	23	OTHER DRISCOLL HEALTH PLAN SERVICES AND EDUCATION FOR PREGNANT MEMBERS.....	31
HEALTH EDUCATION	23	GET READY FOR BABY -BABY SHOWERS.....	31
<i>What Health Education classes does Driscoll Health Plan offer?</i>	23	<i>Text4baby Program</i>	32
<i>Health Education Text Messages</i>	23	ZIKA VIRUS	32
HEAD START PROGRAMS.....	24	<i>What is the Zika Virus?</i>	32
TEXAS HEALTH STEPS	24	<i>Where is the Zika Virus?</i>	32
<i>What is Texas Health Steps?</i>	24	<i>Who is at risk?</i>	32
<i>What services are offered by Texas Health Steps?</i>	24	<i>What are the symptoms?</i>	32
<i>How and when do I get Texas Health Steps medical and dental checkups for my child?</i>	25	<i>How can I protect myself from the Zika Virus?</i>	32
<i>Does my doctor have to be part of Driscoll Health Plan?</i>	25	<i>How can I get mosquito spray/lotion?</i>	32
TEXAS HEALTH STEPS DENTAL CHECKUPS.....	25	HELP AFTER PREGNANCY.....	32
<i>Do I have to have a referral?</i>	25	<i>When should you have a post-partum visit?</i>	32
<i>What if I need to cancel an appointment?</i>	25	BREAST PUMPS.....	32
<i>What if I am out of town and my child is due for a Texas Health Steps checkup?</i>	25	<i>Why would you need a breast pump?</i>	32
TEXAS HEALTH STEPS MEDICAL AND DENTAL CHECKUP SCHEDULE ...	25	<i>How do I get a breast pump?</i>	33
VACCINES.....	26	<i>Where can I get a breast pump?</i>	33
WOMEN’S HEALTH	30	HOW CAN I RECEIVE HEALTH CARE AFTER MY BABY IS BORN (AND I AM NO LONGER COVERED BY MEDICAID)?	33
WHAT IF I NEED OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (OB/GYN) CARE?.30		HEALTHY TEXAS WOMEN PROGRAM.....	33
<i>Do I have the right to choose an OB/GYN?</i>	30	<i>If I have Medicaid for Pregnant Women, can I transition to the Healthy Texas Women Program (HTW)?</i>	33
		OTHER PREVENTATIVE CARE PROGRAMS.....	34
		<i>DSHS Primary Health Care Services Program</i>	34
		<i>DSHS Family Planning Program</i>	34
		<i>Where do I find a family planning service provider?</i>	34
		SERVICE COORDINATION.....	34

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

<p><i>What is Service Coordination?</i>34</p> <p><i>What will a Service Coordinator do for me?</i>.....34</p> <p><i>How can I talk to a Service Coordinator?</i>35</p> <p><i>Individual Service Plan (ISP)</i>.....35</p> <p>TRANSITION PLANNING.....35</p> <p><i>What is Transition Planning?</i>35</p> <p><i>What is a Transition Specialist?</i>35</p> <p><i>How can I talk to a Transition Specialist?</i>.....35</p> <p>DISEASE MANAGEMENT35</p> <p><i>What is Disease Management?</i>35</p> <p>MEMBERS WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS (MSHCN)...35</p> <p>WHAT IS EARLY CHILDHOOD INTERVENTION (ECI)?.....36</p> <p><i>Do I need a referral?</i>.....36</p> <p><i>Where do I find an ECI Provider?</i>.....36</p> <p>ADOPTION ASSISTANCE & PERMANENCY CARE ASSISTANCE36</p> <p><i>What is Adoption Assistance (AA)?</i>36</p> <p><i>Who can get Adoption Assistance?</i>.....36</p> <p><i>What benefits are offered under the AA Program?</i>36</p> <p><i>What is Permanency Care Assistance (PCA)?</i>36</p> <p><i>Who is able to get Permanency Care Assistance?</i>.....36</p> <p><i>What benefits may be offered under PCA?</i>36</p> <p><i>Where can I go for help?</i>36</p> <p><i>What if I need to change my address or phone number?</i>37</p> <p>CASE MANAGEMENT37</p> <p>FARM WORKERS AND CHILDREN OF TRAVELING FARM WORKERS CASE MANAGEMENT37</p> <p><i>What if I am a Traveling Farmworker?</i>37</p> <p>BEHAVIORAL HEALTH CASE MANAGEMENT37</p> <p><i>What are mental health rehabilitation services and mental health targeted Case Management?</i>37</p> <p><i>How do I get these services?</i>37</p> <p>CASE MANAGEMENT FOR CHILDREN AND PREGNANT WOMEN.....37</p> <p><i>What is Case Management for children and pregnant women?</i>.....37</p> <p><i>Who can get a Case Manager?</i>37</p> <p><i>What do Case Managers do?</i>.....37</p> <p><i>What kind of help can you get?</i>.....37</p> <p><i>How can you get a Case Manager?</i>.....38</p> <p>BEHAVIORAL HEALTH38</p> <p>HOW DO I GET HELP IF I HAVE A BEHAVIORAL (MENTAL) HEALTH DISORDER?.....38</p>	<p>MENTAL HEALTH SERVICES 38</p> <p><i>How do I get mental health rehabilitation services and mental health targeted Case Management?</i>..... 38</p> <p>SUBSTANCE MISUSE SERVICES 38</p> <p><i>How do I get substance misuse services?</i>..... 38</p> <p><i>Do I need a referral for this?</i> 38</p> <p>MENTAL HEALTH PARITY AND ADDICTION EQUITY ACT..... 38</p> <p><i>What is Mental Health Parity?</i>..... 38</p> <p>SPECIAL SERVICES.....38</p> <p>INTERPRETER SERVICES..... 38</p> <p><i>Can someone interpret for me when I talk with my doctor?</i>..... 38</p> <p><i>Who do I call for an interpreter?</i>..... 38</p> <p><i>How far in advance do I need to call?</i>..... 38</p> <p><i>How can I get a face-to-face interpreter in the provider’s office?</i> 39</p> <p>NON-EMERGENCY MEDICAL TRANSPORTATION (NEMT) SERVICES – SAFERIDE HEALTH 39</p> <p><i>Who is SafeRide Health?</i>..... 39</p> <p><i>What services does SafeRide Health offer?</i>..... 39</p> <p><i>How to get a ride?</i>..... 39</p> <p><i>Who do I call for a ride to a medical appointment?</i>..... 39</p> <p><i>How far in advance do I need to call for a ride?</i> 39</p> <p><i>Where’s my ride?</i> 40</p> <p><i>Can someone I know give me a ride to my appointment and get paid for mileage?</i>..... 40</p> <p>BENEFITS AND SERVICES.....40</p> <p><i>What are my acute care/health care benefits?</i> 40</p> <p><i>How do I get these services?</i>..... 41</p> <p><i>Are there any limits on any covered services?</i> 41</p> <p>DENTAL SERVICES..... 41</p> <p><i>What dental services does Driscoll Health Plan cover for children?</i>..... 41</p> <p>VISION SERVICES..... 41</p> <p><i>How do I get eye care services?</i> 41</p> <p><i>When should I get routine eye care?</i>..... 41</p> <p>PHARMACY AND PRESCRIPTIONS.....41</p> <p><i>What are my prescription benefits?</i>..... 41</p> <p><i>How do I get my medications?</i>..... 41</p> <p><i>How do I find a network pharmacy?</i>..... 41</p> <p><i>What if I go to a pharmacy not in the network?</i>..... 41</p> <p><i>What do I bring with me to the pharmacy?</i>..... 41</p> <p><i>What if I need my medications delivered to me?</i>..... 42</p> <p><i>Who do I call if I can’t get my medications?</i> 42</p>
---	---

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

<p><i>What if I can't get the medication my doctor ordered approved?</i>42</p> <p><i>How do I get my medications if I am in a Nursing Facility?</i>42</p> <p><i>What if I lose my medication(s)?</i>.....42</p> <p><i>What is the Medicaid Lock-In Program?</i>42</p> <p><i>How can I get a list of the prescriptions that are covered by my benefits?</i>42</p> <p><i>What if I need durable medical equipment (DME) or other products normally found in a pharmacy?</i>.....42</p> <p>LONG TERM SERVICES AND SUPPORTS (LTSS)42</p> <p><i>What are my Long Term Services and Supports (LTSS) Benefits?</i>.....43</p> <p><i>I am in the Medically Dependent Children Program (MDCP). How do I get services for my LTSS?</i>43</p> <p><i>I am in the Community Living Assistance & Support Services (CLASS) waiver. How do I get services for my LTSS?</i>43</p> <p><i>I am in the Deaf-Blind with Multiple Disabilities (DBMD) waiver. How do I get services for my LTSS?</i>.....43</p> <p><i>I am in the Home and Community-Based Services (HCS) waiver. How do I get services for my LTSS?</i>.....43</p> <p><i>I am in the Texas Home Living (TxHmL) waiver. How do I get services for my LTSS?</i>.....43</p> <p><i>I am in the Youth Empowerment Services waiver (YES). How do I get services for my LTSS?</i>44</p> <p><i>What number do I call to find out about these services?</i>44</p> <p>CONSUMER DIRECTED SERVICES (CDS)44</p> <p>WHAT IS COGNITIVE REHABILITATION THERAPY (CRT)?.....44</p> <p>LTSS BENEFITS TABLE45</p> <p>WHAT IS PRIVATE DUTY NURSING (PDN)?46</p> <p>HOW CAN PERSONAL CARE SERVICES (PCS) HELP ME?46</p> <p>WHAT CAN COMMUNITY FIRST CHOICE (CFC) DO FOR ME?.....46</p> <p>NURSING FACILITIES46</p> <p><i>Will my STAR Kids benefits change if I am in a Nursing Facility?</i>46</p> <p><i>Will I keep getting STAR Kids benefits if I am in a Nursing Facility?</i>46</p> <p>PRESCRIBED PEDIATRIC EXTENDED CARE CENTERS (PPECC)46</p> <p><i>What is the Prescribed Pediatric Extended Care Center?</i>46</p> <p><i>How do I get these services? What number do I call to find out about these services?</i>.....47</p> <p><i>What if I also have Medicare?</i>.....47</p>	<p>WHAT OTHER SERVICES CAN DRISCOLL HEALTH PLAN HELP ME GET?47</p> <p>EXTRA BENEFITS47</p> <p><i>What extra benefits do I get as a Member of Driscoll Health Plan?</i>.....47</p> <p><i>What is a Value-Added Service?</i>47</p> <p><i>How can I get these benefits?</i>47</p> <p>VALUE-ADDED SERVICES.....48</p> <p>WHAT SERVICES ARE NOT COVERED BY DRISCOLL HEALTH PLAN?.....54</p> <p>OTHER IMPORTANT INFORMATION54</p> <p>WHAT DO I HAVE TO DO IF I MOVE?.....54</p> <p>WHAT IF I WANT TO CHANGE HEALTH PLANS?54</p> <p><i>Can Driscoll Health Plan ask that I get dropped from their health plan for non-compliance?</i>.....54</p> <p>WHAT SHOULD I DO IF I GET A BILL?.....55</p> <p><i>Who do I call?</i>.....55</p> <p><i>What information will they need?</i>55</p> <p><i>Can my Medicare Provider bill me for services or supplies if I am in both Medicare and Medicaid?</i>55</p> <p>LOSS OF MEDICAID COVERAGE.....55</p> <p><i>What happens if I lose my Medicaid coverage?</i>.....55</p> <p>WHAT DO I DO IF I HAVE OTHER INSURANCE IN ADDITION TO MEDICAID?55</p> <p><i>When should others pay?</i>.....55</p> <p><i>More Than One Health Plan</i>.....55</p> <p><i>Injury Caused by Others</i>55</p> <p>MEMBER SATISFACTION56</p> <p><i>Member Satisfaction Surveys</i>.....56</p> <p><i>Member Advisory Group</i>56</p> <p>REPORTING ABUSE, NEGLECT, AND EXPLOITATION56</p> <p><i>What are Abuse, Neglect, and Exploitation?</i>56</p> <p><i>Reporting Abuse, Neglect, and Exploitation</i>56</p> <p><i>Helpful Information for Filing a Report</i>.....56</p> <p>COMPLAINTS, APPEALS, EMERGENCY APPEAL, EXTERNAL MEDICAL REVIEW, AND STATE FAIR HEARING56</p> <p>COMPLAINTS57</p> <p><i>Complaint Process</i>.....57</p> <p><i>What should I do if I have a Complaint?</i>57</p> <p><i>Driscoll Health Plan Complaint Procedures</i>.....57</p> <p><i>Who do I call?</i>.....57</p> <p><i>Can someone from Driscoll Health Plan help me file a complaint?</i>57</p>
---	--

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

<i>What are the requirements and timeframes for filing a Complaint?</i>	57
<i>How long will it take to process my Complaint?</i>	57
APPEALS	58
<i>Appeal Process</i>	58
<i>What can I do if my doctor asks for a service for me that's covered, but Driscoll Health Plan denies it or limits it?</i>	58
<i>How will I find out if services are not approved?</i>	58
<i>How do I submit an Appeal?</i>	58
<i>Can someone from Driscoll help me file an Appeal?</i>	58
<i>What are the timeframes for the appeal process?</i>	58
EMERGENCY APPEAL	58
<i>What is an Emergency Appeal?</i>	58
<i>How do I ask for an Emergency Appeal?</i>	58
<i>Who can help me file an Emergency Appeal?</i>	59
<i>Does my request have to be in writing?</i>	59
<i>What are the timeframes for an Emergency Appeal?</i>	59
<i>What happens if DHP denies the request for an Emergency Appeal?</i>	59
EXTERNAL MEDICAL REVIEW	59
<i>Can a Member ask for an External Medical Review?</i>	59
<i>Can I ask for an emergency External Medical Review?</i>	60
STATE FAIR HEARING	60
<i>Can I ask for a State Fair Hearing?</i>	60
<i>Can I ask for an Emergency State Fair Hearing?</i>	61
ADVANCE DIRECTIVES	61
<i>What if I am too sick to make a decision about my medical care?</i>	61
<i>What are Advance Directives?</i>	61
<i>How do I get an Advance Directive?</i>	61
REPORT WASTE, ABUSE, OR FRAUD	61
<i>Do you want to report Waste, Abuse, or Fraud?</i>	61
ELECTRONIC VISIT VERIFICATION	62
RIGHTS AND RESPONSIBILITIES	62
FREQUENTLY ASKED QUESTIONS (FAQ)	63
<i>Do I have to participate in EVV?</i>	63
<i>How do attendants clock-in and clock-out?</i>	63
<i>What if I don't have a home landline phone or I don't want my attendant to use my home landline?</i>	63
<i>Can I receive services in the community with EVV?</i>	64
<i>Who do I contact with questions or concerns?</i>	64
MANAGED CARE TERMINOLOGY	64
INFORMATION THAT IS AVAILABLE TO MEMBERS ONCE A YEAR	66
Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672	
Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674	
DRISCOLL HEALTH PLAN'S PARTNER'S PROVIDING CARE/SERVICES	66
WHAT ARE MY MEMBER RIGHTS AND RESPONSIBILITIES?	67
MEMBER RIGHTS	67
MEMBER RESPONSIBILITIES	68
DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW	70
PROFICIENCY OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES	71
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES	73
OUR RESPONSIBILITIES	77
SHARING OF HEALTH INFORMATION	77

Welcome

Welcome to the Driscoll Health Plan (DHP) family! Driscoll Health Plan is a nonprofit community-based health plan. Driscoll Health Plan is a part of Driscoll Health System. Together, we have been taking care of kids and their families for over 70 years. We are committed to ensuring you get the best health care. We offer a large network of providers, specialists, and hospitals. You will have access to quality doctors and our expert staff.

This handbook contains information about how the health plan works. It tells you what to expect and provides answers to many questions. The member handbook includes information on:

- Choosing your Primary Care Provider
- Getting emergency care
- Taking care of yourself
- Service Coordination
- Case and Disease Management
- Behavioral Health and Substance Misuse Services
- Benefits
- Interpreter and Transportation Services
- Long-Term Services and Supports
- Prescription coverage
- And many other topics

Please take the time to read this handbook. We want you to be satisfied with your health care services. Our staff speaks English and Spanish and can help answer your questions. We also have special services for people who have trouble reading, hearing, seeing, understanding, or speaking a language other than English or Spanish. You can also ask for this handbook and any other member materials in audio, large print, braille, and other languages. You will receive printed materials within five business days. To get help with language assistance and auxiliary aids services at no cost to

you, call Member Services at **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-735-2989). Members or their legally authorized representatives can send their request in writing to the address below.

Driscoll Health Plan
4525 Ayers St
Corpus Christi, TX 78415

You can also request member materials by visiting: driscollhealthplan.com

Important Things You Should Know

Things You Can Do to Stay Healthy

Preventive care is an important part of staying healthy. You can stay healthy by getting timely checkups, getting vaccines, and making regular visits to your doctor. Working together, we can keep you and your family healthy and happy.

The following are some things you can do to stay healthy:

- Establish a good relationship with your doctor. You and your doctor need to work as a team.
- Get your checkups and vaccines on time.
- If you are overdue or due for a Texas Health Steps checkup, you should have your checkup **within 90 days after joining Driscoll Health Plan.**
- Newborns should be seen by a doctor **3-5 days after birth.**
- Pregnant women should get a prenatal exam within **42 days of enrollment or in the first trimester.**
- New moms should have a post-partum exam within **7-84 days after delivery.**
- Texas Health Steps checkups once a year on or shortly after your child's birthday.
- Be sure to mail in the completed health risk assessment in your welcome packet. This

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

will help our Service Coordinators know what you need.

Call your doctor for non-emergency care. He or she can get you the right care that you need. Only visit the emergency room for an emergency.

What is the STAR Kids Screening and Assessment Instrument (SK-SAI) and how does it affect my child?

The Star Kids Screening and Assessment Instrument is the assessment tool that is used to set up a detailed care plan for your child. The care plan is called an Individual Service Plan (ISP). The Service Coordinator, the Member, and the parent will complete the assessment. The SK-SAI will be completed in your home or at another location of your choice. We will schedule a convenient time to meet with you to complete the assessment. The SK-SAI will let both the family and the Service Coordinator have input in deciding what services and what amounts of each service are right for your child. The assessment will allow the Service Coordinator to set up the necessary authorizations to ensure that the medical care for your child is not disrupted. There may be some changes to the services or amount of services you get. Our goal is to allow you and your child to have access to the providers you trust and to the services your child needs. Our promise to you is that the well-being of your child will always be a priority of our Service Coordinators.

How soon must the STAR Kids Screening and Assessment Instrument (SK-SAI) be completed?

Your SK-SAI must be scheduled:

- Within 15 business days of joining DHP if you are a Level 1 Member
- Within 30 business days of joining DHP if you are a Level 2 or 3 Member

Call your Service Coordinator to schedule a visit to complete the SK-SAI. If you don't know your Service Coordinator's number, you can call the following numbers for help:

- **Nueces Service Area: 1-844-508-4673**
- **Hidalgo Service Area: 1-844-508-4675**

Member Emergency Disaster Preparedness

Bad weather like hurricanes and tornadoes can be a threat in South Texas. The main concerns are:

- loss of power
- flooding
- high winds

Other types of emergencies such as a gas leak or fire can also happen. A hurricane or emergency disaster can happen at any time. You need to be ready if:

- you must leave your house,
- are without water, food, and electricity, or
- roads are closed.

It is important to have a plan before an emergency happens. You will need the plan during and after a hurricane or emergency disaster. Having a plan will reduce stress during the event. Driscoll Health Plan wants to make sure that you stay safe.

We want you to make a plan in case of an emergency. During a home visit, your Service Coordinator will:

- provide you with information to help make a plan
- answer questions
- help you find local resources after a disaster happens

We want you to stay informed during a hurricane or emergency disaster. Important information will be available in the following ways:

- Member Services Hotline at:
 - **Nueces: 1-844 508-4672**

Your Texas Benefits (YTB) Medicaid Card

- Hidalgo: 1-844 508-4674
- On our website: driscollhealthplan.com
- Text messaging
- Through your Service Coordinator

In addition to your Driscoll Health Plan Member ID card, you will receive a Your Texas Benefits Medicaid card from the State.

When you are approved for Medicaid, you will get the Your Texas Benefits Medicaid card. This plastic card will be your everyday Medicaid ID card. You should carry and protect it just like your driver's license or a credit card. Your doctor can use the card to find out if you have Medicaid benefits when you go for a visit.

You will be issued only one card and will receive a new card only if your card is lost or stolen. If your Medicaid ID card is lost or stolen, you can get a new one by calling toll-free at 1-800-252-8263, or by going online to order or print a temporary card at yourtexasbenefits.com.

If you are not sure if you are covered by Medicaid, you can find out by calling toll-free at 1-800-252-8263. You can also call 2-1-1 from your mobile phone (pick a language and then choose 2).

Your health history is a list of medical services and prescription medications that you have gotten through Medicaid. We share it with Medicaid doctors to help them decide what health care you need. If you don't want your doctors to see your health history through the secure online network, call toll-free at 1-800-252-8263 or opt-out at yourtexasbenefits.com.

The Your Texas Benefits Medicaid card has these facts printed on the front:

- Your name and Medicaid ID number.
- The date the card was sent to you.
- The name of the Medicaid program you're in if you get:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Healthy Texas Women Program (HTWP)

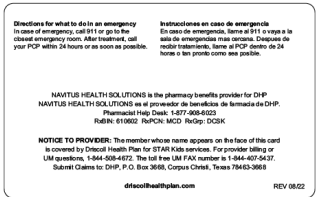
Be prepared! Have a plan in place for you and your family when severe weather or disaster strikes.

Here are additional resources for you and your family:

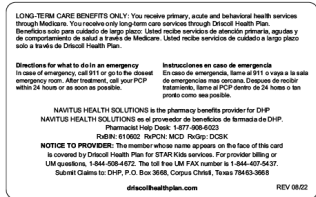
- Call 2-1-1
- txready.org/resources/
- ready.gov/
- redcross.org/

Member Identification (ID) Card

You will get a STAR Kids ID card after joining Driscoll Health Plan. Make sure everything on the card is correct. Call Member Services toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674** if you have questions. Each family member who joins Driscoll Health Plan should have his or her own ID card. Always keep your ID card with you. Take your ID card with you when you go to a doctor's visit and to the pharmacy. Call Member Services if you lose your card. We can mail you a new ID card right away.



If you are dual-eligible (you get Medicare and Medicaid) your ID card will not have PCP information. Your card will show Long Term Services and Supports.



STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- Hospice
- STAR Health
- Emergency Medicaid, or
- Presumptive Eligibility for Pregnant Women (PE)
- Facts your pharmacy will need to bill Medicaid.
- The name of your doctor and pharmacy if you are in the Medicaid Lock-in Program.

The back of the Your Texas Benefits Medicaid card has a website you can visit yourtexasbenefits.com and a phone number you can call toll-free at 1-800-252-8263 if you have questions about the new card.

If you forget your card, your doctor, dentist, or pharmacy can use the phone or the Internet to make sure you get Medicaid benefits.

What to do if you lose Your Texas Benefits Medicaid Card – Temporary Verification Form 1027-A

If you lose the Your Texas Benefits Medicaid card and need quick proof of eligibility, HHSC staff can still generate a Temporary Medicaid Eligibility Verification Form (Form 1027-A). You must apply for the temporary form in person at an HHSC benefits office. To find the nearest office call 2-1-1 on your mobile phone (pick a language and then choose 2).

Medicaid Client Portal

You can use the Medicaid Client Portal to do all the following for yourself or anyone whose health history you are allowed to access:

- View, print, and order a YTB Medicaid card
- See your medical and dental plans
- See your benefit information
- See STAR and STAR Kids Texas Health Steps alerts
- See broadcast alerts

- See diagnoses and treatments
- See vaccines
- See prescription medicines
- Choose whether to let Medicaid doctors and staff see your available medical and dental information

To use the portal, go to: yourtexasbenefits.com

- Click **Log In**
- Enter your **Username** and **Password**. If you don't have an account, click **Create a new account**
- Click **Manage**
- Go to the **Quick links** section
- Click **Medicaid & CHIP Services**
- Click **View services and available health information**

Note: The yourtexasbenefits.com Medicaid Client Portal displays information for active clients only. A legally authorized representative may view the information of anyone who is a part of their case.

STAR Kids Eligibility

STAR Kids is the first Medicaid managed care program for children and young adults, age 20 and younger that have a disability and:

- Have Supplemental Security Income (SSI) Medicaid,
- Get Medicaid and Medicare,
- Live in a community-based intermediate care facility for individuals with an intellectual disability or related conditions (ICF/IDD) or nursing facility, or
- Are enrolled in one of the following Waiver Programs:
 - Medically Dependent Children Program (MDCP)
 - Home and Community-Based Services (HCS)

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- Community Living Assistance and Support Services (CLASS)
- Deafblind with Multiple Disabilities (DBMD)
- Youth Empowerment Service (YES)
- Texas Home Living (TxHmL)

Please contact Texas Health and Human Services Commission (HHSC) to report any changes to your information by calling 2-1-1 on your mobile phone or 1-877-541-7905. You can also go to yourtexasbenefits.com to report these changes. A change in your information could affect the eligibility for you or someone living in your household. You may also be subject to penalties under federal law if false or untrue information is provided.

STAR Kids Renewal

What do I do if I need help with completing my renewal application?

Look for an envelope marked “time-sensitive” 3-4 months before your benefits end. This will be your renewal letter telling you what to do. Renew before the due date so you do not lose your benefits.

Families must renew their Children's Medicaid coverage every year. In the months before a child's coverage will end, HHSC will send the family a renewal packet in the mail. The renewal packet contains an application. It also includes a letter asking for an update on the family's income and cost deductions. The family needs to:

- Look over the information on the renewal application.
- Fix any information that is not correct.
- Sign and date the application.
- Look at the health plan choices if Medicaid health plans are available.
- Return the renewal application and documents of proof by the due date.

Once HHSC receives the renewal application and documents of proof, the staff will check to see if the children in the family still qualify for their current program or if they qualify for a different program.

WAYS TO RENEW AND GET HELP

- **Website:** Go to yourtexasbenefits.com
- **Phone:** “Your Texas Benefits” app is in the IOS App Store for iPhone/Google Play Store for Android Phones
- **Call:** 2-1-1 to ask for a renewal packet
- **Call:** Member Services for Help
 - **Nueces SA: 1-844-508-4672**
 - **Hidalgo SA: 1-844-508-4674**

Member Services

How can Member Services Help You?

Our expert Member Services staff is ready to help you 24 hours 7 days a week. Regular business hours are from 8 a.m. to 5 p.m., Monday-Friday. You can leave a message after hours, on weekends, and holidays. You can also send us an email at: DHPmemberservices@dchstx.org

A DHP staff member will respond the next business day. Our expert staff can help you with:

- Questions about your benefits and coverage.
- Changing your Primary Care Provider.
- Changing your address or phone number.
- Mailing of a lost Member ID card.
- Your complaints, appeals, and concerns.

Member Portal

As a Member of Driscoll Health Plan, you can use our Member Portal by visiting: driscollhealthplan.com

Here you can find important information such as your Service Coordinator information, Value-Added Services, and how to renew your health benefits. You can also print a copy of your Driscoll Health Plan

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

ID card. Here are some helpful instructions to get you started:

- Click **Member Portal**
- Enter your **MyChart Username** and **Password**
- Click **Sign In**
- New User? Click **Sign Up Now**
- Follow the steps to register your account

If you have any questions, please call MyChart support line at 361-694-5980.

Nurse Advice Line

Our Nurse Advice Line is a confidential service that you can call 24 hours a day, 7 days a week. Trained nurses can answer questions about your health and give you information when your doctor is not in the office. They can help you decide what kind of care you need. DHP nurses are knowledgeable about the STAR Kids Program, covered services, the STAR Kids population, and provider resources.

When you call the toll-free Nurse Advice Line, the nurse will:

- Ask you questions about your health.
- Give you information on how to care for yourself at home, when appropriate.
- Give you information to help you decide what other care you need.

Download the Driscoll Health System Mobile App

Driscoll Health Plan has a new mobile application linked to MyChart.

How do I get it?

Go to Google Play or Apple App Store and search for Driscoll Health System!

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672
Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

- *New MyChart users:* send an email to MyChart.help@dchstx.org and ask for your activation code or call 361-694-5980
- *Current users:* will be redirected to download the new app

Need help downloading the app?

Call MyChart support line at 361-694-5980 or email: DHPmemberservices@dchstx.org

What information can I access?

Conveniently view your health care information in a secure and confidential environment.

- View Member ID cards
- Check your list of medications
- Review medical records and lab results
- Manage family appointments

Choosing Your Primary Care Provider “Your Medical Home/Health Home”

What is a Primary Care Provider (PCP)?

A Primary Care Provider is your main doctor, nurse practitioner, or physician assistant who takes care of your medical needs. Your PCP will make sure you get regular checkups. They will write prescriptions for medicines and supplies you need. Your PCP may also refer you to other providers if needed. It is important you have a good relationship with your Primary Care Provider. Your Primary Care Provider needs to know your medical history to be able to provide you with the best care. You need to take part in decisions about your health care. Together, you and your Primary Care Provider will make the right decisions to keep you healthy.

TICKET TO HEALTH

Your PCP’s office is your *medical home*. They will direct all your health care and make sure you get the care you need.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

What is a Medical Home/Health Home?

Health Homes can be a doctor's office or a specialty doctor's office. These offices deliver care for your medical and behavioral health care needs. Health Homes work with you and your family to make the most of your health and well-being. Health Homes boost independence. The Service Coordinator will work with everyone involved in your care to make sure you and your family's needs are met.

Can a specialist ever be a Primary Care Provider?

In special circumstances, you may choose a specialist as a Primary Care Provider. To learn more, call Member Services.

Can a clinic be my Primary Care Provider (Rural Health Clinic/Federally Qualified Health Center)?

You may choose a clinic as the Primary Care Provider. This can be a Federally Qualified Health Center (FQHC) or a Rural Health Clinic (RHC).

How do I choose a Primary Care Provider?

Upon joining Driscoll Health Plan, we will assign you to a Primary Care Provider (main doctor). You can call Member Services if you would like to choose another Primary Care Provider.

How can I get a copy of the Provider Directory?

DHP mails a Provider Directory to new STAR Kid Members. You may access the Provider Directory on our website at driscollhealthplan.com/programs/star-kids. It is updated every week. You can also call Member Services to get a copy. Members have the option to opt-out of receiving a Provider Directory at any time. Please call Member Services to let us know if you would like to opt-out.

How can I change my Primary Care Provider?

Driscoll Health Plan wants you to be happy with your Primary Care Provider. You can change your Primary Care Provider if:

- You are not happy with the Primary Care Provider's care.
- You need a different doctor to take care of you.
- You move farther away from your Primary Care Provider.
- Your Primary Care Provider is no longer a part of Driscoll Health Plan's network.
- You do not get along with your Primary Care Provider.

You can change your Primary Care Provider by calling Member Services. The Driscoll Health Plan Provider Directory lists all Primary Care Providers.

How many times can I change my/my child's Primary Care Provider?

There is no limit on how many times you can change your or your child's Primary Care Provider. You can change Primary Care Providers by calling us toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674** or in writing to:

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

When will my Primary Care Provider change become effective?

You can change your PCP at any time. If you have seen your PCP within the current month, the change will become effective on the first day of the following month. If you have NOT seen your PCP within the current month, the change will become effective on the first day of the month in which the change is made. The PCP change may be expedited if DHP decides it is in the best interest of the Member and the current PCP.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

Are there any reasons why a request to change a Primary Care Provider may not be approved?

Reasons you might not be able to have the Primary Care Provider you have chosen:

- The Primary Care Provider picked is not seeing new patients.
- The Primary Care Provider picked is no longer a part of Driscoll Health Plan.

Can my Primary Care Provider move me to another Primary Care Provider for non-compliance?

It is important to follow your Primary Care Provider's advice. Your Primary Care Provider might ask us to assign you to another Primary Care Provider if:

- You do not follow his or her advice.
- You and your Primary Care Provider do not get along.
- You miss appointments without calling to cancel.

Your Primary Care Provider must tell us if he or she wants you to change Primary Care Provider. Driscoll Health Plan will contact you and ask you to pick another Primary Care Provider.

What if I choose to go to another doctor who is not my Primary Care Provider?

If you choose to see another doctor who is not your Primary Care Provider, Driscoll Health Plan must approve the services. Certain services will require prior authorization or approval from DHP before you can get them. For questions, contact Member Services.

You can go to any provider who is part of Driscoll Health Plan if you need:

- 24-hour emergency care from an emergency room
- Family Planning services and supplies

You can choose another provider for routine eye exams, mental health, substance misuse, and OB/GYN care. For all other care, you must only see the Primary Care Provider listed on your Driscoll Health Plan ID card.

What is an Out of Network Provider?

An out of network provider does not have a contract with Driscoll Health Plan. In some cases, such as when there are no other providers, Driscoll Health Plan can contract to pay a non-participating provider, but it is not guaranteed.

What if I choose to go to a Provider who is not part of Driscoll Health Plan network?

If you choose to see a doctor who is not part of the Driscoll Health Plan network, DHP must approve the services. This service will require prior authorization or approval from DHP. If the service is not approved, DHP will not cover the service. The Out of Network provider will bill you for these services and you may have to pay for them out of pocket. For questions, contact Member Services.

Physician Incentive Plan

Driscoll Health Plan cannot make payments under a physician incentive plan if the payments are designed to induce providers to reduce or limit Medically Necessary Covered Services to Members. You have the right to know if your Primary Care Provider is part of this physician incentive plan. You also have a right to know how the plan works. You can call **Nueces SA: 1-844-508-4672 or Hidalgo SA: 1-844-508-4674** to learn more about this.

What is a Physician Incentive Plan?

A physician incentive plan is a payment arrangement between a health plan and a provider or group of providers.

**Getting Care from a Special Doctor
(Specialist)**

What is a specialist?

A specialist is a doctor for certain types of health care like cardiology (heart health), orthopedics (bones and joints), or gynecology (women’s health).

What if I need to see a special doctor?

Your Primary Care Provider can help you decide if your child needs to see a specialist. Your child’s doctor will make a referral for services, if needed. There are some exceptions to referral requirements, especially for MDCP Members. Please see the exceptions below. You may also share your referral questions with your Service Coordinator.

What is a referral?

A referral is a request from your Primary Care Provider for you to see another doctor.

To see any Medicaid Physician Specialist (in-network or out-of-network), your Primary Care Provider will need to follow DHP’s authorization and referral rules when asking for a referral to another provider.

Who do I call if I have special health care needs and need someone to help me?

Call your Service Coordinator and they will help you. Your Service Coordinator will leave his or her business card during the visit to your home. If you do not have your Service Coordinator’s business card, you can call toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

How soon can I expect to see a specialist?

You should be able to be seen within 30 days for non-urgent care or within 24 hours for urgent care. If you have problems getting an appointment, you can call your Service Coordinator.

How can I ask for a second opinion?

Driscoll Health Plan will pay for a second opinion. Your Service Coordinator will help you arrange for a second opinion if one is needed.

What services do not need a referral?

A referral is **NOT** needed for the following services:

- Emergency care
- Routine eye care
- OB/GYN care
- Behavioral Health Services
- Family Planning Services

You should always let your Primary Care Provider know when you are receiving care from another doctor.

**Care that Requires a Health Plan Approval
(Prior Authorization)**

What is a Prior Authorization?

Some services need approval before you can get the service. Your doctor or other providers will need to call Driscoll Health Plan to get an approval for these services.

What services need Prior Authorization?

These services need Prior Authorization:

• All admissions to a hospital (except in an emergency, where telling Driscoll Health Plan within 24 hours of admission is needed)
• Admission to a rehabilitation center
• Outpatient surgery
• Rehabilitation therapy (physical therapy, occupational therapy, or speech therapy)
• Home health services, including home intravenous therapy
• Referral to a specialist doctor except as outlined above (one exception is for MDCP Members)

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

<ul style="list-style-type: none"> • Durable Medical Equipment items that cost over \$300
<ul style="list-style-type: none"> • Use of an ambulance for medical transportation that is not an emergency transport (NOTE: if ambulance transport is needed for an MDCP Member to go to a medical appointment, your Service Coordinator will help to arrange for it)
<ul style="list-style-type: none"> • Asking for services from a provider who is not contracted with Driscoll Health Plan
<ul style="list-style-type: none"> • Other forms of medical treatment (such as hypnosis, massage therapy)
<ul style="list-style-type: none"> • Personal Care Services (PCS) • Private Duty nursing (PDN) • Prescribed Pediatric Extended Care Center (PPECC)
<ul style="list-style-type: none"> • Long-Term Services and Supports (LTSS): <ul style="list-style-type: none"> ○ MDCP Members: your Service Coordinator will work with you to decide on which LTSS are necessary and will arrange the authorizations for you ○ Other Waiver Children: LTSS are provided through your waiver, not Driscoll Health Plan ○ For more authorization information, please visit our website at driscollhealthplan.com

For authorization, the doctor can contact STAR Kids Member Services, Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m., CST. Your doctor will be transferred to a STAR Kids nurse.

If there is no authorization for the service, you may have to pay for it. You have a right to know the cost of any service before you receive the service.

How long will it take to process a routine authorization?

Routine authorizations will be processed within three business days. It could take up to 14 days if we need more information from your doctor.

How do I know if my services have been approved or denied?

Driscoll Health Plan will mail you a letter letting you know if the request for services has been approved or denied. You will be notified within three business days if all supporting medical information has been provided with the request. If we must request supporting medical information from the ordering provider, you will be notified within 3-14 days. You can call Member Services toll-free at **1-877-324-7543** for more information.

What does Medically Necessary mean, both Acute Care and Behavioral Health?

Medically Necessary means:

- (1) For Members birth through age 20, the following Texas Health Steps services:
 - (a) screening, vision, and hearing services; and
 - (b) other Health Care Services, including Behavioral Health Services, that are necessary to correct or improve a defect or physical or mental illness or condition. A determination of whether a service is necessary to correct or ameliorate a defect or physical or mental illness or condition:
 - (i) must comply with the requirements of the *Alberto N., et al. v. Traylor, et al.* partial settlement agreements; and
 - (ii) may include consideration of other relevant factors, such as the criteria described in parts (2)(b-g) and (3)(b-g) of this definition.
- (2) For Members over age 20, non-behavioral health-related health care services-that are:

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- (a) reasonable and necessary to prevent illnesses or medical conditions, or provide early screening, interventions, or treatments for conditions that cause suffering or pain, cause physical deformity or limitations in function, threaten to cause or worsen a handicap, cause illness or infirmity of a Member, or endanger life;
 - (b) provided at appropriate facilities and at the appropriate levels of care for the treatment of a Member's health conditions;
 - (c) consistent with health care practice guidelines and standards that are endorsed by professionally recognized health care organizations or governmental agencies;
 - (d) consistent with the diagnoses of the conditions;
 - (e) no more intrusive or restrictive than necessary to provide a proper balance of safety, effectiveness, and efficiency;
 - (f) not experimental or investigative; and
 - (g) not primarily for the convenience of the Member or provider; and
- (3) For Members over age 20, behavioral health services that:
- (a) are reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of a mental health or chemical dependency disorder, or to improve, maintain, or prevent deterioration of functioning resulting from such a disorder;
 - (b) are in accordance with professionally accepted clinical guidelines and standards of practice in behavioral health care;
 - (c) are furnished in the most appropriate and least restrictive setting in which services can be safely provided;
 - (d) are the most appropriate level of supply of service that can safely be provided;

- (e) could not be omitted without adversely affecting the Member's mental and physical health or the quality of care rendered;
- (f) are not experimental or investigative; and
- (g) are not primarily for the convenience of the Member or provider.

In-Lieu-of Services

Driscoll Health Plan provides medically appropriate and cost-effective services in-lieu-of (in place of) mental health or substance use disorder services covered by Medicaid. This includes state plan services for STAR, CHIP, and STAR Kids.

These in-lieu-of services include:

- Inpatient services for acute psychiatric conditions in a freestanding psychiatric hospital for up to 15 calendar days each month for members aged 21-64.
- Residential substance use disorder (SUD) services delivered to members in a chemical dependency treatment facility.
- Coordinated Specialty Care (CSC)
- Partial Hospitalization (PHP) services
- Intensive Outpatient Program (IOP) services

At this time, no approval is needed for these services if they are within the DHP network. You or your providers may ask for in-lieu-of services by calling Member Services at **1-877-324-7543**. You can also visit the member portal at: driscollhealthplan.com

Information about services that may require approval:

- All inpatient acute BH admissions need approval.
- IOP and PHP services do not need approval for facilities and providers in the DHP network. Out-of-network (OON) facilities need approval.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- Residential Treatment for BH or SUD services do not need approval for the first 35 days for in-network providers. Services that continue past 35 days will need approval.
- If your provider requests services at a non-participating facility, your provider will notify DHP.

Getting Routine Care from a Doctor

What is routine medical care?

Routine care is for things like yearly well-child checkups, school exams, vaccines, and health screenings. Your Primary Care Provider will help with all your health care needs. Be sure to call your Primary Care Provider whenever you have a medical question or concern. Call your Primary Care Provider's office to schedule your routine care. You should not wait until you are sick to see your doctor. You should be able to get an appointment for routine care within two weeks.

It is important to keep your scheduled visit. If you cannot go to your visit, call to let your Primary Care Provider know.

TEXAS HEALTH STEPS CHECKUP

If you are overdue or are due for a Texas Health Steps checkup, you should have your checkup within 90 days of joining Driscoll Health Plan.

What do I need to bring to a doctor's appointment?

- ✓ Your Driscoll Health Plan Member ID card and Your Texas Benefits Medicaid card
- ✓ Your child's vaccine record (if he or she needs vaccines)
- ✓ Medications you are taking

How do I get medical care after my Primary Care Provider's office is closed?

Your Primary Care Provider or another doctor is available by phone 24 hours a day, 7 days a week. If you get sick at night or on the weekend you can call your Primary Care Provider's office number for help. The office will have an answering service or message on how to contact your Primary Care Provider. Your Primary Care Provider should return your call within 30 minutes.

You may also visit an in-network after-hours clinic or urgent care center for sudden illness. You should contact your Primary Care Provider's office if you are unsure about going to an after-hours clinic or urgent care center.

For a list of Driscoll Children's Hospital Clinics and other after-hours clinics or urgent care clinics visit: driscollhealthplan.com/services/after-hours-care

Getting Urgent Medical and Emergency Medical/Dental Care

Urgent Medical Care

What is Urgent Medical Care?

Another type of care is urgent care. Some injuries and illnesses are probably not emergencies but can turn into emergencies if they are not treated within 24 hours. Some examples are:

- Minor burns or cuts
- Earaches, sore throat, muscle sprains/strains
- A minor to moderate asthma attack
- A minor illness with fever if a child is more than two months old
- A skin rash because of an insect bite

What should I do if my child or I need urgent medical care?

For urgent care, you should call your doctor's office even on nights and weekends. Your doctor will tell

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

you what to do. In some cases, your doctor may tell you to go to an urgent care clinic. If your doctor tells you to go to an urgent care clinic, you don't need to call the clinic before going. You need to go to a clinic that takes Driscoll Health Plan Medicaid. For help, call us toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674**. You can also call our 24-hour Nurse Help Line at **Nueces SA: 1-844-308-8701** or **Hidalgo SA: 1-844-714-7887** for help with getting the care you need.

How soon can I expect to be seen?

You should be able to see your doctor within 24 hours for an urgent care appointment. If your doctor tells you to go to an urgent care clinic, you do not need to call the clinic before going. The urgent care clinic must take Driscoll Health Plan Medicaid.

Emergency Medical Care

What is Emergency Medical Care?

Emergency medical care is provided for Emergency Medical Conditions and Emergency Behavioral Health Conditions.

How soon can I expect to be seen?

Emergency care is available 24 hours a day, 7 days a week.

Emergency Medical Condition means:

A medical condition manifesting itself by acute symptoms of recent onset and sufficient severity (including severe pain), such that a prudent layperson, who possesses an average knowledge of health and medicine, could reasonably expect the absence of immediate medical care could result in:

1. placing the patient's health in serious danger;
2. serious impairment to bodily functions;
3. serious dysfunction of any bodily organ or part;
4. serious scar; or

5. in the case of a pregnant woman, serious jeopardy to the health of a woman or her unborn child.

Emergency Behavioral Health Condition means:

Any condition, without regard to the nature or cause of the condition, which in the opinion of a prudent layperson, possessing an average knowledge of medicine and health:

1. requires immediate intervention or medical attention without which the Member would present an immediate danger to themselves or others; or
2. which renders the Member incapable of controlling, knowing, or understanding the consequences of their actions.

Emergency Services and Emergency Care means:

Covered inpatient and outpatient services furnished by a provider that is qualified to furnish such services and that are needed to evaluate or stabilize an Emergency Medical Condition or Emergency Behavioral Health Condition, including post-stabilization care services.

What is post-stabilization?

Post-stabilization care services are services covered by Medicaid that keep your condition stable following emergency medical care.

Emergency Dental Care

Are Emergency Dental Services covered by DHP?

Driscoll Health Plan covers limited emergency dental services in a hospital or ambulatory surgical center, including payment for the following:

- Treatment for dislocated jaw
- Treatment of traumatic damage to teeth and supporting structures
- Removal of cysts

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- Treatment of oral abscess of tooth or gum origin
- Hospital, doctor, and related medical services such as medications for any of the above conditions

What do I do if my child needs Emergency Dental Care?

During normal business hours, call your child's main dentist to find out how to get emergency services. If your child needs emergency dental services after the main dentist's office has closed, call us toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674** or call **911**.

Out of Area Doctor Visits

What do I do if I need to see a doctor that is out of the Area?

Call your Service Coordinator if your child needs to see a doctor or provider that is out of the area. We want to make sure your child keeps getting the care and services needed during the transition into STAR Kids. Driscoll Health Plan will authorize services that are out of the area when it is the best interest of your child.

What if I get sick when I am out of town or traveling?

If you need medical care when traveling, call us toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674** and we will help you find a doctor.

If you need emergency services while traveling, go to a nearby hospital, then call us toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674**.

What if I am out of the state?




If you have an emergency while out of the state, go to the nearest Emergency Room.

What if I am out of the country?

Medicaid does not cover medical services performed out of the country.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

When Should I Go See My Doctor, Urgent Care, or the Emergency Room (See Table)

Health Care Provider	Why would I use this Health Care Provider?	What type of services would they provide?	How long should I expect to wait?
<p>Primary Care Provider (PCP)</p> 	<p>A primary care doctor knows your health history. Your primary care doctor sees you for regular checkups, treats you for urgent care matters, prescribes medicine or supplies you may need, and refers you to a specialist when you need one.</p> <p>Call your Primary Care Provider whenever possible and they will refer you to an Urgent Care Center or Hospital if needed.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Texas Health Steps Checkups • Vaccines • Follow-up checkups • Flu vaccines • Pregnancy tests • Treatment of minor skin conditions 	<p>You/your child should be able to be seen for routine care within two weeks. There may be reduced wait times with a scheduled visit.</p>
<p>Urgent Care Center</p> 	<p>Urgent care centers provide treatment when you have an injury or illness that requires immediate care, but is not serious enough to go to the emergency room. You should also go to an urgent care center if your primary care doctor is not available.</p>	<p>Treatment of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Earache • Minor/common infections (e.g. strep throat) • Minor cuts • Sprains/Strains • Minor broken bones • Minor burns 	<p>You/your child should be seen within 24 hours. Urgent care centers are often open after regular PCP office hours. Walk-ins are welcome, but waiting periods may vary.</p>
<p>Emergency Room (ER)</p> 	<p>Emergency rooms provide immediate treatment of life-threatening conditions. If you have severe symptoms or believe your condition is life-threatening, you should go to the emergency room or call 911.</p>	<p>Treatment of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shortness of breath • Chest or abdominal pain • Large open wounds • Major burns • Severe head injury • Major broken bones • Uncontrolled bleeding • Criminal attack (mugging, rape, stabbing, gunshot) • Poisoning or overdose of medications or alcohol • Danger to self or others • Severe allergic reaction or animal bites 	<p>You/your child can be seen 24 hours a day 7 days a week, however, waiting times may be longer because patients with life-threatening emergencies will be treated first.</p>

Taking Care of Yourself and Your Family

Neonatal Intensive Care Unit (NICU)

When intense and specialized care is needed, Driscoll Health Plan is prepared for all risks. Driscoll Children's Hospital is the only Level 4 Neonatal Intensive Care Unit in the South Texas region. A level 4 NICU is an intensive care unit for babies as young as 22 to 24 weeks gestational age through the first 30 days of life. The Driscoll Children's Hospital unit specializes in the care of ill or premature newborn infants and offers a wide variety of neonatal surgeries. The Driscoll Family is proud to offer this specialized service to the people of South Texas.

Driscoll Health Plan is here to help with transfer services when neonatal critical care is needed. Please reach out to your High-Risk Pregnancy Case Manager at **1-877-222-2759** for any questions or concerns.

Newborn Care

Can I pick a Primary Care Provider for my baby before the baby is born?

Yes. Call Member Services and let them know which Primary Care Provider you want for your baby.

How and when can I switch my baby's Primary Care Provider?

If you do not pick a Primary Care Provider for your baby, Driscoll Health Plan will choose a doctor for your baby. You can call Member Services if you would like to choose a different Primary Care Provider. This doesn't apply to STAR Kids dual-eligible Members.

How do I get Medicaid for my newborn baby?

The hospital where your baby was born can help you apply for Medicaid for your baby. You can also call 2-1-1 on your mobile phone for help.

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672

Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

How and when do I tell Driscoll Health Plan and my Caseworker?

It is important to call Member Services as soon as your baby is born. We can help you get health services for your baby. Call your caseworker by calling 2-1-1 on your mobile phone or 1-877-541-7905 after your baby is born. They will be able to answer questions about your baby's Medicaid.

Can I change my baby's health plan?

For at least 90 days from the date of birth, your baby will be covered by the same health plan that you are enrolled in. You can ask for a health plan change before the 90 days is up by calling the Enrollment Broker at 1-800-964-2777. You cannot change health plans while your baby is in the hospital.

Preventative Health or Self-Management

Health Education

What Health Education classes does Driscoll Health Plan offer?

We want you to stay healthy. Driscoll Health Plan provides information on things such as:

- Vaccines
- Texas Health Steps checkups
- Diabetes
- Asthma
- Pregnancy

You can get this information from the:

- Member Handbook or Welcome Packet
- Member newsletter
- DHP's website
- Case Managers and social workers

Health Education Text Messages

DHP will send health education text messages. Members may opt-out at any time. Restrictions and limitations may apply. To learn more, please call Member Services.

Head Start Programs

The Early Head Start Program provides:

- Support, guidance, and training for families to help with child growth.
- A safe and healthy family childcare service for infants up to three years of age.

The Head Start Program:

- Is for children birth to five years of age.
- Helps with teaching social skills for children in low-income families.
- Provides education, health, nutrition, and encourages parent interaction.

Call Member Services for help in finding a program.

Texas Health Steps

What is Texas Health Steps?

Texas Health Steps is a program that provides medical, behavioral, and dental preventive care for your children. Texas Health Steps checkups are at no cost to you. These checkups are important, and your child should get a checkup within 90 days of becoming a Driscoll Health Plan Member. Even if a child looks and feels well, he or she might still need a checkup.

What services are offered by Texas Health Steps?

Texas Health Steps is the Medicaid health care program for STAR and STAR Kids children, teens, and young adults, birth through age 20.

Texas Health Steps checkups provide medical, behavioral, and dental preventative care at no cost to you:

- Medical care from birth through 20 years of age.
- Dental checkups starting from six months of age.

Why are Texas Health Steps checkups important?

- You may find health problems before they get worse and are harder to treat.
- Prevent health problems that make it hard for children to learn and grow like others their age.
- Help your child have a healthy smile.

When to set up a checkup:

- You will get a letter from Texas Health Steps telling you when it is time for a checkup. Call your child's doctor or dentist to set up the checkup.
- Set up the checkup at a time that works best for your family.

If the doctor or dentist finds a health problem during a checkup, your child can get the care he or she needs, such as:

- Eye exams and eyeglasses
- Hearing tests and hearing aids
- Dental care
- Other health care
- Treatment of other medical conditions

Call Driscoll Health Plan Member Services at **1-877-324-7543** or Texas Health Steps toll-free at 1-877-847-8377 if you:

- Have questions about checkups or Texas Health Steps.
- Need help finding and getting other services.
- Need help finding a doctor or dentist.
- Need help setting up a checkup.

If you cannot get your child to the checkup, Medicaid may be able to help. Children with Medicaid and their parents can get free rides to and from the doctor, dentist, hospital, or pharmacy. To schedule a ride, call SafeRide Health at 1-833-694-5881.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

How and when do I get Texas Health Steps medical and dental checkups for my child?

We will send you a reminder when you need to visit your doctor. If your child is enrolled in a Head Start Program, your child must get a Texas Health Steps checkup no later than 45 days after enrolling in a head start program. We can also help you if you are having a hard time getting in to see your doctor. Call Member Services if you need help scheduling an appointment.

TICKET TO HEALTH
<ul style="list-style-type: none"> • When you are checking out after a visit, schedule your child’s next visit. • Ask for a reminder card or phone call so you will remember the next visit date. • Always reschedule canceled appointments the same day you call to cancel.

Does my doctor have to be part of Driscoll Health Plan?

Yes. All our Primary Care Providers who work with children offer Texas Health Steps services.

Texas Health Steps Dental Checkups

You should get regular dental checkups to make sure your child’s teeth and gums are healthy. Dental checkups start at six months old and every three-six months after that. The checkups are at no cost to you. You will need Your Texas Benefits Medicaid card to get the checkup.

Do I have to have a referral?

Your child’s Primary Care Provider provides Texas Health Steps checkups. You never need a referral to see your Primary Care Provider.

What if I need to cancel an appointment?

Call your doctor’s office if you cannot make your appointment. Some Primary Care Providers ask patients to call at least 24 hours before their

appointment so that another patient can use that time slot.

What if I am out of town and my child is due for a Texas Health Steps checkup?

If you are out of town when your child is due for Texas Health Steps checkup, call Member Services for help.

The table below is a list of when to get your checkups.

Texas Health Steps Medical and Dental Checkup Schedule	
1st Year	2nd Year and Beyond
<p>Babies need checkups at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Up to 5 days old • 2 weeks old • 2 months old • 4 months old • 6 months old • 9 months old • 12 months old <p>Doctors check if babies are healthy and growing normally.</p> <p>Dental checkups start at 6 months. The dentist will put fluoride on your child’s teeth at this time. PCPs can do dental varnish as well.</p>	<p>Children need checkups at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 months old • 18 months old • 2 years old • 2 ½ years old • 3 and older - on or shortly after your child’s birthday <p>The doctor checks your child’s hearing and vision at this time.</p> <p>Your child needs dental checkups every 6 months.</p>
5 to 10 Years	11 to 20 Years
<p>Older children need checkups once per year. Schedule the visit on your child’s birthday as an easy way to remember.</p> <p>The dentist may coat your child’s teeth with sealants to help avoid tooth rot.</p>	<p>Teens and young adults need checkups once per year. Schedule the visit on your child’s birthday as an easy way to remember.</p> <p>Your PCP may talk to your child about how to lead a healthy lifestyle.</p>

Vaccines

Vaccines are shots provided by the Primary Care Provider. Infants are most at risk of getting infectious diseases like mumps and measles. These vaccines help to prevent the spread of disease and protect infants and children against dangerous complications.

Driscoll Health Plan wants to help keep you and your family healthy. We want you to get all your vaccines when you are supposed to.

During the first year, you should take your child to their doctor every few months for their Texas Health Steps checkup. At that time, they will get their vaccines.

Driscoll Health Plan will pay for you and your child's vaccines if you are DHP Members. It will not cost you any money.

It is up to you to schedule a visit with your doctor to get these vaccines. Your provider can help you set up regular visits so that you can stay on track to get all your vaccines.

It is a good idea to keep a record of when your child gets their vaccines. Keep the record in a safe place and bring it with you at each checkup.

The charts on the next few pages are from the Centers for Disease and Control (CDC). The CDC may from time to time update these charts. To review the most current charts, visit the CDC website at:

[cdc.gov/vaccines/schedules/](https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/)

You can also visit the Driscoll Health Plan website at:

driscollhealthplan.com/immunization-schedules

2023 Recommended Immunizations for Children from Birth Through 6 Years Old

VACCINE	Birth	1 MONTH	2 MONTHS	4 MONTHS	6 MONTHS	12 MONTHS	15 MONTHS	18 MONTHS	19-23 MONTHS	2-3 YEARS	4-6 YEARS
HepB Hepatitis B	HepB	HepB			HepB						
RV* Rotavirus			RV	RV	RV*						
DTaP Diphtheria, Pertussis, & Tetanus			DTaP	DTaP	DTaP		DTaP				DTaP
Hib* Haemophilus influenzae type b			Hib	Hib	Hib*	Hib					
PCV13, PCV15 Pneumococcal disease			PCV	PCV	PCV	PCV					
IPV Polio			IPV	IPV	IPV						IPV
COVID-19** Coronavirus disease 2019					COVID-19**						
Flu* Influenza					Flu (One or Two Doses Yearly)*						
MMR Measles, Mumps, & Rubella						MMR					MMR
Varicella Chickenpox						Varicella					Varicella
HepA* Hepatitis A						HepA*		HepA*			

FOOTNOTES

RV* **Hib***
Administering a third dose at age 6 months depends on the brand of Hib or rotavirus vaccine used for previous dose.

COVID-19** Number of doses recommended depends on your child's age and type of COVID-19 vaccine used.

Flu* Two doses given at least 4 weeks apart are recommended for children age 6 months through 8 years of age who are getting an influenza (flu) vaccine for the first time and for some other children in this age group.

HepA* Two doses of Hep A vaccine are needed for lasting protection. The 2 doses should be given between age 12 and 23 months. Both doses should be separated by at least 6 months. Children 2 years and older who have not received 2 doses of Hep A should complete the series.

ADDITIONAL INFORMATION

1. If your child misses a shot recommended for their age, talk to your child's doctor as soon as possible to see when the missed shot can be given.

2. If your child has any medical conditions that put them at risk for infection (e.g., sickle cell, HIV infection, cochlear implants) or is traveling outside the United States, talk to your child's doctor about additional vaccines that they may need.

Talk with your child's doctor if you have questions about any shot recommended for your child.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

FOR MORE INFORMATION
Call toll-free: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
Or visit: [cdc.gov/vaccines/parents](https://www.cdc.gov/vaccines/parents)



American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

2023 Recommended Immunizations for Children 7–18 Years Old

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
	YEARS	YEARS	YEARS	YEARS	YEARS	YEARS	YEARS	YEARS	YEARS	YEARS	YEARS	YEARS	
RECOMMENDED VACCINES													
COVID-19* Coronavirus disease 2019	COVID-19*												
Flu** Influenza	Flu (One or Two Doses Yearly)**		Flu (One Dose Yearly)										
Tdap Tetanus, Diphtheria, & Pertussis					Tdap								
HPV† Human papillomavirus				HPV†									
MenACWY Meningococcal disease					MenACWY					MenACWY			
MenB Meningococcal disease											MenB		
CATCHING UP ON MISSED CHILDHOOD VACCINATION*													
MMR Measles, Mumps, & Rubella						MMR							
Varicella Chickenpox						Varicella							
HepA Hepatitis A						HepA							
HepB Hepatitis B						HepB							
IPV Polio						IPV							
ONLY IN PLACES WHERE DENGUE IS COMMON — MUST have a laboratory test confirming past dengue infection													
Dengue			Dengue										

KEY



Indicates when the vaccine is recommended for all children unless your doctor tells you that your child cannot safely receive the vaccine.



Indicates the vaccine series can begin at this age.



Indicates the vaccine should be given if a child is catching up on missed vaccines. A vaccine series does not need to be restarted, regardless of the time that has elapsed between doses.



Indicates children not at increased risk may get the vaccine if they wish after speaking to a provider.

ADDITIONAL INFORMATION

1. If your child misses a shot recommended for their age, talk to your child's doctor as soon as possible to see when the missed shot can be given.
 2. If your child has any medical conditions that put them at risk for infection or is traveling outside the United States, talk to your child's doctor about additional vaccines that they may need.
- Talk with your child's doctor if you have questions about any shot recommended for your child.

FOOTNOTES

COVID-19* Number of doses recommended depends on your child's age and type of COVID-19 vaccine used.

Flu** Two doses given at least 4 weeks apart are recommended for children age 6 months through 8 years of age who are getting an influenza (flu) vaccine for the first time and for some other children in this age group.

HPV† Ages 11 through 12 years old should get a 2-shot series separated by 6 to 12 months. The series can begin at 9 years old. A 3-shot series is recommended for those with weakened immune systems and those who start the series after their 15th birthday.

*Originally recommended age ranges for missed childhood vaccinations: 2-dose series of MMR at 12–15 months and 4–6 years; 2-dose series of Varicella at 12–15 months and 4–6 years; 2-dose series of HepA (minimum interval: 6 months) at age 12–23 months; 3-dose series of HepB at birth, 1–2 months, and 6–18 months; and 4-dose series of Polio at 2 months, 4 months, 6–18 months, and 4–6 years.



FOR MORE INFORMATION
Call toll-free: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
Or visit: [cdc.gov/vaccines/parents](https://www.cdc.gov/vaccines/parents)



American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

COVID-19 vaccination recommendations have changed. Find the latest recommendations at www.cdc.gov/covidschedule

Recommended Adult Immunization Schedule for ages 19 years or older

2023

How to use the adult immunization schedule

- 1** Determine recommended vaccinations by age (**Table 1**)
- 2** Assess need for additional recommended vaccinations by medical condition or other indication (**Table 2**)
- 3** Review vaccine types, dosing frequencies and intervals, and considerations for special situations (**Notes**)
- 4** Review contraindications and precautions for vaccine types (**Appendix**)

Recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (www.cdc.gov/vaccines/acip) and approved by the Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov), American College of Physicians (www.acponline.org), American Academy of Family Physicians (www.aafp.org), American College of Obstetricians and Gynecologists (www.acog.org), American College of Nurse-Midwives (www.midwife.org), American Academy of Physician Associates (www.aapa.org), American Pharmacists Association (www.pharmacist.com), and Society for Healthcare Epidemiology of America (www.shea-online.org).

Vaccines in the Adult Immunization Schedule*

Vaccine	Abbreviation(s)	Trade name(s)
COVID-19 vaccine	1vCOV-mRNA	Comirnaty [®] /Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Spikevax [®] /Moderna COVID-19 Vaccine
	2vCOV-mRNA	Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine, Bivalent Moderna COVID-19 Vaccine, Bivalent
	1vCOV-aPS	Novavax COVID-19 Vaccine
Haemophilus influenzae type b vaccine	Hib	ActHIB [®] Hiberix [®] PedvaxHIB [®]
Hepatitis A vaccine	HepA	Havrix [®] Vaqta [®]
Hepatitis A and hepatitis B vaccine	HepA-HepB	Twinrix [®]
Hepatitis B vaccine	HepB	Engerix-B [®] Heplisav-B [®] PreHevbrio [®] Recombivax HB [®]
Human papillomavirus vaccine	HPV	Gardasil 9 [®]
Influenza vaccine (inactivated)	IIV4	Many brands
Influenza vaccine (live, attenuated)	LAIV4	FluMist [®] Quadrivalent
Influenza vaccine (recombinant)	RIV4	Flublok [®] Quadrivalent
Measles, mumps, and rubella vaccine	MMR	M-M-R II [®] Priorix [®]
Meningococcal serogroups A, C, W, Y vaccine	MenACWY-D	Menactra [®]
	MenACWY-CRM	Menveo [®]
	MenACWY-TT	MenQuadfi [®]
Meningococcal serogroup B vaccine	MenB-4C	Bexsero [®]
	MenB-FHbp	Trumenba [®]
Pneumococcal conjugate vaccine	PCV15	Vaxneuvance [™]
	PCV20	Prevnar 20 [™]
Pneumococcal polysaccharide vaccine	PPSV23	Pneumovax 23 [®]
Poliovirus vaccine	IPV	IPOL [®]
Tetanus and diphtheria toxoids	Td	Tenivac [®] Tdvax [™]
	Tdap	Adacel [®] Boostrix [®]
Tetanus and diphtheria toxoids and acellular pertussis vaccine	VAR	Varivax [®]
Zoster vaccine, recombinant	RZV	Shingrix

*Administer recommended vaccines if vaccination history is incomplete or unknown. Do not restart or add doses to vaccine series if there are extended intervals between doses. The use of trade names is for identification purposes only and does not imply endorsement by the ACIP or CDC.

Report

- Suspected cases of reportable vaccine-preventable diseases or outbreaks to the local or state health department
- Clinically significant postvaccination reactions to the Vaccine Adverse Event Reporting System at www.vaers.hhs.gov or 800-822-7967

Injury claims

All vaccines included in the adult immunization schedule except PPSV23, RZV, and COVID-19 vaccines are covered by the National Vaccine Injury Compensation Program (VICP). COVID-19 vaccines that are authorized or approved by the FDA are covered by the Countermeasures Injury Compensation Program (CICP). For more information, see www.hrsa.gov/vaccinecompensation or www.hrsa.gov/cicp.

Questions or comments

Contact www.cdc.gov/cdc-info or 800-CDC-INFO (800-232-4636), in English or Spanish, 8 a.m.–8 p.m. ET, Monday through Friday, excluding holidays.



Download the CDC Vaccine Schedules app for providers at www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/schedule-app.html.

Helpful information

- Complete Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations: www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html
- *General Best Practice Guidelines for Immunization* (including contraindications and precautions): www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html
- Vaccine information statements: www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html
- *Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases* (including case identification and outbreak response): www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual
- Travel vaccine recommendations: www.cdc.gov/travel
- Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule, United States, 2023: www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html
- ACIP Shared Clinical Decision-Making Recommendations: www.cdc.gov/vaccines/acip/acip-scdm-faqs.html

Scan QR code for access to online schedule



CS310021-C



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

Women's Health

What if I need Obstetrics and Gynecology (OB/GYN) Care?

Attention Female Members: Driscoll Health Plan allows you to pick an OB/GYN, but this doctor must be in Driscoll Health Plan's provider network.

An OB/GYN can give you:

- One well-woman checkup each year
- Care related to pregnancy
- Care for any female medical condition
- Referral to a special doctor within the network

Do I have the right to choose an OB/GYN?

You have the right to pick an OB/GYN without a referral from your Primary Care Provider.

How do I choose an OB/GYN?

To choose an OB/GYN, call Member Services. You can also have the OB/GYN doctor be your Primary Care Provider. If you want to have the OB/GYN doctor be your Primary Care Provider, call Member Services.

If I do not choose an OB/GYN, do I have direct access?

You can have direct access to an OB/GYN doctor. If you are pregnant, Driscoll Health Plan suggests you choose an OB/GYN doctor. An OB/GYN doctor would be able to help you and the baby during your pregnancy.

Will I need a referral?

No, you will not need a referral from your Primary Care Provider to see an OB/GYN doctor.

How soon can I be seen after contacting my OB/GYN for an appointment?

You should be able to get an appointment within two weeks of your request.

Can I stay with my OB/GYN if they are not with Driscoll Health Plan?

If you are at least six months pregnant, you can stay with the same OB/GYN doctor even if the doctor is not with Driscoll Health Plan. To learn more, call Member Services.

Exams and Screenings

Driscoll Health Plan provides routine exams and screenings for you. Medicaid may not provide certain services. The Healthy Texas Women Program can help supplement certain female needs. To learn more, please visit: healthytexaswomen.org

Mammograms

A mammogram is a breast x-ray. It screens you for breast cancer. The exam helps lower the number of cancer cases and increases the survival rate. A mammogram can find breast cancer before symptoms even happen.

The American Cancer Society recommends yearly mammograms starting at age 40. Women in their 20s and 30s need a clinical breast exam every three years. Some women may need earlier screening because of family history or other risk factors.

Family Planning

How do I get family planning services?

Family planning services (such as birth control and counseling) are very private. You can have a once a year visit, counseling, and tests. You can also get prescription drugs and supplies that prevent pregnancy. Ask your Primary Care Provider if he or she offers family planning services such as birth control. If you do not feel comfortable talking with your Primary Care Provider, call Member Services or your Service Coordinator. You can go to any family planning clinic that will take Medicaid.

Do I need a referral for this?

You do not need to ask your Primary Care Provider for a referral to get family planning services or supplies.

Where do I find a family planning service provider?

You can find the locations of family planning providers near you by visiting them online at:

healthytexaswomen.org/family-planning-program

For more help finding a family planning provider call Driscoll Health Plan toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674**.

Care for Pregnant Women

What if I am pregnant?

It is very important that you call Driscoll Health Plan to tell us you are pregnant and what doctor you choose to see.

Who do I need to call?

Call Member Services if you are pregnant. It is very important to start prenatal care immediately.

Care During Pregnancy

There are many things you can do to have a healthy pregnancy and a healthy baby. Some of the things that you can do to stay healthy are:

- Get a prenatal visit within 42 days of joining Driscoll Health Plan or within your first trimester (within the first three months of your pregnancy).
- Tell your provider about your pregnancy history.
- Don't smoke, drink, or misuse prescription drugs.
- Take prenatal vitamins.
- Eat healthy.
- Take good care of your teeth and get regular dental checkups.

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672

Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

Case Management for Pregnant Women

Case Management for Pregnant Women provides services to high-risk pregnant women of all ages. Our nurses will help with any medical, social, or educational service that you might need. A nurse Case Manager will:

- Get in touch with you by phone or mail.
- Help you find an OB/GYN doctor.
- Evaluate your health care needs.
- Provide education on pregnancy.
- Help coordinate special needs visits and transportation.

Call Driscoll Health Plan's Service Coordination Line at **Nueces: 1-844-508-4673** or **Hidalgo: 1-844-508-4675** if you have questions or need help.

Other Driscoll Health Plan Services and Education for Pregnant Members

Get Ready for Baby -Baby Showers

Driscoll Health Plan wants to help you keep your baby from being born too early. Each month we have baby showers. You can sign up for one scheduled class. Classes may be available at select locations, in person, or virtual. At the baby showers, we teach you about:

- Eating healthy and breastfeeding.
- How smoking, alcohol, and drugs can affect you and your baby.
- What to look for if there are problems during your pregnancy.
- The seven signs of premature labor and when to get help.
- Things you can expect during labor and delivery of your baby.

The Get Ready for Baby Program also offers:

- Nutritional Counseling (at no cost)

- Breastfeeding Consultations (at no cost)

For a listing of our baby showers and parenting classes visit:

driscollhealthplan.com/get-ready-for-baby

Text4baby Program

Get free text messages on your cell phone each week. The Text4baby messages will give you tips about being pregnant and more. To sign up, text the word BABY to 511411. You can also sign up using the Text4baby app. Download it for free on the [App Store](#) or [Google Play](#) App Store. To learn more visit: text4baby.org

Zika Virus

What is the Zika Virus?

The Zika virus is spread mostly through the bite of an infected mosquito. The Zika virus can be spread from a pregnant mother to her child and through sexual contact with an infected male partner.

Where is the Zika Virus?

Zika virus outbreaks are present in many countries. Within the United States, the Zika virus may be present in the counties of South Texas.

Who is at risk?

During pregnancy, the Zika virus can cause birth defects, including a rare brain condition in which a baby's head is smaller than normal.

What are the symptoms?

Symptoms are flu-like. The illness linked with Zika is usually mild with symptoms lasting for many days to a week. The most common symptoms of Zika are fever, rash, joint pain, and pink eye.

At this time, all pregnant women should have a screening during pregnancy. Those with concerns should see their Primary Care Provider or OB/GYN provider.

How can I protect myself from the Zika Virus?

Currently, no vaccine exists to prevent the Zika virus, but there are ways to protect yourself. All pregnant women should apply mosquito spray/lotion during their pregnancy. Mosquito spray/lotion is safe when applied properly and is safe for the fetus. Always read the instructions on the label before using it. Wearing protective clothing can also help. In addition, because the virus can be sexually transmitted, it is also recommended that all pregnant women in these affected areas have their partners wear condoms.

How can I get mosquito spray/lotion?

You can get mosquito spray/lotion at no cost to you. Get a prescription from your doctor. Then, take that prescription to your pharmacy, and they will give you the mosquito repellent. To learn more, visit: txvendordrug.com/about/manuals/pharmacy-provider-procedure-manual/p-9-formulary-coverage/mosquito-repellents

Help After Pregnancy

After delivery, we offer moms a home visit and a parenting class. During this visit and class, you will learn about things such as:

- Importance of a postpartum checkup
- Newborn checkups
- Basic newborn care
- Getting vaccines
- Safety tips

When should you have a post-partum visit?

You should have a postpartum office visit 7-84 days after delivery.

Breast Pumps

Why would you need a breast pump?

- Your baby is premature and unable to suck.
- Your baby has severe feeding problems.

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672
Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- You can't make enough milk supply because of illness.
- You and your baby are separated.
- You had more than one baby.
- For other reasons as approved by Driscoll Health Plan.

How do I get a breast pump?

No Approval Needed If:

- Your doctor gives you a prescription for a manual or electric single breast pump that costs \$300 or less.

Approval Needed If:

- Your doctor gives you a prescription for an electric or hospital-grade breast pump that costs more than \$300.
- You had more than one breast pump per pregnancy or within three years, whichever is greater.
- Your doctor will have to get approval from Driscoll Health Plan.

Where can I get a breast pump?

Driscoll Health Plan covers breast pumps with a prescription from your doctor. You can get a breast pump from:

- aeroflowbreastpumps.com
- breastpumpdepot.com
- Driscoll Health Plan Network Pharmacy
- Durable Medical Equipment Provider

To find a participating pharmacy or provider go to driscollhealthplan.com or call Member Services for help.

How can I receive health care after my baby is born (and I am no longer covered by Medicaid)?

After your baby is born you may lose Medicaid coverage. You may be able to get some health care services through the Healthy Texas Women
Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672
Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

Program and the Department of State Health Services (DSHS). These services are for women who apply for the services and are approved.

Healthy Texas Women Program

The Healthy Texas Women Program provides family planning exams, related health screenings, and birth control to women ages 18 to 44 whose total household income is at or below the program's income limits (204.2 percent of the federal poverty level). You must submit an application to find out if you can get services through this program. To learn more about services available through the Healthy Texas Women Program, write, call, or visit the program's website:

Healthy Texas Women

P.O. Box 149021

Austin, TX 78714-9021

Toll-free Number: 1-800-335-8957

Fax Number: 1-866-993-9971

Website: healthytexaswomen.org

If I have Medicaid for Pregnant Women, can I transition to the Healthy Texas Women Program (HTW)?

Yes. At the end of your Medicaid, primary health care focuses on prevention of disease, early detection, and early intervention of health problems. You will automatically be enrolled in the HTW Program. You will receive a letter in the mail about auto-enrollment into the program. You will have the choice to opt-out of the program. To be auto-enrolled, you must:

- Be 18 to 44 years of age
- Not be receiving active third-party resources at the time of auto-enrollment

If you are not able to be auto-enrolled into HTW, you may apply for the program in the last month you were able to get pregnancy coverage. If you meet

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

the eligibility criteria, your HTW coverage will begin the first day of the month following the end of your Medicaid or CHIP Perinatal coverage.

Other Preventative Care Programs

DSHS Primary Health Care Services Program

The DSHS Primary Health Care Services Program helps women, children, and men get primary health care services. Texas residents can get these services if they cannot get other programs or benefits that provide the same services. To get services through this program, a person's income must be at or below the program's income limits (200 percent of the federal poverty guideline). A person approved for services may have to pay a co-payment, but no one is turned down for services because of a lack of money.

Primary Health Care focuses on the prevention of disease, early detection, and early intervention of health problems. The main services provided are:

- Health education
- Emergency services
- Family planning services
- Diagnosis and treatment
- Diagnostic testing, including X-rays and lab services
- Preventive health services, including vaccines

You will be able to apply for Primary Health Care Services at certain clinics in your area. To find a clinic where you can apply, visit the DSHS Family and Community Health Services Clinic Locator at: txclinics.dshs.texas.gov/chcl/

To learn more about services you can get through the Primary Health Care Program call, email, or visit the program's website at:

Phone Number: 1-800-222-3986, ext. 4385320

Email: PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

Website: hhs.texas.gov/services/health/primary-health-care-services-program

DSHS Family Planning Program

The Family Planning Program works with clinics across the state to provide quality, low-cost, and easy-to-access family planning and reproductive healthcare services for women and men.

To find a clinic in your area visit the DSHS Family and Community Health Services Clinic Locator at: txclinics.dshs.texas.gov/chcl/

To learn more about the services you can get through the Family Planning program, visit the program's website, call, fax, or email:

Website: healthytexaswomen.org/healthcare-programs/family-planning-program

Phone Number: 1-512-776-7796

Fax Number: 1-512-776-7203

Email: famplan@hhs.texas.gov

Where do I find a family planning service provider?

To locate family planning providers near you visit the program's website or call Member Services.

healthytexaswomen.org/find-doctor

Service Coordination

What is Service Coordination?

Service Coordination helps you with getting the covered services you need. This service costs you nothing. Your Service Coordinator will work with you, your family, and provider to create an Individual Service Plan.

What will a Service Coordinator do for me?

A Service Coordinator will assess your health care needs. Once a care plan is in place, the Service Coordinator will monitor your progress towards your health care goals. They will help with:

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672

Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- Organizing services
- Scheduling doctor's visits
- Arranging transportation
- Identifying resources
- Caregivers support

How can I talk to a Service Coordinator?

If you would like to speak to a Service Coordinator, call the Driscoll Health Plan Service Coordination line at **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**. Together we will help you live healthier.

Individual Service Plan (ISP)

Your Service Coordinator will work with you to complete an Individual Service Plan yearly. Your ISP can be updated as needed. This will help us to identify the supports and services you need and want. Your ISP will be used to help arrange needs between you and your key service providers. You may view your ISP on the Member Portal, as well.

Transition Planning

What is Transition Planning?

Transition Planning helps teens and young adults prepare for benefits and service changes. These changes will take place on your 21st birthday. A Service Coordinator will work with a Transition Specialist to make sure you keep getting benefits and services as you fully transition out of STAR Kids and into STAR+Plus, a waiver program, or referred to other community resources you can get.

What is a Transition Specialist?

A Transition Specialist will create a plan with everyone involved in your care. This plan will help to prepare you for the transition out of STAR Kids services. The specialist will begin working with you at the age of 15 on transition goals and finding resources like:

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672

Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

- Adult health care providers
- Community services and other supports
- Health and wellness education

How can I talk to a Transition Specialist?

To speak with a Transition Specialist call Service Coordination for **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

Disease Management

What is Disease Management?

Driscoll Health Plan has a program for Members who have asthma or diabetes. The program helps you and your family to understand and take care of your disease. Our goal is for you to have better health. Your Service Coordinator will call to explain the program and will assess your asthma or diabetes during a scheduled visit. The Service Coordinator will work with you and your doctor to create a plan.

To learn more, call Driscoll Health Plan Disease Management toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

Members with Special Health Care Needs (MSHCN)

Driscoll Health Plan identifies Members with Special Health Care Needs. This includes Members with disabilities, chronic medical and behavioral health conditions.

Members are offered Service Coordination services. Service Coordination will work with families and health care providers to create a plan of care. This care plan will include preventive care, primary care, and other health care services a Member may need.

To learn more, call Driscoll Health Plan Service Coordination toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

What is Early Childhood Intervention (ECI)?

ECI is a program for children, birth to three who have disabilities, developmental delays, suspected delays, or are at risk for having delays. ECI also works with babies that may have failed their hearing screening or vision screenings to ensure that they prevent delays in the child's development. ECI provides evaluations at no cost. ECI will help children get needed services such as **physical therapy, occupational therapy, speech therapy, and behavior intervention**. ECI services end on your child's 3rd birthday, but some children leave before they turn 3 years old. ECI also offers transition services when the child turns 3 years of age.

Driscoll Health Plan's Service Coordination Department will coordinate with local ECI Programs in creating a plan for your child.

Do I need a referral?

You can self-refer and do not need a referral from a Primary Care Provider.

Where do I find an ECI Provider?

You can call Service Coordination for **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675** for assistance in locating an ECI Provider.

Adoption Assistance & Permanency Care Assistance

What is Adoption Assistance (AA)?

Adoption Assistance is a program that helps with the adoption of children with special needs by providing support services to the families who adopt these children.

Who can get Adoption Assistance?

To get AA, the child must meet the definition of a child with special needs.

Extended AA is for people who have a child with special needs over 18 years old. The focus of this program is to help the child in the transition to adulthood. This may include adult waiver services through programs such as CLASS or HCS.

What benefits are offered under the AA Program?

- Medicaid health coverage for the child.
- Monthly payments from the Department of Family and Protective Services (DFPS) to help in meeting the child's needs.
- One-time reimbursement for some Adoption Assistance fees up to \$1,200.

What is Permanency Care Assistance (PCA)?

Permanency Care Assistance provides help to guardians.

Who is able to get Permanency Care Assistance?

- People who have guardianship of a child with special needs.
- Extended PCA is for people who have a child with special needs over 18 years old.

What benefits may be offered under PCA?

- Medicaid health coverage for a child living with you.
- Monthly cash assistance through the last day of a child's 18th birthday.
- One-time reimbursement for some legal fees up to \$2,000 to help with becoming a guardian of a child with special needs.

Where can I go for help?

To learn more about the Adoption Assistance or Permanency Care Assistance, please call:

- Department of Family and Protective Services Hotline- 1-800-233-3405
- Health and Human Services- 1-877-782-6440 Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m.
- Or visit hhs.texas.gov/aapca

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672
Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

What if I need to change my address or phone number?

The adoptive parent of the Permanency Care Assistance caregiver should contact or be referred to the Texas Department of Family and Protective Services' Regional Adoption Assistance Eligibility Specialist (AAES) assigned to their case. If they do not know who their AAES is, they can contact the DFPS hotline at 1-800-233-3405, to find out who their assigned eligibility specialist is. The AAES will then be able to help them with the address change.

Case Management

Farm Workers and Children of Traveling Farm Workers Case Management

Children of Agricultural Workers have special health care needs. Our Service Coordinators can help you schedule checkups before they are due. Staff will call to make sure checkups, physicals, and vaccines are up to date. They can also help you find a doctor where you are traveling. For help getting vaccines, or to refill medications before traveling to another area, call Member Services toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

What if I am a Traveling Farmworker?

You can get your checkup sooner if you are leaving the area. Call Member Services for help scheduling a visit with your doctor.

Behavioral Health Case Management

What are mental health rehabilitation services and mental health targeted Case Management?

You will receive the following mental health services as part of the managed care benefit package:

- Targeted Case Management
- Mental health rehabilitative services

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672
Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

Services included in mental health rehabilitation:

- Crisis intervention services
- Medication training and support services
- Psychosocial rehabilitative services
- Skills training and development services
- Day programs for acute needs

How do I get these services?

Call Service Coordination for help getting this service: **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

Case Management for Children and Pregnant Women

What is Case Management for children and pregnant women?

Need help finding and getting services? You might be able to get a case manager to help you.

Who can get a Case Manager?

Children, teens, young adults (birth through age 20), and pregnant women who get Medicaid and:

- have health problems, or
- are at a high risk of getting health problems.

What do Case Managers do?

A Case Manager will visit with you and then:

- Find out what services you need.
- Find services near where you live.
- Teach you how to find and get other services.
- Make sure you are getting the services you need.

What kind of help can you get?

Case Managers can help you:

- Get medical and dental services.
- Get medical supplies or equipment.
- Work on school or education issues.
- Work on other problems.

How can you get a Case Manager?

Call Driscoll Health Plan to learn more or call Texas Health Steps toll-free at 1-877-847-8377, Monday-Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

- Driscoll Health Plan Service Coordination
Nueces SA: 1-844-508-4673 or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**
- To learn more, go to:
driscollhealthplan.com

Behavioral Health

How do I get help if I have a behavioral (mental) health disorder?

You can get help with mental health and substance misuse disorder. If you need help, call the Behavioral Health Hotline toll-free, for **Nueces SA: 1-833-532-0209** or **Hidalgo SA: 1-833-532-0219**. You can call 24 hours a day, 7 days a week. You may choose a provider within our Behavioral Health Network. If you choose to see a provider who is not in the DHP network, the provider may require prior authorization before they see you. These services are private, so you do not need a Primary Care Provider to agree to the services.

Providers can call **1-877-324-3627** to find out if they are contracted under the Intensive Outpatient Program.

If you have an emergency related to mental health problems or substance misuse, go to the nearest hospital emergency room, or call **911** for an ambulance.

Mental Health Services

How do I get mental health rehabilitation services and mental health targeted Case Management?

For help, call Service Coordination at **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

Substance Misuse Services

How do I get substance misuse services?

If you need substance misuse services, you should call the Behavioral Health Hotline toll-free, for **Nueces SA: 1-833-532-0209** or **Hidalgo SA: 1-833-532-0219**. You can call Service Coordination as well at **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

Do I need a referral for this?

You can go to a Driscoll Health Plan provider without a referral from your Primary Care Provider.

Mental Health Parity and Addiction Equity Act

Driscoll Health Plan follows all laws and regulations of the Mental Health Parity and Addiction Equity Act. It protects against unfair and unequal treatment regarding benefits provided by our plan.

What is Mental Health Parity?

Mental health parity means that you should receive the same level of behavioral health care as you do for medical care.

Special Services

Interpreter Services

Can someone interpret for me when I talk with my doctor?

Yes. Your doctor's office will arrange for an interpreter to help you during your visit.

Who do I call for an interpreter?

Call your doctor's office for help.

How far in advance do I need to call?

Language interpreter services held over the phone do not require advance notice.

How can I get a face-to-face interpreter in the provider's office?

The interpreter your doctor's office arranges for you can be someone that comes to the office. Contact your doctor at least 48 hours in advance to make these arrangements.

Non-emergency Medical Transportation (NEMT) Services – SafeRide Health

Who is SafeRide Health?

SafeRide Health provides transportation to non-emergency health care visits for Members who have no other transportation choices. These trips include rides to the doctor, dentist, hospital, pharmacy, and other places you get Medicaid services. These trips do NOT include ambulance trips.

What services does SafeRide Health offer?

- Passes or tickets for transportation such as mass transit within and between cities or states, by rail or bus, included in certain circumstances.
- Commercial airline transportation services.
- Demand response transportation services, which are curb-to-curb transportation in private buses, vans, or sedans, including wheelchair-accessible vans, if necessary.
- Mileage reimbursement for an individual transportation participant (ITP) to a covered health care service. The ITP can be you, a responsible party, a family member, a friend, or a neighbor.
- If you are 20 years old or younger, you may be able to receive the cost of meals associated with a long-distance trip to obtain health care services. The daily rate for meals is \$25 per day for the Member and \$25 per day for an approved attendant.

- If you are 20 years old or younger, you may be able to receive the cost of lodging associated with a long-distance trip to obtain health care services. Lodging services are limited to the overnight stay and do not include any amenities used during your stay, such as phone calls, room service, or laundry service.
- If you are 20 years old or younger, you may be able to receive funds in advance of a trip to cover authorized NEMT services.

If you need an attendant to travel to your visit with you, SafeRide Health will cover the transportation costs for your attendant.

A parent, guardian, or other authorized adult must accompany children 14 years old and younger.

Children 15-17 years old must be accompanied by a parent, guardian, or other authorized adult or have consent from a parent, guardian, or other authorized adult on file to travel alone. Parental consent is not needed if the health care service is confidential in nature.

How to get a ride?

Driscoll Health Plan will provide you with information on how to schedule a ride through SafeRide Health.

Who do I call for a ride to a medical appointment?

Call SafeRide Health to schedule and pick up at 1-833-694-5881 or visit the SafeRide Health member portal at:

driscollhealthplan.member.saferidehealth.com/login

How far in advance do I need to call for a ride?

You should ask for NEMT services as early as possible and at least two business days before you

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

need the NEMT service. In certain circumstances, you may ask for the NEMT service with less notice.

These circumstances include being picked up after being discharged from a hospital; trips to the pharmacy to pick up medication or approved medical supplies; and trips for urgent conditions. An urgent condition is a health condition that is not an emergency but is severe or painful enough to require treatment within 24 hours.

You must tell SafeRide Health before the approved and scheduled trip if your medical program is canceled.

Where's my ride?

Call SafeRide Health to check the status of your ride at: 1-833-694-5881

Can someone I know give me a ride to my appointment and get paid for mileage?

Yes, mileage will be reimbursed to an individual transportation participant for a verified completed trip to a covered healthcare service. The ITP can be you, a responsible party, a family member, a friend, or a neighbor.

Please call 1-833-694-5881 to learn more.

Benefits and Services

What are my acute care/health care benefits?

Acute care benefits are services for you when you are sick or to keep you from getting sick. These services include things like labs, hospitals, and specialists. If you have Medicare and Medicaid, your acute care benefits are covered by Medicare. Your health care benefits are the same as your acute care benefits. The table on the right includes some services but is not limited to the services listed.

Acute Care Benefits / Health Care Benefits

- Care to help Members stay well
- Needed medical care for children
- Vaccines for children under 21 years old
- Texas Health Steps checkups for Members under the age of 21 years
- Laboratory services
- X-ray services
- Family planning services and supplies
- Prescription drugs
- Eye exams and glasses
- Ear doctor visits and hearing aids
- Prenatal care
- Birthing Center Services
- Specialty doctor services
- Hospital care
- 24-hour emergency care from an emergency room
- Ambulance services, if necessary
- Home Health services
- Behavioral Health Services
- Help with substance misuse
- Private Duty Nursing
- Personal Care Services
- Home Health Skilled Nursing
- Early Childhood Intervention
- Dialysis for kidney problems
- Organs/Tissues transplantation
- Durable Medical Equipment and supplies
- Chiropractic services
- Cancer diagnosis and treatment
- Mastectomy procedures and reconstruction
- Podiatry services
- Oral Fluoride Varnish

How do I get these services?

Your Primary Care Provider will work with you to make sure you get the care needed.

Are there any limits on any covered services?

There might be limits to these services. To learn more, call Service Coordination toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

Dental Services

What dental services does Driscoll Health Plan cover for children?

Driscoll Health Plan covers emergency dental services in a hospital or ambulatory surgical center, including, but not limited to, payment for the following:

- Treatment of dislocated jaw.
- Treatment for traumatic damage to teeth and supporting structures.
- Removal of cysts.
- Treatment of oral abscess of tooth or gum origin.

Driscoll Health Plan covers hospitals, doctors, and related medical services for the above conditions. This includes services the doctor provides and other services your child might need, like anesthesia or other prescription drugs.

Driscoll Health Plan is also responsible for paying for treatment and devices for craniofacial anomalies.

Your child's Medicaid dental plan provides all other dental services including services that help prevent tooth decay and services that fix dental problems.

Call your child's Medicaid dental plan to learn more about the dental services they offer.

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672
Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

Vision Services

How do I get eye care services?

To get eye exams or glasses, call Envolve, for Nueces SA: 1-844-305-8300 or Hidalgo SA: 1-844-725-6410. You do not need a referral from your Primary Care Provider for routine eye checkups from ophthalmologists or optometrists in Envolve's provider network.

When should I get routine eye care?

- You should get an exam once every 12 months.
- Glasses may be replaced every two years.

Pharmacy and Prescriptions

What are my prescription benefits?

Driscoll Health Plan covers most medicines prescribed. To learn more, call Member Services.

How do I get my medications?

Medicaid pays for most medicine your doctor says you need. Your doctor will either write a prescription so you can take it to the pharmacy, or your doctor may be able to send the prescription for you.

How do I find a network pharmacy?

A network pharmacy can be found on the Pharmacy Network List at driscollhealthplan.com or contact Member Services for help finding a network pharmacy.

What if I go to a pharmacy not in the network?

The pharmacy can call the Pharmacy Help Line on the back of your ID card. They will help find a pharmacy in the network.

What do I bring with me to the pharmacy?

You will need to bring Your Texas Benefits Medicaid ID card or your Driscoll Health Plan ID card.

What if I need my medications delivered to me?

Please call Member Services if you need to have your medications delivered to your home. We will give you the number to a pharmacy that will deliver to you. There is no charge for this home delivery.

Who do I call if I can't get my medications?

Please contact Member Services if you have any problems getting medications.

What if I can't get the medication my doctor ordered approved?

If your doctor cannot be reached to approve a prescription, you may be able to get a three-day emergency supply of your medication.

Call Driscoll Health Plan toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674** for help with your medications and refills.

How do I get my medications if I am in a Nursing Facility?

The nursing facility will provide you with all your medications. If you need extra help, call your Service Coordinator.

What if I lose my medication(s)?

You should keep your medications in a safe place. If you lose your medications call Member Services. We will work with your doctor and pharmacy to help you get a replacement.

What is the Medicaid Lock-In Program?

You may be placed in the Lock-in Program if you do not follow Medicaid rules. It checks how you use Medicaid pharmacy services. Your Medicaid benefits remain the same. Changing to a different MCO will not change the Lock-In status.

To avoid being placed in the Medicaid Lock-in Program:

- Pick one pharmacy at one location to use all the time.
- Be sure your main doctor, main dentist, or the specialists they refer you to are the only doctors that give you prescriptions.
- Do not get the same type of medicine from different doctors.

To learn more, call Driscoll Health Plan Member Services.

How can I get a list of the prescriptions that are covered by my benefits?

A current list of covered prescriptions can be found at: txvendordrug.com/formulary

You can also call Member Services if you need assistance.

What if I need durable medical equipment (DME) or other products normally found in a pharmacy?

Medicaid covers some durable medical equipment and products normally found in a pharmacy. For all Members, Driscoll Health Plan pays for nebulizers, ostomy supplies, and other covered supplies and equipment if they are medically necessary. For children (birth through age 20), Driscoll Health Plan also pays for medically necessary prescribed over-the-counter drugs, diapers, formula, and some vitamins and minerals. To learn more, please call Member Services.

Long Term Services and Supports (LTSS)

Long Term Services and Supports are benefits and services that you may be able to get. These services help you stay safe and healthy in your own home. Long Term Services and Supports help you with things like bathing, dressing, cooking, shopping, and taking your medicines. You can find a listing of these benefits in the table on the pages to follow.

What are my Long Term Services and Supports (LTSS) Benefits?

You may be able to get the following Long-Term Services and Supports Benefits if you meet medical necessity. Your waiver determines your LTSS benefits. Additional services are determined based on your waiver as listed below:

- Medically Dependent Children Program (MDCP)
- Community Living & Support Services (CLASS)
- Deafblind with Multiple Disabilities (DBMD)
- Home and Community-based Services (HCS)
- Texas Home Living (TxHmL)
- Youth Empowerment Services (YES)

I am in the Medically Dependent Children Program (MDCP). How do I get services for my LTSS?

State plan LTSS like Personal Care Services (PCS), Private Duty Nursing (PDN), and Community First Choice (CFC), as well as all MDCP services, will be delivered through your STAR Kids MCO. Please contact your MCO service coordinator if you need assistance with using these services.

I am in the Community Living Assistance & Support Services (CLASS) waiver. How do I get services for my LTSS?

State plan LTSS like Personal Care Services (PCS), Private Duty Nursing (PDN), and Community First Choice (CFC) will be delivered through your STAR Kids MCO. Your CLASS waiver services will be delivered through the Department of Aging and Disability Services. Please contact your MCO service coordinator if you need assistance with using these services. You can also contact your CLASS case manager for questions specific to CLASS waiver services.

I am in the Deaf-Blind with Multiple Disabilities (DBMD) waiver. How do I get services for my LTSS?

State plan LTSS like Personal Care Services (PCS), Private Duty Nursing (PDN), and Community First Choice (CFC) will be delivered through your STAR Kids MCO. Your DBMD waiver services will be delivered through the Department of Aging and Disability Services. Please contact your MCO service coordinator if you need assistance with using these services. You can also contact your DBMD case manager for questions specific to DBMD waiver services.

I am in the Home and Community-Based Services (HCS) waiver. How do I get services for my LTSS?

State plan LTSS like Personal Care Services (PCS), Private Duty Nursing (PDN), and Community First Choice (CFC) will be delivered through your STAR Kids MCO. Your HCS waiver services will be delivered through the Department of Aging and Disability Services. Please contact your MCO service coordinator if you need assistance with using these services. You can also contact your HCS service coordinator at your local intellectual and developmental disability authority (LIDDA) for questions specific to HCS waiver services.

I am in the Texas Home Living (TxHmL) waiver. How do I get services for my LTSS?

State plan LTSS like Personal Care Services (PCS), Private Duty Nursing (PDN), and Community First Choice (CFC) will be delivered through your STAR Kids MCO. Your TxHmL waiver services will be delivered through the Department of Aging and Disability Services. Please contact your MCO service coordinator if you need assistance with using these services. You can also contact your TxHmL service coordinator at your local intellectual and developmental disability authority (LIDDA) for questions specific to TxHmL waiver services.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

I am in the Youth Empowerment Services waiver (YES). How do I get services for my LTSS?

State plan LTSS like Personal Care Services (PCS), Private Duty Nursing (PDN), and Community First Choice (CFC) will be delivered through your STAR Kids MCO. Your YES waiver services will be delivered through the Department of State Health Services. Please contact your MCO service coordinator if you need assistance with accessing these services.

What number do I call to find out about these services?

Please contact your MCO service coordinator if you need assistance with using these services. You can also contact your LMHA case manager for questions specific to YES waiver services.

Providers can call **1-877-324-3627** to find out if they are contracted under the Intensive Outpatient Program.

Consumer Directed Services (CDS)

In STAR Kids, you may choose how you would like some LTSS delivered.

- Agency Option (AO): all services provided and managed by an agency.
- Service Responsibility Option (SRO): person who manages day-to-day activities while the provider agency manages business activities.
- CDS option: person who manages day-to-day and business activities.

CDS option gives you more choices and control over how some of your LTSS services are delivered.

If you choose the CDS option, you will be able to:

- Find, screen, hire, and fire the people who provide services to you or our staff.
- Train and direct your staff.

For STAR Kids services that can be managed by CDS include Personal Care Services (attendant care),

Community First Choice Personal Care Services (CFC-PCS), Community First Choice Habilitation (CFC-HAB).

For STAR Kids on Medically Dependent Children Program (MDCP) waiver, services that can be managed by CDS include respite care, employment assistance, flexible family support, adaptive aids, minor home modifications, and supported employment.

If you choose to be in CDS, you will contract with a Financial Management Services Agency (FMSA). FMSA will:

- provide training and support to help you with your staff,
- do your payroll, and
- file your taxes.

Call the Service Coordination Line toll-free, for Nueces SA: **1-844-508-4673** or Hidalgo SA: **1-844-508-4675** for help.

What is Cognitive Rehabilitation Therapy (CRT)?

CRT is an LTSS benefit. CRT helps you learn or relearn skills that have been reduced or lost because of brain injury. CRT helps you regain skills like memory improvement, improved attention span, and problem-solving.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

LTSS Benefits Table

Each waiver offers many benefits. The table shows you what benefits your waiver includes or does not include.

Long-Term Services and Supports (LTSS) Benefits						
	MDCP	CLASS	DBMD	HCS	TxHmL	YES
Adaptive Aids (AA)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Audiology Services			✓	✓	✓	
Behavior Support Services		✓	✓	✓	✓	
Case Management		✓	✓			
Chore Services			✓			
Community Support Services (CSS) transportation					✓	
Continued Family Services		✓				
Cognitive Rehabilitation Therapy		✓		✓		
Day Habilitation			✓	✓	✓	
Dental		✓	✓	✓	✓	
Dietary/Nutritional Services		✓	✓	✓	✓	
Employment Assistance Services (EAS)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Financial Management Services (FMS)	✓	✓	✓	✓	✓	
Flexible Family Support Services (FFSS)	✓					
Family Support						✓
Intervener			✓			
Language Therapy		✓	✓	✓	✓	
Minor Home Modifications (MHM)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Non-Medical Transportation						✓
Nursing		✓	✓	✓	✓	
Orientation and Mobility			✓			
Paraprofessional Services						✓
Physical, Occupational, and Speech Therapy		✓	✓	✓	✓	
Prevocational Services		✓				
Residential Assistance				✓		
Respite Services	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Specialized Therapies		✓				
Speech/Language Pathology		✓				
Social Work Services				✓		
Support Family Services		✓				
Supported Employment	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Supported Home Living (SHL) transportation				✓		
Supportive Family-based Alternatives						✓
Transition Assistance Services (TAS)	✓	✓	✓	✓	✓	

What is Private Duty Nursing (PDN)?

Private Duty Nursing provides nursing care to children with special medical needs. PDN will teach you how to care for your child's medical needs. Your Service Coordinator will assess your needs for this service at each home visit. Call your Service Coordinator any time to talk about getting help from PDN for things like:

- Ventilator care and management
- Feeding tubes
- Suctioning
- Injections
- Catheterization

How can Personal Care Services (PCS) help me?

Personal Care Services helps with everyday tasks like bathing, eating, dressing, and walking. PCS can also help you to fix meals and do light housework. Your Service Coordinator will assess your need for this service at each home visit. To learn more, call your Service Coordinator toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

What can Community First Choice (CFC) do for me?

Community First Choice provides home and community-based basic attendant services and supports. The services you can get in CFC are:

- Help with daily tasks like dressing, bathing, and eating.
- Services to help you learn how to care for yourself.
- Backup systems or ways to ensure services and supports keep going.
- Training on how to pick, manage, and dismiss an attendant.

To learn more, call Service Coordination toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

Nursing Facilities

Will my STAR Kids benefits change if I am in a Nursing Facility?

No. Your health benefits will not change if you are in a nursing facility.

Will I keep getting STAR Kids benefits if I am in a Nursing Facility?

A STAR Kids Member who enters a Nursing Facility or Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF/IID) will remain a STAR Kids Member. Driscoll Health Plan must provide Service Coordination and any Covered Services that happen outside of the Nursing Facility or ICF/IID when a STAR Kids Member is a Nursing Facility or ICF/IID resident. Throughout the duration of the Nursing Facility or ICF/IID stay, Driscoll Health Plan must work with the Member and the Member's Legally Authorized Representative (LAR) to identify Community-Based Services and LTSS programs to help the Member return to the community.

Prescribed Pediatric Extended Care Centers (PPECC)

What is the Prescribed Pediatric Extended Care Center?

PPEC is available to children from birth through age 20. Children with complex medical conditions can get the medical care they need in a day treatment setting. Services may include:

- Skilled nursing services
- Nutritional counseling
- Developmental services
- Psychosocial services
- Caregiver training
- Transportation

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672
Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

How do I get these services? What number do I call to find out about these services?

If you need any of these services, you can call Member Services toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674**.

Call Service Coordination toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

What if I also have Medicare?

If you have Medicare and STAR Kids, Medicare will be your primary coverage.

What other services can Driscoll Health Plan Help me Get?

Medicaid offers services Driscoll Health Plan does not. We can help you get these services:

- Texas Health Steps dental (including orthodontia)
- Early Childhood Intervention (ECI) Case Management and service coordination
- Department of State and Health Services for targeted Case Management.
- Department of State and Health Services for Mental Health Rehabilitation (MHR)
- Vendor Drug Program
- Community First Choice services (CFC)
- Texas School Health and Related Services (SHARS)
- Department of Assistive and Rehabilitative Services Blind Children's Vocational Discovery and Development Program
- Tuberculosis services provided by the Department of State and Health Services-approved providers
- Department of Aging and Disabilities Services (DADS)
- Audiology services and hearing aids for children under age 21

- Women's, Infants, and Children (WIC)

If you need help using these services and programs, call Service Coordination toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4673** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4675**.

Extra Benefits

What extra benefits do I get as a Member of Driscoll Health Plan?

When you join Driscoll Health Plan, you get some Value-Added Services that Medicaid does not offer.

What is a Value-Added Service?

In addition to your regular health benefits, Driscoll Health Plan offers extra services to our Members at no cost. Driscoll Health Plan wants you and your family to stay healthy and enjoy life. Therefore, we offer a Value-Added Service for everyone in the family.

How can I get these benefits?

For eyeglasses, contact our vision vendor toll-free, for **Nueces SA: 1-844-305-8300** or **Hidalgo SA: 1-844-725-6410**.

For questions on how to get any of the other Value-Added Services, contact Member Services or your Service Coordinator. For a complete list of extra benefits, please refer to the table on the next page.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

*These extra services are valid from September 1, 2023 through August 31, 2024.

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations or Restrictions
Respite Care Services	Up to 32 hours of respite care each year for members who get personal care services (PSC).	<ul style="list-style-type: none"> Respite services must be authorized by a Service Coordinator Members must be under the age of 21 Does not apply to MDCP members
Pest Control	High-risk members with chronic health conditions can get pest control services.	<ul style="list-style-type: none"> Must live in a home that is owned or rented Must have a high-risk medical condition Pest control services only include insects and rodents inside the home Termites and bedbugs are not included Pest control services are limited to a preapproved list of vendors One service per household
Sensory Products	Up to \$75 towards a sensory packet.	<ul style="list-style-type: none"> One per member, per year Must meet medical criteria
Community-Based Specialty Services	Can participate in Community-Based Specialty Services includes: <ul style="list-style-type: none"> Equine Therapy Music Therapy Aquatic Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> Must meet medical criteria Members are subject to requirements set by the service provider Some therapies may be limited by location due to available space Offered on a first come first serve basis Yearly limit of \$500
Asthma	\$20 gift card after five months of continuous asthma controller medication refills.	<ul style="list-style-type: none"> Must meet medical criteria Refills must be continuous
	Two hypoallergenic pillow covers and bed covers.	Must meet medical criteria
Vision	\$150 allowance towards frames, lenses, or contact lenses every two years.	<ul style="list-style-type: none"> Ages 2 and older Limited to members who need glasses

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations or Restrictions
First Aid Kit	One first-aid kit per family.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 2 to 5 • Must be a new member
Sports or School Physicals	One sport or school physical.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 4 to 21 • One physical per member, per year
Transportation	Get rides to: <ul style="list-style-type: none"> • Local food pantries • Grocery stores • DHP health education classes • DHP community events • Social Security Administration office • DHP sponsored events 	<p>Local food pantries:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Must complete an SDOH evaluation • Must be within DHP service area • Must be within 25-mile radius or with prior approval <p>Local grocery stores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Must complete an SDOH evaluation • Must be within DHP service area • Must be within 25-mile radius • Visit must not be more than one hour including in store and travel time • Members with special health care needs <p>DHP health education classes or community events:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Must be pre-registered for DHP education class or DHP community event • Must be within DHP service area • Must be within 25-mile radius or with prior approval <p>Social Security Administration office and DHP sponsored events:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Must be within 25-mile radius or with prior approval

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations or Restrictions
Health and Wellness	Up to \$500 MDCP copay coverage towards a nursing home stay.	Must have assessment by Service Coordinator that determines eligibility criteria for MDCP waiver
	Up to \$150 to help with the registration cost to a special needs camp.	<ul style="list-style-type: none"> • One per member, per year • Must provide proof of acceptance and payment • Must meet medical criteria
	Up to \$75 in gift cards for completing a DHP or Case Management educational program.	<p><i>Classes may be available in person or virtual.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Must be registered for classes • Must not be related to any other VAS
	Up to \$60 in gift cards for completing Triple P session.	<ul style="list-style-type: none"> • One \$20 gift card per class, up to three gift cards per family • Must be enrolled in Triple P session • Must complete each Triple P class • Must meet medical criteria • Must complete one age group per level • Limited to two different levels
	\$50 gift card for joining a health and wellness program. Includes: <ul style="list-style-type: none"> • Sports program • Gym membership • 5k race • Dance class • Art class • Yoga class • Music lessons 	<ul style="list-style-type: none"> • One gift card per member, per year • Must submit the receipt as proof of participation
	\$25 gift card when you get a COVID-19 vaccine.	<ul style="list-style-type: none"> • Up to two vaccines per year • Must submit vaccination card
	\$20 gift card for completing a Child Passenger Safety class.	<ul style="list-style-type: none"> • Must complete a Child Passenger Safety class • One gift card per family

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations or Restrictions
	One activity tracker for weight management.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 10 to 18 • Must meet medical criteria • Must complete the physical fitness modules
	Lice removal treatment	<ul style="list-style-type: none"> • Up to three visits per year • PCP referral is required • Participating clinics only • May treat family members if DHP member qualifies for treatment
	ID wristband	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 5 to 21 • One per member, per year • Member must request
	Menstrual cycle kit	<ul style="list-style-type: none"> • Up to three kits per member per year • Member must request kit
	Educational braille learning kit	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 0 to 5 • Must meet medical criteria
	Hidalgo Service Area Only: Healthy Living Diabetes kit and enrollment in the Unidos Contra la Diabetes program.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 11 to 17 • Must complete a Health Risk Assessment • Must meet medical criteria • One kit per member per year • Locations include: Starr, Hidalgo, Cameron, and Willacy counties
Extra help for Pregnant Members For a listing of our baby showers and parenting classes, visit: driscollhealthplan.com/get-ready-for-baby <i>Classes may be available at select locations, in person, or virtual.</i>	\$100 gift card for attending a Get Ready for Baby educational baby shower.	One gift card per member, per pregnancy
	\$20 gift card for moms who attend a parenting class.	<ul style="list-style-type: none"> • Must attend within 120 days of delivery • One gift card per member, per pregnancy
	\$20 gift card for moms who complete a home visit.	<ul style="list-style-type: none"> • Moms must call to schedule a home visit • Visit must be completed within 60 days of delivery • Moms will complete a postnatal screening upon completion of class

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations or Restrictions
	\$20 gift card for completing a Pregnancy Health Risk Assessment (HRA).	<ul style="list-style-type: none"> • Must be a new pregnant member • Must complete the Pregnancy HRA
	One year membership of SHIPT grocery delivery service for high-risk pregnant members.	Must be identified as having a high-risk pregnancy
	Nutritional counseling with a nutritionist.	<ul style="list-style-type: none"> • Must not qualify for other nutritional counseling programs • Must be a pregnant member
	Lactation consultation	<ul style="list-style-type: none"> • Moms who delivered within the past 60 days • Up to two sessions per pregnancy
Gifts for Completing Checkups	\$20 gift card for completing four on-time newborn Texas Health Steps checkups.	Must have four of the following Texas Health Steps checkups: <ul style="list-style-type: none"> • 3 to 5 days • 2 weeks • 4 months • 6 months • 9 months
	\$20 gift card for completing a 12 and 15 month Texas Health Steps checkups.	Must have the following Texas Health Steps checkups: <ul style="list-style-type: none"> • 12 months • 15 months
	\$20 gift card for completing a yearly Texas Health Steps checkup.	Ages 2 to 20
	\$25 gift card for completing a prenatal checkup.	<ul style="list-style-type: none"> • Must be within the first trimester or within 42 days of joining DHP • One gift card per member, per pregnancy
	\$25 gift card for completing a post-partum checkup.	<ul style="list-style-type: none"> • Must be within 7-84 days of delivery • One gift card per member, per pregnancy

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations or Restrictions
	\$25 gift card for completing a mental health follow-up.	<ul style="list-style-type: none"> • 6 years and older • Follow-up must be with a mental health practitioner • Must be within 7 days of the discharge from in-patient mental health hospital
	\$20 gift card for completing a follow-up with your provider.	<ul style="list-style-type: none"> • Follow-up must be within 7-14 days of discharge from the hospital • Hospital stay must be at least three days • Up to three times per year
Over-the-Counter Benefits	\$50 gift card for over-the-counter items.	<p>Ages 6 to 15 months</p> <ul style="list-style-type: none"> • Must have 6 months of continuous eligibility • Must have completed 2 Texas Health Steps checkups within 6 months • Must download and register in the DHP Mobile App <p>Ages 13 to 18 years</p> <ul style="list-style-type: none"> • Must have 6 months of continuous eligibility • Must have completed 1 Texas Health Steps checkup within 12 months • Must download and register in the DHP Mobile App
	Up to 20% discount on over-the-counter items at the Driscoll Children’s Hospital Pharmacy.	<ul style="list-style-type: none"> • Must show your DHP member ID card • Medicaid covered benefits are not included

What services are not covered by Driscoll Health Plan?

Members may ask for a review of services that are not covered. Members may also ask for a review of services when their benefit limit has been reached. DHP may review the request for services on a case-by-case basis. Approvals are based on medical necessity, cost, and whether it will benefit the member’s health. DHP will require you to provide clinical documentation to support the medical necessity of the service.

Driscoll Health Plan does not cover the following services (list not all-inclusive):

Elective Care & Services
<ul style="list-style-type: none"> • Ear piercing • Hair transplant • Any service not medically necessary • Medical testimony and reports • Hospital bereavement • Marital counseling
Medical Care
<ul style="list-style-type: none"> • Infertility treatment • In Vitro Fertilization (IVF) • Reversal of sterilization • Cosmetic surgery • Non-authorized services (see page 16 for authorization requirements) • Services where a referral may be needed (see page 16 for referral requirements) • Any service received outside of the United States • LTSS that are not determined to be medically necessary and recorded in your Individual Service Plan approved by your Service Coordinator, your PCP, and you

Treatments

- Acupuncture
- Hypnosis
- Experimental medicines or procedures

Other Important Information

What do I have to do if I move?

As soon as you have your new address, give it to the HHSC benefits office by dialing 2-1-1 on your mobile phone and call Member Services toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674**. Before you get Medicaid services in your new area, you must call Driscoll Health Plan, unless you need emergency services. You will keep getting care through Driscoll Health Plan until HHSC changes your address.

What if I want to change Health Plans?

You can change your health plan by calling the Texas STAR, STAR Kids, or STAR+PLUS Program Helpline at 1-800-964-2777. You can change health plans as often as you want.

If you call to change your health plan on or before the 15th of the month, the change will take place on the first day of the next month. If you call after the 15th of the month, the change will take place on the first day of the second month after that. For example:

- If you call on or before April 15, your change will take place on May 1.
- If you call after April 15, your change will take place on June 1.

Can Driscoll Health Plan ask that I get dropped from their health plan for non-compliance?

Yes, we might ask for your removal from our health plan if you:

- Let someone else use your Health Plan Member ID card.

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672
Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- Let someone else use Your Texas Benefits Medicaid card.
- Do not follow the doctor's advice.
- Keep going to the emergency room for non-emergent issues.
- Cause problems at the doctor's office.
- Make it difficult for a doctor to help patients.

What should I do if I get a bill?

If you get a bill, call Member Services and we can help you. We can call the provider's office for you. You are not responsible for co-pays, deductibles, and services covered by Medicaid.

The following services are not covered by DHP:

- Going to a specialist without getting a referral.
- Going to an out-of-network provider without getting a referral.
- Choosing to go to an Urgent Care instead of an Emergency Room when you are out of town.

Who do I call?

Call Member Services at **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674**.

What information will they need?

Have your Member ID card and the bill when you call.

Can my Medicare Provider bill me for services or supplies if I am in both Medicare and Medicaid?

You cannot be billed for Medicare "cost-sharing," which includes deductibles, coinsurance, and co-payments that are covered by Medicaid.

Loss of Medicaid Coverage

What happens if I lose my Medicaid coverage?

If you lose Medicaid coverage but get it back again within six months, you will get your Medicaid

services from the same health plan you had before losing your Medicaid coverage. You will also have the same Primary Care Provider you had before.

What do I do if I have other insurance in addition to Medicaid?

(Coordination of Benefits)

You are required to tell Medicaid staff about any other health insurance you have. You should call the Medicaid Third-Party Resources hotline and update your Medicaid case file if:

- Your other health insurance is canceled.
- You get new insurance coverage.
- You have general questions about other health insurance.

You can call the hotline toll-free at 1-800-846-7307.

If you have other health insurance, you may still qualify for Medicaid. When you tell Medicaid staff about your other health insurance, you help make sure Medicaid only pays for what your other health insurance does not cover.

IMPORTANT: Medicaid providers cannot turn you down for services because you have other health insurance as well as Medicaid. If providers accept you as a Medicaid patient, they must also file with your other health insurance company.

When should others pay?

Sometimes others should pay for your health care. Below is what you need to do to make sure they pay.

More Than One Health Plan

If you have more than one health plan the other health plan must pay for your health care first. Let your doctor's office and Member Services know if you have other insurance.

Injury Caused by Others

If you are involved in an accident, your accident insurance must pay your bill. Call Member Services

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672

Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

to let us know that you were in an accident so we can make sure your health care is paid for.

Member Satisfaction

Member Satisfaction Surveys

Each year we ask a sample of our Members to participate in a Satisfaction Survey. The survey asks questions to see how happy you are with your care from Driscoll Health Plan and your provider. Your answers help us improve the care you get. To learn more about the results, call Member Services.

Member Advisory Group

Every three months we have Member Advisory Group meetings. This group meets to talk about things you would like us to do differently. You can also tell us what we can do better. Call Member Services if you want to be a Member of this group.

Reporting Abuse, Neglect, and Exploitation

You have the right to respect and dignity, including freedom from abuse, neglect, and exploitation.

What are Abuse, Neglect, and Exploitation?

Abuse is a mental, emotional, physical, or sexual injury, or failure to prevent such injury.

Neglect results in starvation, dehydration, overmedicating or under medicating, unsanitary living conditions, etc. Neglect also includes a lack of heat, running water, electricity, medical care, and personal hygiene.

Exploitation is misusing the resources of another person for personal or monetary gain. This includes taking Social Security or SSI (Supplemental Security Income) checks, abusing a joint checking account, and taking property and other resources.

Reporting Abuse, Neglect, and Exploitation

The law requires that you report suspected abuse, neglect, or exploitation, including unapproved use

of restraints or isolation that is committed by a provider.

Call **911** for life-threatening or emergency situations.

Report by Phone (non-emergency); 24 hours a day, 7 days a week, toll-free.

Report to the Department of Aging and Disability Services (DADS) by calling 1-800-647-7418 if the person being abused, neglected, or exploited lives in or receives services from a:

- Nursing facility;
- Assisted living facility;
- Adult daycare center;
- Licensed adult foster care provider; or
- Home and Community Support Services Agency (HCSSA) or Home Health Agency.

Suspected abuse, neglect, or exploitation by an HCSSA must also be reported to the Department of Family and Protective Services (DFPS).

Report all other suspected abuse, neglect, or exploitation to DFPS by calling 1-800-252-5400.

Report Electronically (non-emergency)

Go to txabusehotline.org. This is a secure website. You will need to create a password-protected account and profile.

Helpful Information for Filing a Report

When reporting abuse, neglect, or exploitation, it is helpful to have the names, ages, addresses, and phone numbers of everyone involved.

Complaints, Appeals, Emergency Appeal, External Medical Review, and State Fair Hearing

Driscoll Health Plan Member Advocates are here to help you with writing complaints and will help you through the complaint process. If you need help

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

with an appeal, a Member Advocate can help you file an appeal and walk you through the process. If you have a question about the covered services or preventative services of Driscoll Health Plan, call Member Services toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674**.

Complaints

Complaint Process

What should I do if I have a Complaint?

We want to help. If you have a complaint, please call us toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674** to tell us about your problem. A Driscoll Health Plan Member Advocate can help you file a complaint. Most of the time, we can help you right away or at most within a few days.

Driscoll Health Plan Complaint Procedures

You or someone acting on your behalf, and health care providers may file a written or oral complaint. Use the phone number and address referenced below to file your oral or written complaint.

Driscoll Health Plan

Quality Management Department

Attn: Performance Excellence Team

4525 Ayers Street

Corpus Christi, TX 78415

Toll-free Number: 1-877-324-7543

Fax Number: 361-808-2725

Email: DHP_QM_Complaints@dchstx.org

Interpreter services are provided at no cost to you, please call Member Services at **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-783-2989) for assistance.

Once you have gone through the Driscoll Health Plan complaint process, you may file your complaint directly to the Health and Human Services Commission (HHSC) by calling toll-free 1-866-566-

8989. If you would like to make your complaint in writing, please send it to the following address:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman for Managed Care

P.O. Box 13247

Austin, TX 78711-3247

Fax Number: 1-888-780-8099

If you can get on the Internet, you can submit your complaint at: hhs.texas.gov/managed-care-help

Who do I call?

We want to help you. If you have a question about how to file a complaint, please call Member Services toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674**.

Can someone from Driscoll Health Plan help me file a complaint?

Yes. A Driscoll Health Plan Member Advocate can help you file a complaint.

What are the requirements and timeframes for filing a Complaint?

You can make your complaint verbally or in writing. We will mail you a letter to let you know we received the complaint. We send this letter within five business days of receiving your complaint unless it is an initial contact complaint, which is taken care of within 24 hours. We will send you a form with the letter to complete and mail to us. This form will give us more details about your complaint but is not required. We will review it and let you know in writing of the outcome.

How long will it take to process my Complaint?

We will provide you with an answer within 30 days of receipt.

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672

Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

Appeals

Email: DHP_QM_Appeals@dchstx.org

Appeal Process

What can I do if my doctor asks for a service for me that's covered, but Driscoll Health Plan denies it or limits it?

There may be times when DHP's Medical Director denies or limits certain services. When this happens, you can ask for an appeal to review medical necessity for denied services. For help with how to fill out the Member appeal form, call Member Services at **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-783-2989).

Interpreter services are provided at no cost to you, please call Member Services at **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-783-2989) for assistance.

How will I find out if services are not approved?

We will send you a letter if services are not approved. The form to appeal the denial will be included.

How do I submit an Appeal?

- You or your provider may request an appeal orally or in writing.
- If you choose to submit an appeal in writing, you may use the appeal form that was included with the denial letter.
- A request for an oral appeal will be treated in the same manner as a written appeal. The date of the oral request will be treated as the filing date of the request.
- Use the phone number and address below to submit an appeal:

Driscoll Health Plan
Quality Management Department
Attn: Member Appeal Coordinator
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
Toll-free Number: 1-877-324-7543
Fax Number: 361-808-2186

Can someone from Driscoll help me file an Appeal?

Yes. For help with filing an appeal call us toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674**.

What are the timeframes for the appeal process?

- You have 60 calendar days from the date on the denial letter to submit a request for an appeal.
- If you want to keep getting services, you must file an appeal. You must file your appeal on or before 10 business days after we mail the letter or before the services end.
- We will send you a letter within five business days after getting your appeal.
- We will complete the review within 30 days.
- An appeal can be extended up to 14 days if either of us needs extra time.
- You have the right to request an External Medical Review and State Fair Hearing no later than 120 days after the date DHP mails the appeal decision notice.
- You have the right to request only a State Fair Hearing review no later than 120 days after DHP mails the appeal decision notice.

Emergency Appeal

What is an Emergency Appeal?

An Emergency Appeal is when the health plan has to make a decision quickly based on the condition of your health and taking the time for a standard appeal could jeopardize your life or health.

How do I ask for an Emergency Appeal?

Call Member Services toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674** to ask for an Emergency Appeal.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

Who can help me file an Emergency Appeal?

If you need help in filing this appeal, call Member Services and we will arrange for a Member Advocate to help you.

Does my request have to be in writing?

Your request does not have to be in writing. You or your doctor can call us to request this type of appeal orally.

What are the timeframes for an Emergency Appeal?

Your request will be reviewed, and a verbal response will be given to you and your doctor within one day of asking for the appeal. We will send you a letter within 72 hours with the response. This letter will either approve or deny the request for an Emergency Appeal.

What happens if DHP denies the request for an Emergency Appeal?

If DHP denies your request for an Emergency Appeal, we will process your appeal with the regular appeal process. We will call you and let you know of the denial right away. We will then follow-up with a letter within two calendar days.

External Medical Review

Can a Member ask for an External Medical Review?

If a Member of the health plan disagrees with the health plan's internal appeal decision, the Member has the right to ask for an External Medical Review. An External Medical Review is an optional, extra step the Member can take to get the case reviewed before the State Fair Hearing occurs. The Member may name someone to represent them by contacting the health plan and giving the name of the person the Member wants to represent him or her. A provider may be the Member's representative. The Member or the Member's

representative must ask for the External Medical Review within 120 days of the date the health plan mails the letter with the internal appeal decision. If the Member does not ask for the External Medical Review within 120 days, the Member may lose his or her right to an External Medical Review. To ask for an External Medical Review, the Member or the Member's representative should either:

- Fill out the 'State Fair Hearing and External Medical Review Request Form' provided as an attachment to the Member Notice of Driscoll Health Plan's Internal Appeal Decision letter and mail, email, or fax it to Driscoll Health Plan by using the address or fax number at the top of the form,
- call Driscoll Health Plan at **1-877-324-7543**,
- fax number: 1-844-381-5437, or
- email: DHPSFH@dchstx.org

If the Member asks for an External Medical Review within 10 days from the time the Member gets the appeal decision from the health plan, the Member has the right to keep getting any service the health plan denied, based on previously authorized services, at least until the final State Fair Hearing decision is made. If the Member does not request an External Medical Review within 10 days from the time the Member gets the appeal decision from the health plan, the service the health plan denied will be stopped.

The Member may withdraw the Member's request for an External Medical Review before it is assigned to an Independent Review Organization or while the Independent Review Organization is reviewing the Member's External Medical Review request. An Independent Review Organization is a third-party organization contracted by HHSC that conducts an External Medical Review during Member appeal processes related to Adverse Benefit Determinations based on functional necessity or

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

medical necessity. An External Medical Review cannot be withdrawn if an Independent Review Organization has already completed the review and made a decision.

Once the External Medical Review decision is received, the Member has the right to withdraw the State Fair Hearing request. The Member may withdraw a State Fair Hearing request orally or in writing by contacting the hearings officer listed on Form 4803, Notice of Hearing.

If the Member continues with a State Fair Hearing and the State Fair Hearing decision is different from the Independent Review Organization decision, it is the State Fair Hearing decision that is final. The State Fair Hearing decision can only uphold or increase Member benefits from the Independent Review Organization decision.

Can I ask for an emergency External Medical Review?

If you believe that waiting for a standard External Medical Review will seriously jeopardize your life or health, or your ability to attain, maintain, or regain maximum function, you, your parent, or your legally authorized representative may ask for an emergency External Medical Review and emergency State Fair Hearing by writing or calling Driscoll Health Plan. To qualify for an emergency External Medical Review and emergency State Fair Hearing review through HHSC, you must first complete Driscoll Health Plan's internal appeal process. The decision for the emergency External Medical Review will be given within two business days.

State Fair Hearing

Can I ask for a State Fair Hearing?

If you, as a Member of Driscoll Health Plan, disagree with the health plan's internal appeal decision, you have the right to ask for a State Fair Hearing. You

may name someone to represent you by writing a letter to the health plan telling them the name of the person you want to represent you. A provider may be your representative. If you want to challenge a decision made by your health plan, you or your representative must ask for the State Fair Hearing within 120 days of the date on the health plan's letter with the internal appeal decision. If you do not ask for the State Fair Hearing within 120 days, you may lose your right to a State Fair Hearing. To ask for a State Fair Hearing, you or your representative should either send a letter to the health plan or call:

Driscoll Health Plan

Attn: State Fair Hearing Coordinator

4525 Ayers Street

Corpus Christi, TX 78415

Toll-free Number: 1-877-324-7543

Fax Number: 1-844-381-5437

Email: DHPSFH@dchstx.org

You have the right to keep getting any service the health plan denied or reduced, based on previously authorized services, at least until the final State Fair Hearing decision is made if you ask for a State Fair Hearing by the later of: (1) 10 calendar days following the date the health plan mailed the internal appeal decision letter, or (2) the day the health plan's internal appeal decision letter says your service will be reduced or end. If you do not request a State Fair Hearing by this date, the service the health plan denied will be stopped. If you ask for a State Fair Hearing, you will get an information packet letting you know the date, time, and location of the hearing. Most State Fair Hearings are held by phone. At that time, you or your representative can tell why you need the service the health plan denied.

HHSC will give you a final decision within 90 days from the date you asked for the State Fair Hearing.

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672

Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

If the State Fair Hearing final decision is adverse to you, you may be required to pay the cost of services furnished to you while the appeal and State Fair Hearing was pending.

Can I ask for an Emergency State Fair Hearing?

If you believe that waiting for a State Fair Hearing will seriously jeopardize your life or health, or your ability to attain, maintain, or regain maximum function, you or your representative may ask for an emergency State Fair Hearing by writing or calling Driscoll Health Plan. To qualify for an emergency State Fair Hearing through HHSC, you must first complete Driscoll Health Plan's internal appeal process.

Advance Directives

What if I am too sick to make a decision about my medical care?

You might be too sick to make decisions about your health care. If this happens, how will a doctor know what you want? You can make an Advance Directive.

What are Advance Directives?

An Advance Directive is a living will that tells people what you want to happen if you get very sick. Another kind of living will is called a Durable Power of Attorney, which allows a friend or family member to make decisions about your health care.

How do I get an Advance Directive?

If you want more facts about Advance Directives, call Member Services toll-free, for **Nueces SA: 1-844-508-4672** or **Hidalgo SA: 1-844-508-4674**.

Report Waste, Abuse, or Fraud

Do you want to report Waste, Abuse, or Fraud?

Let us know if you think a doctor, dentist, pharmacist at a pharmacy, other health care providers, or a person getting benefits is doing

something wrong. Doing something wrong could be waste, abuse, or fraud, which is against the law.

For example, tell us if you think someone is:

- Being paid for services that weren't given or necessary.
- Not telling the truth about a medical condition to get medical treatment.
- Letting someone else use their Medicaid ID.
- Using someone else's Medicaid ID.
- Not telling the truth about the amount of money or resources he or she has to get benefits.

To report waste, abuse, or fraud, choose one of the following:

- Call the OIG Hotline at 1-800-436-6184;
- Visit oig.hhs.texas.gov/report-fraud-waste-or-abuse and select the box labeled **IG's Fraud Reporting Form** to complete the online form; or
- You can report directly to your health plan:
Driscoll Health Plan
Attn: Chief Privacy Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

To report waste, abuse, or fraud, gather as much information as possible.

When reporting about a provider (a doctor, dentist, counselor, etc.) include:

- Name, address, and phone number of provider
- Name and address of the facility (hospital, nursing home, home health agency, etc.)
- Medicaid number of the provider and facility if you have it
- Type of provider (doctor, dentist, therapist, pharmacist, etc.)
- Names and phone numbers of other witnesses who can help in the investigation

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672

Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- Dates of events
- Summary of what happened

When reporting about someone who gets benefits, include:

- The person's name
- The person's date of birth, Social Security number, or case number if you have it
- The city where the person lives
- Specific details about the waste abuse, or fraud

Electronic Visit Verification

Rights and Responsibilities

Electronic Visit Verification (EVV) is a system that electronically documents and verifies service delivery information for certain required Medicaid service visits. The EVV system makes sure your approved services are provided to you. All program providers, service providers, and Driscoll Health Plan members are required to comply with EVV requirements.

Your Rights

- Your personal information in the EVV system is private and confidential and may only be disclosed as allowed by federal and state laws, rules, and regulations.
- Your service provider or consumer directed services (CDS) employee may use your home phone to clock in and clock out of the EVV system only if you approve.
- You can ask for an Interdisciplinary meeting or service plan team meeting with your DHP service coordinator about concerns using EVV.
- You have the right to make a complaint, voice grievances, or recommend changes in policy or service. No one can treat you differently because you made a complaint.

No one can stop you from making a complaint. See the information below on how to make a complaint.

How to file a complaint:

You may submit a complaint to us directly or to the HHS Office of the Ombudsman. For more information, please visit: [How to file a Complaint](#)

- **By calling:**
1-866-566-8989. People who are deaf, hard of hearing, or speech impaired can call any HHSC office by using the toll-free Texas Relay service at 7-1-1 or 1-800-735-2989.
- **On the internet:**
hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/office-ombudsman/hhs-ombudsman-managed-care-help online submission form (only works with Internet Explorer)
- **By mail:**
Texas Health and Human Services
Commission
Ombudsman for Managed Care
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247
- **By fax:**
1-888-780-8099 (toll-free)

Your Responsibilities

Failure to perform these responsibilities may result in a referral for Medicaid fraud.

- You must allow your service provider or CDS employee to use EVV to clock-in and clock-out in one of the following ways:
 - Service provider's or CDS employee's personal smart phone or tablet;
 - Your home phone landline only if you approve; or
 - An EVV alternative device, a small electronic device that is placed and remains in your home in an agreed upon location.

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672
Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- Do not clock in or clock out for your service provider or CDS employee at any time. You must tell your service provider agency or CDS employer if your service provider or CDS employee asks you to clock-in or clock-out of the EVV system for them.
- If your service provider or CDS employee is using an EVV alternative device to clock in and out, you must immediately tell your service provider agency or CDS employer if the EVV alternative device is damaged or removed from your home, or if someone tampered with the device; and return the alternative device to your provider agency or CDS employer when you are no longer receiving Medicaid services that require EVV.

For questions regarding EVV, you may contact us directly at:

Email: evvquestions@dchstx.org

Phone Number: 1-877-324-7543

You may also visit the [HHS EVV website](#) for more information regarding EVV. Information regarding member roles and responsibilities and frequently asked questions (FAQs) related to member roles and responsibilities may be found on [HHS Form 1718, Responsibilities and Additional Information \(MCO\)](#).

Information for CDS employers may be found on the [HHS EVV Consumer Directed Services Option webpage](#) including registration/selection information, training requirements, contact information and other resources. Additional educational and other information for program providers, financial management service agencies (FMSAs) and CDS employers may be found on the [DHP Provider Portal](#).

Frequently Asked Questions (FAQ)

Do I have to participate in EVV?

Yes, if you get services that require EVV. You must allow your attendant to clock-in when they begin and clock-out when they end services using one of the acceptable methods. EVV is needed for certain home and community-based services, such as Personal Attendant Services, Protective Supervision, Personal Care Services, In-home Respite, Flexible Family Support, and Community First Choice.

How do attendants clock-in and clock-out?

Attendants must use one of the following to clock-in and clock-out:

- The attendant's smartphone using an EVV mobile method
- An EVV alternative device
- Your home landline phone (but only if you will allow)

You are not allowed to clock-in or clock-out of the EVV system for the attendant for any reason. If you clock-in or clock-out for your attendant, a Medicaid fraud referral may be made to the Office of Inspector General (OIG), which may end up affecting your ability to get services.

What if I don't have a home landline phone or I don't want my attendant to use my home landline?

If you do not have a home landline phone or do not want your attendant to use your home landline phone, tell your attendant or nurse as soon as possible.

The following are two usable choices other than your home landline that your attendant may use to clock in and clock out.

1. Your provider agency may order an EVV alternative device. The device may be placed or installed by using the EVV vendor zip tie in your home. It must be in an area where your

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

attendant can reach it. Once installed, the device must always remain in your home. A Medicaid fraud referral may be made to OIG if the device isn't always in your home while you are receiving Medicaid services. A fraud referral may end up affecting your ability to get services.

2. Your attendant may use their smartphone with an EVV mobile method.

CDS/SRO: Also, remember if you choose the Consumer Directed Services option or the Service Responsibility Option. Under these two programs, attendants may use the CDS employer's cell phone to clock in and out of the EVV system.

Can I receive services in the community with EVV?

Yes. EVV does not change the location where you get services. You can get services in accordance with your service plan and the existing program rules, at home and in the community.

Who do I contact with questions or concerns?

Please contact your provider agency representative or health plan's service coordinator if you have any questions or concerns.

To learn more about EVV, visit:

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

Failure to follow your responsibilities may result in a Medicaid fraud referral or your services may not be approved and may be suspended or ended.

Managed Care Terminology

Appeal - A request for your managed care organization to review a denial or a grievance again.

Complaint - A grievance that you talk about with your health insurer or plan.

Copayment - A fixed amount (for example, \$15) you pay for a covered health care service, usually when you receive the service. The amount can vary by the type of covered health care service.

Durable Medical Equipment (DME) - Equipment ordered by a health care provider for everyday or extended use. Coverage for DME may include but is not limited to oxygen equipment, wheelchairs, crutches, or diabetic supplies.

Emergency Medical Condition - An illness, injury, symptom, or condition so serious that a reasonable person would seek care right away to avoid harm.

Emergency Medical Transportation - Ground or air ambulance services for an emergency medical condition.

Emergency Room Care - Emergency services you get in an emergency room.

Emergency Services - Evaluation of an emergency medical condition and treatment to keep the condition from getting worse.

Excluded Services - Health care services that your health insurance or plan doesn't pay for or cover.

Grievance - A complaint to your health insurer or plan.

Habilitation Services and Devices - Health care services such as physical or occupational therapy that help a person keep, learn, or improve skills and functioning for daily living.

Health Insurance - A contract that requires your health insurer to pay your covered health care costs in exchange for a premium.

Home Health Care - Health care services a person receives in a home.

Hospice Services - Services to provide comfort and support for people in the last stages of a terminal illness and their families.

Hospitalization - Care in a hospital that requires admission as an inpatient and usually requires an overnight stay.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

Hospital Outpatient Care - Care in a hospital that usually doesn't require an overnight stay.

Medically Necessary - Health care services or supplies needed to prevent, diagnose, or treat an illness, injury, condition, disease, or its symptoms and that meet accepted standards of medicine.

Network - The facilities, providers, and suppliers your health insurer or plan has contracted with to provide health care services.

Non-participating Provider - A provider who doesn't have a contract with your health insurer or plan to provide covered services to you. It may be more difficult to obtain authorization from your health insurer or plan to obtain services from a non-participating provider instead of a participating provider. In limited cases, such as when there are no other providers, your health insurer can contract to pay a non-participating provider.

Participating Provider - A Provider who has a contract with your health insurer or plan to provide covered services to you.

Physician Services - Health care services a licensed medical physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine) provides or coordinates.

Plan - A benefit, like Medicaid, which provides and pays for your health care services.

Pre-authorization - A decision by your health insurer or plan that a health care service, treatment plan, prescription drug, or durable medical equipment that you or your provider has asked for, is medically necessary. This decision or approval, sometimes called prior authorization, prior approval, or pre-certification must be obtained before receiving the requested service. Pre-authorization isn't a promise your health insurance or plan will cover the cost.

Premium - The amount that must be paid for your health insurance or plan.

Prescription Drug Coverage - Health insurance or plan that helps pay for prescription drugs and medications.

Prescription Drugs - Drugs and medications that by law require a prescription.

Primary Care Physician- A physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine) who directly provides or coordinates a range of health care services for a patient.

Primary Care Provider - A physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine), nurse practitioner, clinical nurse specialist, or physician assistant, as allowed under state law, who provides, coordinates, or helps a patient use a range of health care services.

Provider - A physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine), health care professional, or health care facility licensed, certified, or accredited as required by state law.

Rehabilitation Services and Devices - Health care services such as physical or occupational therapy that help a person keep, get back or improve skills and functioning for daily living that have been lost or impaired because a person was sick, hurt, or disabled.

Skilled Nursing Care - Services from licensed nurses in your own home or in a nursing home.

Specialist - A physician specialist focuses on a specific area of medicine or a group of patients to diagnose, manage, prevent, or treat certain types of symptoms and conditions.

Urgent Care - Care for an illness, injury, or condition serious enough that a reasonable person would seek care right away, but not so severe as to require emergency room care.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

Information That is Available to Members Once a Year

As a Member of Driscoll Health Plan, you can ask for and get the following information each year:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">Information about network providers – at a minimum primary care doctors, specialists, and hospitals in our service area. This information will include names, addresses, phone numbers, and languages spoken (other than English) for each network provider, plus identification of providers that are not accepting new patients. |
| <ul style="list-style-type: none">Any limits on your freedom of choice among network providers. |
| <ul style="list-style-type: none">Your rights and responsibilities. |
| <ul style="list-style-type: none">Information on the complaint, appeal, external medical review, and state fair hearing procedures. |
| <ul style="list-style-type: none">Information about benefits available under the Medicaid program, including amount, duration, and scope of benefits. This is designed to make sure you know the benefits to which you are entitled. |
| <ul style="list-style-type: none">How you get benefits including authorization requirements. |
| <ul style="list-style-type: none">How you get benefits, including family planning services, from out-of-network providers and limits to those benefits. |
| <ul style="list-style-type: none">How you get after-hours and emergency coverage and limits to those kinds of benefits, including:<ul style="list-style-type: none">What makes up emergency medical conditions, emergency services, and post-stabilization services.The fact that you do not need prior authorization from your Primary Care Provider for emergency care services.How to get emergency services, including instructions on how to use the 911 phone system or its local equivalent.The addresses of any places where providers and hospitals furnish emergency services covered by Medicaid.A statement saying you have a right to use any hospital or other settings for emergency care.Post-stabilization rules. |
| <ul style="list-style-type: none">Policy on referrals for specialty care and other benefits you cannot get through your Primary Care Provider. |
| <ul style="list-style-type: none">Driscoll Health Plan’s practice guidelines. |
| <ul style="list-style-type: none">Provider Directory |
| <ul style="list-style-type: none">Results of Member Satisfaction Surveys. |

Driscoll Health Plan’s Partner’s Providing Care/Services

We contract with other companies that help provide services for you. The following is a list of these companies:

- | |
|---|
| <p>Avail Solutions – provides the Behavioral Health 24-hour hotline</p> <p>Navitus Health Solutions, LLC – provides prescription drugs</p> <p>Envolve – provides services for the vision benefit</p> <p>Avail Solutions – provides the 24-hour Nurse Advice Line</p> <p>SafeRide Health – provides Non-Emergency Medical Transportation services (NEMT)</p> <p>SPH Analytics – conducts Member satisfaction surveys</p> <p>Pacific Interpreters – provides interpretation services</p> |
|---|

What are My Member Rights and Responsibilities?

Member Rights

1. You have the right to respect, dignity, privacy, confidentiality, and nondiscrimination. That includes the right to:
 - a. Be treated fairly and with respect.
 - b. Know that your medical records and discussions with your providers will be kept private and confidential.
 - c. Know the information you share with your health plan will be kept private and confidential.
2. You have the right to a reasonable opportunity to choose a health care plan and Primary Care Provider. This is the doctor or health care provider you will see most of the time and who will coordinate your care. You have the right to change to another plan or provider in a reasonably easy manner. That includes the right to:
 - a. Be told how to choose and change your health plan and your Primary Care Provider.
 - b. Choose any health plan you want that is available in your area and choose your Primary Care Provider from that plan.
 - c. Change your Primary Care Provider.
 - d. Change your health plan without penalty.
 - e. Be told how to change your health plan or your Primary Care Provider.
3. You have the right to ask questions and get answers about anything you do not know. That includes the right to:
 - a. Have your provider explain your health care needs to you and talk to you about the different ways your health care problems can be treated.
 - b. Be told why care or services were denied and not given.
 - c. Be given information about your health, plan, services, and providers.
 - d. Be told about your rights and responsibilities.
4. You have the right to agree to or refuse treatment and be involved in treatment decisions. That includes the right to:
 - a. Work as part of a team with your provider in deciding what health care is best for you.
 - b. Say yes or no to the care recommended by your provider.
5. You have the right to use each complaint and appeal process available through the managed care organization and through Medicaid, and get a timely response to complaints, appeals, external medical reviews, state, and fair hearings. That includes the right to:
 - a. Make a complaint to your health plan or to the state Medicaid program about your health care, your provider, or your health plan.
 - b. Get a timely answer to your complaint.
 - c. Use the plan's appeal process and be told how to use it.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- d. Ask for an External Medical Review and state fair hearing from the state Medicaid program and get information about how that process works.
 - e. Ask for a State Fair Hearing without an External Medical Review from the state Medicaid program and receive information about how that process works.
6. You have the right to timely access to care that does not have any communication or physical access barriers. That includes the right to:
- a. Have phone access to a medical professional 24 hours a day, 7 days a week to get any emergency or urgent care you need.
 - b. Get medical care in a timely manner.
 - c. Be able to get in and out of a health care provider's office. This includes barrier-free access for people with disabilities or other conditions that limit mobility, in accordance with the Americans with Disabilities Act.
 - d. Have interpreters, if needed, during visits with your providers and when talking to your health plan. Interpreters include people who can speak in your native language, help someone with a disability, or help you understand the information.
 - e. Be given information you can understand about your health plan rules, including the health care services you can get and how to get them.
7. You have the right to not be restrained or secluded when it is for someone else's convenience, or is meant to force you to do something you do not want to do, or is to punish you.
8. You have a right to know that doctors, hospitals, and others who care for you can advise you about your health status, medical care, and treatment. Your health plan cannot prevent them from giving you this information, even if the care or treatment is not a covered service.
9. You have a right to know that you are not responsible for paying for covered services. Doctors, hospitals, and others cannot require you to pay copayments or any other amounts for covered services.
10. You have a right to make recommendations to your health plan's member rights and responsibilities.
11. You have the right to the reporting of suspected waste, abuse, and fraud.
12. You have the right to be notified of any significant changes made by HHSC.

Member Responsibilities

1. You must learn and understand each right you have under the Medicaid program. That includes the responsibility to:
 - a. Learn and understand your rights under the Medicaid program.
 - b. Ask questions if you do not understand your rights.
 - c. Learn what choices of health plans are available in your area.
2. You must abide by the health plan and Medicaid policies and procedures. That includes the responsibility to:
 - a. Learn and follow your health plan's rules and Medicaid rules.
 - b. Choose your health plan and a Primary Care Provider quickly.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

- c. Make any changes in your health plan and Primary Care Provider in the ways established by Medicaid and by the health plan.
 - d. Keep your scheduled appointments.
 - e. Cancel appointments in advance when you cannot keep them.
 - f. Always contact your Primary Care Provider first for your non-emergency medical needs.
 - g. Be sure you have approval from your Primary Care Provider before going to a specialist.
 - h. Understand when you should and should not go to the emergency room.
3. You must share information about your health with your Primary Care Provider and learn about service and treatment choices. That includes the responsibility to:
 - a. Tell your Primary Care Provider about your health.
 - b. Talk to your providers about your health care needs and ask questions about the different ways your health care problems can be treated.
 - c. Help your providers get your medical records.
4. You must be involved in decisions about service and treatment options, make personal choices, and take action to keep yourself healthy. That includes the responsibility to:
 - a. Work as a team with your provider in deciding what health care is best for you.
 - b. Understand how the things you do can affect your health.
 - c. Do the best you can to stay healthy.
 - d. Treat providers and staff with respect.
 - e. Talk to your provider about all of your medications.

Additional Member Responsibilities while using SafeRide Health transportation service:

1. When requesting NEMT services, you must provide the information requested by the person arranging or verifying your transportation.
2. You must follow all rules and regulations affecting your NEMT services.
3. You must return unused advanced funds. You must provide proof that you kept your medical appointment before receiving future advanced funds.
4. You must not verbally, sexually, or physically abuse or harass anyone while requesting or receiving NEMT services.
5. You must not lose bus tickets or tokens and must return any bus tickets or tokens that you do not use. You must use the bus tickets or tokens only to go to your medical appointment.
6. You must only use NEMT services to travel to and from your medical appointments.
7. If you have arranged for an NEMT service but something changes, and you no longer need the service, you must contact the person who helped you arrange your transportation as soon as possible.

If you think you have been treated unfairly or discriminated against, call the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) toll-free at 1-800-368-1019. You can also view information concerning the HHS Office of Civil Rights online at: [hhs.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html)

Discrimination is Against the Law

Driscoll Health Plan (DHP) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. DHP does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

If you believe that DHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Driscoll Health Plan
Quality Management Department
Attn: Performance Excellence Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
1-877-324-7543, TTY: 800-735-2989
Email: filegrievance@dchstx.org

You may file a grievance in person, mail, or email. If you need help filing a grievance, a Member Advocate is available to help you at 1-877-324-7543 (TTY: 1-800-735-2989).

You may also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the [Office for Civil Rights Complaint Portal](#), or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Driscoll Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Member Services at **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-735-2989).

Proficiency of Language Assistance Services

ATTENTION: If you speak Spanish, Vietnamese, Chinese, Korean, Arabic, Urdu, Tagalog, French, Hindi, Persian, German, Gujarati, Russian, Japanese, or Laotian, language assistance services, are available to you at no cost. Call 1-877-324-7543.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-324-7543.

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-324-7543.

Chinese

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 1-877-324-7543。

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-324-7543 번으로 전화해 주십시오.

Arabic

والبيكم الصم هاتف رقم) 1-877-324-7543 برقم اتصل بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، انكر تتحدث كنت إذا :ملحوظة

Urdu

کریں۔ 1-877-324-7543 خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-324-7543.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-324-7543.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-324-7543 पर कॉल करें।

Persian

کمک که دارید را این حق باشید داشته Persian مورد در سوال ، می کنید کمک او به شما که کسی یا شما، گر نمایید حاصل تماس 1-877-324-7543. نمایید دریافت رایگان طور به را خود زبان به اطالعات و

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-324-7543.

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 1-877-324-7543.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-324-7543.

Japanese

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。1-877-324-7543まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian

ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຄົນ ທ່ານ ກໍາລັງ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ, ມ່ອນ ຖາມ ກ່ຽວ ກັບ Laotian, ທ່ານ ມີ ສິດ ທີ່ ຈະ ໄດ້ ຮັບ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ດ້ວຍ ຂໍ້ ມູ ນ ຂ່າວ ສານ ທີ່ ບໍ່ ມີ ນາຍ ພາ ສາ ຂອງ ທ່ານ ບໍ່ ມີ ຄ່າ ໃຊ້ ຈ່າຍ. ການ ໂອ້ ນົມ ກັບ ນາຍ ພາ ສາ, ໃຫ້ ໂທ ຫາ 1-877-324-7543.

Notice of Privacy Practices

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

For help translating or understanding this notice, you may contact **1-877-324-7543**.

Purpose: Driscoll Health Plan (DHP) is required by law to maintain the privacy of Protected Health Information (PHI). We are required to provide this notice of our legal duties and privacy practices regarding uses and disclosures of PHI as well as inform you regarding your individual rights. This notice explains the purposes for which we are permitted to use and disclose your PHI.

How We May Use and Disclose Information About You

The following categories describe different ways that we may use and disclose your PHI. Not every potential use and disclosure in a category will be listed.

For Treatment. We are permitted to use and disclose your PHI to a physician or health care provider who is involved in your care or provides you with medical treatment or services. This may include, but is not limited to, the use and disclosure of your PHI to assist with prior authorization decisions related to your benefits.

For Payment. We are permitted to use and disclose your PHI to obtain payment for your health care treatment or services. This may include, but is not limited to, certain activities such as processing claims, determining eligibility or coverage for benefits, reviewing services provided to you for medical necessity, and undertaking utilization review activities.

For Healthcare Operations. We are permitted to use and disclose your PHI for our business operations. This may include, but is not limited to, quality assessment activities, investigating complaints and appeals, and providing case management and care coordination.

To Business Associates for Treatment, Payment, and Healthcare Operations. We are permitted to disclose your PHI to our business associates to carry out treatment, payment, or healthcare operations. Business associates are also required to protect your PHI.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care. We may release your PHI to a family member, other relative, close personal friend, or designated personal representative who is involved in your medical care if the PHI released is directly relevant to the person's involvement with your care. We may also release information to someone who helps pay for your care.

Appointment Reminders, Treatment Alternatives, and Health Related Services. We may use and disclose your PHI to contact you to remind you of an appointment or to provide you with information about treatment options or alternatives, and health care-related benefits or services that may be of interest to you.

Marketing Activities. We may use certain information, such as name, address, or telephone number to contact you in the future to request permission to share your story with the community in official marketing for DHP. You have the right to opt-out if you do not want to be contacted. To do so, please notify us in writing specifying your preferences with regards to being contacted for marketing activities.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

SPECIAL SITUATIONS

As Required by Law. We will disclose your PHI when required to do so by federal, state, or local law.

Public Health Activities. We may disclose your PHI for public health activities. This may include, but is not limited to, (1) preventing or controlling disease, injury, or disability; (2) reporting child abuse or neglect; or (3) notifying the appropriate government authority if we believe a member has been the victim of abuse, neglect, or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

Health Oversight Activities. We may disclose PHI to a health oversight agency for activities authorized by law such as audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws. This may include, but is not limited to, audits and investigations necessary for oversight of government benefit programs.

Lawsuits and Disputes. If you are involved in a lawsuit or dispute, we may disclose your PHI in response to a court or administrative order. We may also disclose your PHI in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

Law Enforcement. We may release PHI if asked to do so by a law enforcement official: (1) in response to a court order, subpoena, warrant, summons, or similar process; (2) to identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person—but only if limited information is disclosed; (3) about the victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the victim's agreement; (4) about a death we believe may be the result of criminal conduct; (5) about criminal conduct we believe occurred on DHP's premises; and (6) in emergency circumstances to report a crime or to determine the location of the crime, its victims, or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Coroners, Medical Examiners, and Funeral Directors. We may release PHI about you to a coroner or medical examiner to identify a deceased person or to determine the cause of death. We may also release PHI to funeral directors as necessary to help them carry out their duties.

Organ and Tissue Donation. We may release PHI to organizations that handle organ procurement; or organ, eye, or tissue transplantation; or to an organ donation bank to facilitate organ or tissue donation and transplantation.

Research. Under certain circumstances, we may use and disclose your PHI for research purposes. Before we use or disclose PHI for research, the research project will have been approved through an Institutional Review Board. Pre-approval may not be required when researchers are preparing a research project and need to look at information about members with specific medical needs, so long as the PHI does not leave DHP.

To Avert a Serious Threat to Health or Safety. We may use and disclose your PHI when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. This may include, but is not limited to, disclosure to law enforcement if the information is needed to identify or apprehend an escapee or violent criminal.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

To Authorized Governmental Authorities and Military Officials. We may disclose PHI regarding members of the armed forces or to authorized federal authorities for official investigations, intelligence, counterintelligence, or other national security activities.

To Authorized Governmental Programs Providing Public Benefits. We may disclose PHI regarding your eligibility for or enrollment in DHP to another agency administering a government program providing public benefits as authorized or required by law.

Inmates. If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may release your PHI to the correctional institution or law enforcement official under specific circumstances.

Workers' Compensation. We may release your PHI for workers' compensation or similar programs.

Disclosures Requiring an Authorization. Other uses and disclosures will be made only with a valid authorization. Except in certain circumstances, we must obtain an authorization for any use or disclosure of PHI for marketing, psychotherapy notes, or sale of PHI.

YOUR RIGHTS

You have the following rights regarding the PHI we maintain about you. For questions regarding how to exercise your rights, please utilize the contact information at the end of this notice.

Right to Request Restrictions. You have the right to request a restriction or limitation on the PHI we use or disclose about you for treatment, payment, or healthcare operations. We are not required to agree to or abide by your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is required to provide you with emergency treatment, or the agreement has been terminated in accordance with HIPAA guidelines. Requests must be received in writing.

Right to Restrict Disclosures to Health Plans. We will agree to your request to restrict the use or disclosure of PHI for payment or health care operations to a health plan for a service or item for which you, or someone other than the health plan, has paid the health care provider in full.

Right to Request Confidential Communications. You have the right to request that we communicate with you about your PHI in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you by telephone at work or that we only contact you by mail at home. Your request must specify how, where, or when you wish to be contacted. This right only applies if you clearly state that the disclosure of all or part of your PHI could endanger you if not communicated by the alternative means or location requested.

Right to Inspect and Receive a Copy. You have the right to request access to inspect, receive a physical or electronic copy, or be provided a summary of your PHI contained in a designated record set. We may deny your request in certain limited circumstances. For example, psychotherapy notes are prohibited from being inspected or copied. We may charge a fee for the costs of copying, mailing, or other supplies associated with your request. We are required to notify you in advance regarding these charges. If your request is denied we will notify you, and you may request that the denial be reviewed. Another licensed healthcare professional, chosen by DHP, will perform a secondary review. The review will not be conducted by any healthcare professional involved in the denial of your original request. We will comply with the outcome of the review to the extent allowable by law.

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672

Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

Right to Amend. If you believe that information we have about you is incorrect or incomplete, you may request an amendment. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for DHP. You must include a reason that supports your request. All requests for amendment should be made in writing. We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that: (1) was not created by us, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment; (2) is not part of the PHI kept by or for DHP; (3) is not part of the information that you would be permitted to inspect and copy; or (4) is accurate and complete. DHP will notify you if we deny the request and will include instructions as to how you may appeal the request or file a complaint.

Right to be Notified. You have a right to be notified regarding an unlawful breach of unsecured PHI.

Right to an Accounting of Disclosures. You have the right to request an accounting of disclosures related to certain disclosures regarding your PHI. We may charge you a reasonable fee if you request a disclosure more than once each year.

Information Maintained in Paper Records. You may request a record of disclosures that have been made to persons or entities other than for treatment, payment, or healthcare operations that have taken place in the past six (6) years.

Information Maintained Electronically. Subject to a schedule established by federal law, if we maintain your PHI electronically, you have the right to ask for an accounting of all disclosures. Under federal law, you may request an accounting for a period of three (3) years prior to the date the accounting is requested.

Right to a Copy of This Notice. You have the right to a paper copy of this notice at any time. You may also obtain an electronic copy of this notice by clicking on [Notice of Privacy Practices \(NOPP\)](#) located on DHP's website at driscollhealthplan.com.

Right to Revoke Authorization. You have a right to revoke a previous authorization you have made for uses and disclosures at any time, provided that the revocation is submitted in writing. The revocation will be in effect upon receipt and validation with the exception and to the extent that the entity has previously used or disclosed PHI in reliance on a previous authorization.

Changes to This Notice

We reserve the right to change or revise this notice at any time. The new notice will contain the effective date. DHP reserves the right to apply the amended notice to all previously acquired PHI about you. As part of your annual mailing, you will receive a copy of the current notice in effect.

Complaints: If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint utilizing the contact information at the end of this notice, or by contacting the U.S. Department of Health and Human Services at 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, Phone: 1-800-368-1019, or Email: OCRComplaint@hhs.gov. You will not be penalized for filing a complaint.

STAR KIDS MEMBER HANDBOOK

Any official requests related to these rights should be directed to:

Driscoll Health System, Chief Privacy Officer

4525 Ayers Street

Corpus Christi, TX 78415

Office Phone: 1-877-324-7543

Our Responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach happens that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.
- To learn more, see: hhs.gov/hipaa/index.html

Changes to the Terms of this Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all the information we have about you. The new notice will be available upon request, on our website, and we will mail a copy to you.

Contact Information

If you have any questions about this notice, need more information about your privacy rights, would like additional copies of this notice, or require a translation of this notice in another language, you may contact Driscoll Health Plan at **1-877-324-7543**.

You may also contact our Chief Privacy Officer at **1-877-324-7543**, or by sending a letter to:

Driscoll Health Plan
Attn: Chief Privacy Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

Sharing of Health Information

We have a health information-sharing program that your doctor can use when treating you. The program collects your up-to-date health information. Your doctor can see things like the medications you are taking, lab test results, and health problems you are having. Your doctor will be able to make sure he or she does not prescribe medications that should not be taken together or that cause allergic reactions. This information helps your doctors give you the best possible care. When your doctors have all your medical facts, they are better able to help you. This will help keep you safe.

Nueces SA Member Services: 1-844-508-4672

Hidalgo SA Member Services: 1-844-508-4674



Driscoll
Health Plan



TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS
STAR Kids
Your Health Plan ★ Your Choice

STAR KIDS MANUAL PARA MIEMBROS

NUECES | HIDALGO

**SEPTIEMBRE
2023**

UN AFILIADO DE
DRISCOLL HEALTH SYSTEM

SERVICIOS PARA MIEMBROS

Llame sin cargo:

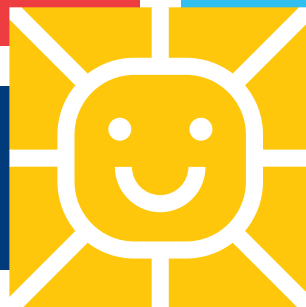
1-844-508-4672 Nueces

1-844-508-4674 Hidalgo

TTY: 1-800-735-2989



driscollhealthplan.com/es



Servicios de Valor Añadido de STAR KIDS

SERVICIOS DE CUIDADO DE RELEVO**

- Hasta 32 horas de cuidado de relevo cada año para los miembros que reciben servicios de cuidado personal (PCS).

CONTROL DE PLAGAS**

- Los miembros de alto riesgo con enfermedades crónicas pueden recibir servicios de control de plagas.

PRODUCTOS SENSORIALES**

- Hasta \$75 para un paquete sensorial.

SERVICIOS ESPECIALIZADOS BASADOS EN LA COMUNIDAD**

- Puede participar en servicios especializados basados en la comunidad. Como los siguientes:
 - Equino terapia, musico terapia, o terapia acuática

ASMA**

- Tarjeta de regalo de \$20 después de cinco meses de reposiciones continuas de medicamentos para el asma.
- Dos fundas de almohadas y fundas de cama hipoalergénicas.

VISIÓN*

- Asignación de \$150 para monturas, lentes o lentes de contacto cada dos años.

BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS*

- Un botiquín de primeros auxilios por familia.

REGALOS POR COMPLETAR LOS CHEQUEOS*

- Tarjeta de regalo de \$20 por hacerle puntualmente cuatro controles de la salud de Texas Health Steps (Pasos Sanos de Tejas) a su bebé recién nacido.
- Tarjeta de regalo de \$20 por hacerle los controles de la salud de Texas Health Steps a los 12 y 15 meses.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar un control anual de la salud de Texas Health Steps.
- Tarjeta de regalo de \$25 por hacer un control de la salud prenatal.
- Tarjeta de regalo de \$25 por hacer un control de la salud posparto.
- Tarjeta de regalo de \$25 por hacer un seguimiento de la salud mental.
- Tarjeta de regalo de \$20 por hacer un seguimiento con su proveedor.

TRANSPORTACIÓN*

- Obtenga viajes a despensas de alimentos locales, tiendas de comestibles, clases de educación para la salud de DHP, eventos comunitarios de DHP, oficina de la Administración del Seguro Social, y eventos patrocinados por DHP.

BENEFICIOS DE VENTA LIBRE*

- Tarjeta de regalo de \$50 para artículos de venta libre.
- Hasta 20% de descuento en artículos de venta libre de la farmacia del Driscoll Children's Hospital.

AYUDA ADICIONAL PARA EMBARAZADAS*

- Tarjeta de regalo de \$100 por asistir a un baby shower educativo Get Ready for Baby.
- Tarjeta de regalo de \$20 para las mamás que asisten a una clase de crianza.
- Tarjeta de regalo de \$20 para las mamás que hagan una visita a domicilio.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar una Evaluación de riesgos de salud durante el embarazo (HRA).
- Membresía de un año en el servicio de entrega de comestibles SHIPT para embarazadas de alto riesgo.
- Orientación nutricional con un nutricionista.
- Consulta sobre lactancia

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

driscollhealthplan.com/es/preparesse-para-su-bebe

EXÁMENES FÍSICOS PARA DEPORTES Y ESCUELA*

- Un examen físico para deportes o escuela.

SALUD Y BIENESTAR*

- Cobertura del copago del MDPCP de hasta \$500 para una estadía en un asilo de ancianos.
- Hasta \$150 para ayudar con el costo de inscripción a un campamento para personas con necesidades especiales.
- Hasta \$75 en tarjetas de regalo por completar un programa educativo de DHP o Administración de casos.
- Hasta \$60 en tarjetas de regalo por completar una sesión Triple P.
- 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, o lecciones de música.
- Tarjeta de regalo de \$25 cuando se da una vacuna contra COVID-19.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar una clase de Seguridad del niño como pasajero.
- Un monitor de actividad para la gestión del peso.
- Tratamiento de eliminación de piojos
- Una pulsera de identificación
- Kit de ciclo menstrual
- Kit de materiales educativo braille
- **Área de servicio de Hidalgo únicamente:** Kit de vida saludable con diabetes e inscripción en el programa Unidos Contra la Diabetes.

Esta no es una lista completa de los servicios adicionales. Se aplican restricciones y/o limitaciones. Estos servicios adicionales son válidos del 1 de septiembre de 2023 al 31 de agosto de 2024.

Área de Servicio de Nueces

* Llame a Servicios para Miembros: 1-844-508-4672

** Llame a Coordinación de Servicios: 1-844-508-4673

Área de Servicio de Hidalgo

* Llame a Servicios para Miembros: 1-844-508-4674

** Llame a Coordinación de Servicios: 1-844-508-4675



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 **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-735-2989).

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

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!



AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674



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	1-844-508-4672
Área de servicio de Hidalgo	1-844-508-4674
TTY para sordos y personas con discapacidad auditiva	1-800-735-2989

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	1-844-508-4673
Área de servicio de Hidalgo	1-844-508-4675

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	1-844-308-8701
Área de servicio de Hidalgo	1-844-714-7887

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	1-833-532-0209
Área de servicio de Hidalgo	1-833-532-0219

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	1-833-694-5881
TTY para sordos y personas con discapacidad auditiva	1-800-735-2989

Servicios oftalmológicos

Área de servicio de Nueces	1-844-305-8300
Área de servicio de Hidalgo	1-844-725-6410

Servicios dentales

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

DentaQuest	1-800-516-0165
MCNA Dental	1-855-691-6262
United Healthcare Dental	1-877-901-7321

Otros teléfonos importantes

Equipo de Asistencia de Cuidado Administrado del Defensor	1-866-566-8989
Línea de ayuda del programa STAR Kids	1-800-964-2777
Asistencia farmacéutica	1-877-324-7543

Índice

BIENVENIDA.....	8
COSAS IMPORTANTES QUE DEBE SABER	8
<i>Cosas que puedes hacer para mantenerte saludable</i>	<i>8</i>
<i>¿Qué es el instrumento de examen médico y evaluación de STAR Kids (SK-SAI) y cómo afecta a mi hijo?</i>	<i>9</i>
<i>¿Cuándo debe completarse el instrumento de examen médico y evaluación del programa STAR Kids (SK-SAI)? ..</i>	<i>9</i>
PREPARACIÓN PARA DESASTRES DE EMERGENCIA DE LOS MIEMBROS...	9
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBROS.....	10
SU TARJETA YOUR TEXAS BENEFITS (YTB) DE MEDICAID.....	10
<i>Qué hacer si pierde su tarjeta de Medicaid Your Texas Benefits – Formulario de verificación temporal 1027-A 11</i>	
PORTAL DE CLIENTES DE MEDICAID	12
ELEGIBILIDAD PARA STAR KIDS	12
RENOVACIÓN DE COBERTURA DE STAR KIDS.....	12
<i>¿Qué hago si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?.....</i>	<i>12</i>
SERVICIOS PARA MIEMBROS.....	13
<i>¿En qué puede ayudarle Servicios para Miembros?.....</i>	<i>13</i>
PORTAL PARA MIEMBROS.....	13
LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERAS	14
DESCARGUE LA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES DE DHP	14
<i>¿Cómo lo consigo?</i>	<i>14</i>
<i>¿Necesita ayuda para descargar la aplicación?.....</i>	<i>14</i>
<i>¿A qué información puedo acceder?.....</i>	<i>14</i>
CÓMO ELEGIR UN MÉDICO “SU HOGAR MÉDICO O DE SALUD”	14
<i>¿Qué es un proveedor de cuidado primario (PCP)?.....</i>	<i>14</i>
<i>¿Qué es un hogar médico o de salud?.....</i>	<i>15</i>
<i>¿Un especialista puede ser un proveedor de cuidado primario?.....</i>	<i>15</i>
<i>¿Una clínica puede ser mi proveedor de cuidado primario (una clínica de salud rural o un centro de salud con certificación federal)?</i>	<i>15</i>
<i>¿Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario?.....</i>	<i>15</i>
<i>¿Cómo puedo obtener una copia del Directorio de Proveedores?.....</i>	<i>15</i>
<i>¿Cómo puedo cambiar a mi proveedor de cuidado primario?.....</i>	<i>15</i>
<i>¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?</i>	<i>15</i>
<i>¿Cuándo entrará en vigor el cambio de mi proveedor de cuidado primario?</i>	<i>16</i>
<i>¿Existen razones por las cuales pueda rechazarse una solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario?16</i>	

<i>¿Mi proveedor de cuidado primario puede remitirme a otro proveedor de cuidado primario por incumplimiento?</i>	<i>16</i>
<i>¿Qué ocurre si decido ir a otro médico que no es mi proveedor de cuidado primario?.....</i>	<i>16</i>
<i>¿Qué es un proveedor fuera de la red?.....</i>	<i>16</i>
<i>¿Qué sucede si elijo a un proveedor que no forma parte de la red de Driscoll Health Plan?.....</i>	<i>17</i>
PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES.....	17
<i>¿Qué es un Plan de Incentivos para Médicos?.....</i>	<i>17</i>

CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE UN MÉDICO ESPECIAL (ESPECIALISTA)

<i>¿Qué es un especialista?.....</i>	<i>17</i>
<i>¿Qué sucede si necesito ver a un médico especialista? ..</i>	<i>17</i>
<i>¿Qué es una referencia médica?.....</i>	<i>17</i>
<i>¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito a alguien que me ayude?..</i>	<i>17</i>
<i>¿Qué tan pronto puedo esperar ver a un especialista?..</i>	<i>17</i>
<i>¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?.....</i>	<i>18</i>
<i>¿Qué servicios no necesitan una derivación?.....</i>	<i>18</i>

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

<i>¿Qué es una Autorización Previa?.....</i>	<i>18</i>
<i>¿Qué servicios requieren Autorización Previa?</i>	<i>18</i>
<i>¿Cuánto tiempo demora el trámite de una autorización de rutina?.....</i>	<i>18</i>
<i>¿Cómo sé si mis servicios han sido aprobados o denegado?</i>	<i>19</i>
<i>¿Qué significa médicamente necesario, tanto en los cuidados intensivos como de salud conductual?</i>	<i>19</i>

EN LUGAR DE SERVICIOS

CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE RUTINA DE UN MÉDICO

<i>¿Qué es la atención médica de rutina?.....</i>	<i>20</i>
<i>¿Qué debo llevar a la cita con un médico?.....</i>	<i>21</i>
<i>¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de cuidado primario está cerrado?.....</i>	<i>21</i>

CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA Y DENTAL URGENTE DE EMERGENCIA

ATENCIÓN MÉDICA URGENTE	21
<i>¿Qué es la atención médica urgente?.....</i>	<i>21</i>
<i>¿Qué debo hacer si mi hijo necesita atención médica urgente?.....</i>	<i>21</i>
<i>¿Cuánto pronto me atenderán?.....</i>	<i>22</i>
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA.....	22
<i>¿Qué es la atención médica de emergencia?.....</i>	<i>22</i>
<i>¿Cuándo puedo esperar que me vean?.....</i>	<i>22</i>
<i>¿Que es la posestabilización?</i>	<i>22</i>
CUIDADO DENTAL DE EMERGENCIA	22

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

<p><i>¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por DHP?.....</i> 22</p> <p><i>¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?.....</i> 23</p> <p>CITAS MÉDICAS FUERA DEL ÁREA..... 23</p> <p><i>¿Qué hago si necesito ver a un médico que está fuera del área?</i> 23</p> <p><i>¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?</i> 23</p> <p><i>¿Qué hago si estoy fuera del estado?</i> 23</p> <p><i>¿Qué hago si estoy fuera del país?.....</i> 23</p> <p>CUÁNDO DEBO IR A VER A MI MÉDICO, ATENCIÓN DE URGENCIA O A LA SALA DE EMERGENCIAS..... 24</p> <p>CÓMO CUIDAR MI SALUD Y LA DE MI FAMILIA 25</p> <p>LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (NICU) 25</p> <p>ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDOS..... 25</p> <p><i>¿Puedo elegir un proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca el bebé?.....</i> 25</p> <p><i>¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi bebé?</i> 25</p> <p><i>¿Cómo obtengo Medicaid para mi bebé recién nacido?25</i></p> <p><i>¿Cómo y cuándo debo informar a Driscoll Health Plan y a la encargada de mi caso?.....</i> 25</p> <p><i>¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?</i> 25</p> <p>SALUD PREVENTIVA O AUTOGESTIÓN..... 25</p> <p>EDUCACIÓN PARA LA SALUD..... 25</p> <p><i>¿Qué clases de Educación para la Salud ofrece Driscoll Health Plan?.....</i> 25</p> <p><i>Los Mensajes de Texto de Educación para la Salud</i> 26</p> <p>PROGRAMAS HEAD START..... 26</p> <p>PASOS SANOS DE TEXAS 26</p> <p><i>¿Qué es “Pasos Sanos de Texas”?</i> 26</p> <p><i>¿Qué servicios ofrece los Pasos Sanos de Texas?.....</i> 26</p> <p><i>¿Cómo y cuándo puedo obtener exámenes médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?.....</i> 27</p> <p><i>¿Es necesario que mi médico sea parte de Driscoll Health Plan?.....</i> 27</p> <p>EXÁMENES DENTALES DE PASOS SANOS DE TEXAS..... 27</p> <p><i>¿Necesito una derivación?</i> 27</p> <p><i>¿Qué ocurre si tengo que cancelar una cita?.....</i> 27</p> <p><i>¿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?.....</i> 28</p> <p>PROGRAMA DE EXÁMENES MÉDICOS Y DENTALES DE PASOS SANOS DE TEXAS 28</p> <p>VACUNAS..... 28</p>	<p>SALUD DE LA MUJER..... 32</p> <p><i>¿QUÉ OCURRE SI NECESITO ATENCIÓN GINECOLÓGICA?.....</i> 32</p> <p><i>¿Tengo el derecho de escoger un ginecoobstetra?.....</i> 32</p> <p><i>¿Cómo elijo un ginecoobstetra?.....</i> 32</p> <p><i>Si no elijo a un ginecoobstetra, ¿tendré acceso directo?32</i></p> <p><i>¿Necesito una derivación?</i> 32</p> <p><i>¿Qué tan pronto se me atenderá una vez que contacte a mi ginecoobstetra para programar una cita?.....</i> 32</p> <p><i>¿Puedo continuar atendíndome con mi ginecoobstetra si deja de pertenecer a Driscoll Health Plan?</i> 32</p> <p>EXÁMENES Y REVISIONES..... 32</p> <p>MAMOGRAFÍAS 32</p> <p>PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... 33</p> <p><i>¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?.....</i> 33</p> <p><i>¿Necesito una derivación para esto?.....</i> 33</p> <p><i>¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?.....</i> 33</p> <p>ATENCIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS 33</p> <p><i>¿Qué ocurre si estoy embarazada?.....</i> 33</p> <p><i>¿A quién debo llamar?</i> 33</p> <p>CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO 33</p> <p>ADMINISTRACIÓN DE CASOS PARA MUJERES EMBARAZADAS..... 33</p> <p>OTROS SERVICIOS DEL PLAN DE SALUD DRISCOLL Y EDUCACIÓN PARA MIEMBROS EMBARAZADAS..... 34</p> <p>GET READY FOR BABY -BABY SHOWERS..... 34</p> <p><i>Programa Text4baby</i> 34</p> <p>VIRUS DEL ZIKA..... 34</p> <p><i>¿Qué es el virus del Zika?</i> 34</p> <p><i>¿Dónde se encuentra el virus del Zika?</i> 34</p> <p><i>¿Quién está en riesgo?.....</i> 34</p> <p><i>¿Cuáles son los síntomas?.....</i> 34</p> <p><i>¿Cómo puedo protegerme del virus del Zika?.....</i> 34</p> <p><i>¿Cómo puedo obtener spray/loción para mosquitos?..</i> 35</p> <p>AYUDA DESPUÉS DEL EMBARAZO 35</p> <p><i>¿Cuándo debo acudir a una visita posparto?.....</i> 35</p> <p>EXTRACTOR DE LECHE..... 35</p> <p><i>¿Por qué necesita un extractor de leche?</i> 35</p> <p><i>¿Cómo consigo un extractor de leche?</i> 35</p> <p><i>¿Dónde puedo conseguir un extractor de leche?.....</i> 35</p> <p>¿CÓMO PUEDO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DE QUE NAZCA MI BEBÉ (SI YA NO TENGO COBERTURA DE MEDICAID)? 36</p> <p>PROGRAMA HEALTHY TEXAS WOMEN 36</p> <p><i>¿Pueden las mujeres que tienen Medicaid para Mujeres Embarazadas hacer la transición al Programa Healthy Texas Women (HTW)?</i> 36</p> <p>OTROS PROGRAMAS DE CUIDADOS PREVENTIVOS 36</p>
---	--

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

<i>Programa de Atención Médica Primaria del DSHS</i>	36
<i>Programa de Planificación Familiar del DSHS</i>	37
<i>¿Dónde encuentro un prestador de servicios de planificación familiar?</i>	37
COORDINACIÓN DE SERVICIOS	37
<i>¿Qué es la coordinación de servicios?</i>	37
<i>¿Cómo puede ayudarme un Coordinador de Servicios?</i>	37
<i>¿Cómo me comunico con un Coordinador de Servicios?</i>	38
<i>Plan de Servicios Individual (ISP)</i>	38
PLANIFICACIÓN DE TRANSICIÓN	38
<i>¿Qué es la planificación de la transición?</i>	38
<i>¿Qué es un Especialista en Transiciones?</i>	38
<i>¿Cómo puedo hablar con un especialista en transición?</i>	38
MANEJO DE ENFERMEDADES	38
<i>¿Qué es el manejo de enfermedades?</i>	38
MIEMBROS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES (MSHCN)	38
¿QUÉ ES LA INTERVENCIÓN DE PRIMERA INFANCIA (ECI)? .	39
<i>¿Necesito una derivación?</i>	39
<i>¿Dónde puedo encontrar a un proveedor de ECI?</i>	39
ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN Y AYUDA PARA EL CUIDADO DE PERMANENCIA	39
<i>¿Qué es la Asistencia para la Adopción (AA)?</i>	39
<i>¿Quiénes pueden obtener Asistencia para la Adopción?</i>	39
<i>¿Qué beneficios ofrece el Programa AA?</i>	39
<i>¿Qué es la Ayuda para el Cuidado de Permanencia (PCA)?</i>	39
.....	39
<i>¿Quiénes son elegibles para la Asistencia de Cuidado Permanente?</i>	39
<i>¿Qué beneficios ofrece la PCA?</i>	40
<i>¿Dónde puedo pedir ayuda?</i>	40
<i>¿Qué debo hacer para cambiar mi dirección o número de teléfono?</i>	40
ADMINISTRACIÓN DE CASOS	40
ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS E HIJOS DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS MIGRATORIOS	40
<i>¿Qué debo hacer si soy un trabajador agrícola migratorio?</i>	40
.....	40
ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE SALUD CONDUCTUAL.....	40
<i>¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la administración de casos específicos de salud mental?</i>	40
<i>¿Cómo obtengo estos servicios?</i>	41
ADMINISTRACIÓN DE CASOS PARA NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS	41
<i>¿Qué es la Administración de Casos para Niños y Mujeres Embarazadas?</i>	41
<i>¿Quién puede obtener un administrador de casos?</i>	41
<i>¿Qué hacen los administradores de casos?</i>	41
<i>¿Qué tipo de ayuda puede recibir?</i>	41
<i>¿Cómo puede usted obtener un administrador de casos?</i>	41
.....	41
SALUD CONDUCTUAL	41
¿CÓMO CONSIGO AYUDA SI TENGO PROBLEMAS DE SALUD CONDUCTUAL (MENTAL) TRASTORNO?	41
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	42
<i>¿Cómo obtengo servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos específicos de salud mental?</i>	42
SERVICIOS CONTRA CONSUMO DE SUSTANCIAS	42
<i>¿Cómo obtengo servicios de abuso de sustancias?</i>	42
<i>¿Necesito una derivación para esto?</i>	42
LA LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y EQUIDAD EN LAS ADICCIONES	42
<i>¿Qué es la paridad de salud mental?</i>	42
SERVICIOS ESPECIALES	42
SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN	42
<i>¿Puedo contar con un intérprete cuando hable con mi médico?</i>	42
<i>¿A quién puedo llamar si necesito un intérprete?</i>	42
<i>¿Con cuánta anticipación debo llamar?</i>	42
<i>¿Cómo puedo tener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?</i>	42
SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO NO DE EMERGENCIA (NEMT) – SAFERIDE HEALTH	42
<i>¿Quién es SafeRide Health?</i>	42
<i>¿Qué servicios ofrece SafeRide Health?</i>	42
<i>¿Cómo conseguir un viaje?</i>	43
<i>¿A quién llamo para que me lleve a una cita médica?..</i>	43
<i>¿Con cuánta anticipación debo llamar para solicitar transporte?</i>	43
<i>¿Dónde está mi viaje?</i>	43
<i>¿Puede alguna persona conocida llevarme a mi cita y recibir un pago por el millaje?</i>	44
BENEFICIOS Y SERVICIOS	44
<i>¿Cuáles son mis beneficios de cuidado agudo/atención de la salud?</i>	44
<i>¿Cómo obtengo estos servicios?</i>	45
<i>¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?</i>	45
SERVICIOS DENTALES.....	45

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

<i>¿Qué servicios dentales cubre el Driscoll Health Plan para los niños?.....</i>	<i>45</i>
SERVICIOS PARA LA VISTA	45
<i>¿Cómo obtengo servicios para la vista?.....</i>	<i>45</i>
<i>¿Cuándo debo recibir atención ocular de rutina?.....</i>	<i>45</i>
FARMACIA Y RECETAS	45
<i>¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?</i>	<i>45</i>
<i>¿Cómo obtengo mis medicamentos?.....</i>	<i>45</i>
<i>¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?.....</i>	<i>45</i>
<i>¿Qué ocurre si voy a una farmacia que no pertenece a la red?</i>	<i>45</i>
<i>¿Qué debo llevar a la farmacia?</i>	<i>46</i>
<i>¿Qué ocurre si necesito que me envíen los medicamentos?</i>	<i>46</i>
<i>¿A quién debo llamar si no puedo obtener mis medicamentos?.....</i>	<i>46</i>
<i>¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?.....</i>	<i>46</i>
<i>¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy en un centro de enfermería?.....</i>	<i>46</i>
<i>¿Qué ocurre si pierdo mis medicamentos?</i>	<i>46</i>
<i>¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?</i>	<i>46</i>
<i>¿Cómo puedo obtener una lista de los medicamentos cubiertos en mis beneficios?</i>	<i>46</i>
<i>¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?</i>	<i>46</i>
SERVICIOS Y APOYO A LARGO PLAZO (LTSS).....	47
<i>¿En qué consisten mis beneficios de servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)?</i>	<i>47</i>
<i>Estoy en el Programa de Niños Medicamento Dependientes (MDCP). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?</i>	<i>47</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>47</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>47</i>
<i>Estoy en el programa de exención de Servicios del Hogar y la Comunidad (HCS). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?</i>	<i>48</i>
<i>Estoy en el programa de exención Texas Home Living (TxHML). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?.....</i>	<i>48</i>
<i>Estoy en el programa de exención del Servicio de Empoderamiento Juvenil (YES). ¿Cómo obtengo servicios para mi LTSS?.....</i>	<i>48</i>
<i>¿A qué número llamo para averiguar acerca de estos servicios?.....</i>	<i>48</i>
SERVICIOS DIRIGIDOS POR EL CONSUMIDOR (CDS).....	48
¿QUÉ ES LA TERAPIA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA (CRT?)	49
TABLA DE BENEFICIOS DE LTSS.....	50
¿QUÉ ES LA ENFERMERÍA PRIVADA (PDN)?	51
¿CÓMO PUEDEN AYUDARME LOS SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL (PCS)?	51
¿CÓMO PUEDE AYUDARME COMMUNITY FIRST CHOICE (CFC)?	51
CENTROS DE ENFERMERÍA	51
<i>¿Cambiarán mis beneficios del programa STAR Kids si estoy en un centro de enfermería?</i>	<i>51</i>
<i>¿Continuaré recibiendo mis beneficios del programa STAR Kids si estoy en un centro de enfermería?</i>	<i>51</i>
CENTROS DE CUIDADOS EXTENDIDOS PEDIÁTRICO PRESCRITOS (PPECC)	52
<i>¿Qué es el Centro de Cuidados Extendidos Pediátricos Prescritos?.....</i>	<i>52</i>
<i>¿Cómo obtengo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para obtener información sobre estos servicios?52</i>	<i>52</i>
<i>¿Y si también tengo Medicare?.....</i>	<i>52</i>
¿QUÉ OTROS SERVICIOS PUEDE DRISCOLL HEALTH PLAN AYUDARME A OBTENER?	52
BENEFICIOS ADICIONALES	53
<i>¿Qué beneficios adicionales puedo obtener como miembro de Driscoll Health Plan?</i>	<i>53</i>
<i>¿Qué es un servicio de valor añadido?.....</i>	<i>53</i>
<i>¿Cómo puedo obtener estos beneficios?.....</i>	<i>53</i>
SERVICIOS DE VALOR AÑADIDOS	54
¿QUÉ SERVICIOS NO ESTÁN CUBIERTOS POR DRISCOLL HEALTH PLAN?	61
OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE	61
<i>¿QUÉ DEBO HACER SI ME MUDO?.....</i>	<i>61</i>
<i>¿QUÉ DEBO HACER PARA CAMBIAR DE PLAN DE SALUD?</i>	<i>61</i>
<i>¿Driscoll Health Plan puede solicitar mi baja de su plan de salud por incumplimiento?.....</i>	<i>62</i>
<i>¿QUÉ HAGO SI RECIBO UNA FACTURA?</i>	<i>62</i>
<i>¿A quién debo llamar?</i>	<i>62</i>
<i>¿Qué información necesitarán?.....</i>	<i>62</i>
<i>¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme servicios o suministros si pertenezco a Medicare y Medicaid?.....</i>	<i>62</i>
PÉRDIDA DE LA COBERTURA DE MEDICAID	62
<i>¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?</i>	<i>62</i>

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

¿QUÉ HAGO SI TENGO OTRO SEGURO ADEMÁS DE MEDICAID?	62
¿Cuándo deben pagar otras partes?.....	63
Más de un plan de salud	63
Lesión causada por otras personas	63
SATISFACCIÓN DE LOS MIEMBROS	63
Encuestas de satisfacción de los miembros.....	63
Grupo Asesor para Miembros	63
DENUNCIAS DE ABUSO, NEGLIGENCIA Y EXPLOTACIÓN	63
¿Qué son abuso, negligencia, y explotación?.....	63
Denuncias de abuso, negligencia y explotación.....	63
Información útil para presentar un informe.....	64
QUEJAS, APELACIONES, APELACIÓN EMERGENCIA, REVISIÓN MÉDICA EXTERNA Y AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO	64
QUEJAS	64
Proceso de quejas.....	64
¿Qué hago si tengo una queja?.....	64
Procedimientos de queja de Driscoll Health Plan.....	64
¿A quién debo llamar?	65
¿Puede alguien de Driscoll Health Plan ayudarme a presentar una queja?	65
¿Cuáles son los plazos y requisitos para tramitar una queja?.....	65
¿Cuánto demoran en procesar mi queja?	65
APELACIONES	65
Proceso de apelación.....	65
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio para mí que está cubierto, pero Driscoll Health Plan lo niega o lo limita?	65
¿Cómo sabré si se niegan los servicios?	65
¿Cómo presento una apelación?.....	65
¿Alguien del Driscoll Health Plan puede ayudarme a presentar una apelación?.....	66
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación? ..	66
APELACIÓN EMERGENCIA	66
¿Qué es una apelación emergencia?.....	66
¿Cómo puedo solicitar una apelación emergencia?.....	66
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación emergencia?.....	66
¿Tengo que solicitar mi apelación emergencia por escrito?	66
¿Cuáles son los plazos para una apelación emergencia?66	
¿Qué sucede si DHP se niega a aprobar la solicitud de una apelación emergencia?	67
REVISIÓN MÉDICA EXTERNA	67
¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?	67
¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?.....	68
AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO	68
¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado? 68	
¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?.....	69
VOLUNTADES ANTICIPADAS	69
¿Qué ocurre si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi atención médica?.....	69
¿Qué son las voluntades anticipadas?.....	69
¿Cómo obtengo un documento de voluntades anticipadas?.....	69
REPORTAR MALGASTO, ABUSO, O FRAUDE.....	69
¿Quiere denunciar malgasto, abuso, o fraude?.....	69
VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE VISITAS	70
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....	70
PREGUNTAS FRECUENTES	72
¿Tengo que usar la EVV?.....	72
¿Cómo registran los ayudantes la hora a la que entran y salen?.....	72
¿Qué pasa si no tengo un teléfono fijo encasa o no quiero que mi ayudante use mi teléfono fijo?.....	72
Puedo recibir servicios en la comunidad con el uso de la EVV?.....	72
¿Con quién me comunico si tengo preguntas o inquietudes?.....	73
TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA	73
INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS MIEMBROS UNA VEZ AL AÑO.....	75
SOCIOS DE DRISCOLL HEALTH PLAN QUE BRINDAN ATENCIÓN Y SERVICIOS.....	75
¿CUÁLES SON MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO?.....	76
DERECHOS DEL MIEMBRO	76
RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO.....	78
LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL	80
DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA EN DISTINTOS IDIOMAS	82
AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	84
NUESTRAS RESPONSABILIDADES	89
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD	89

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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

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 **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-735-2989). 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/es

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

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

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: 1-844-508-4673**
- **Área de servicio de Hidalgo: 1-844-508-4675**

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

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,
- estar sin agua, comida, y electricidad, o
- 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: 1-844 508-4672**
 - **Hidalgo: 1-844-508-4674**
- En nuestro sitio web:
driscollhealthplan.com/es
- 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.

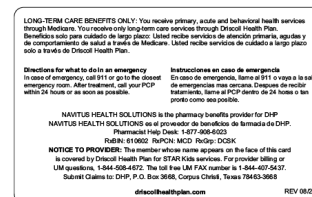
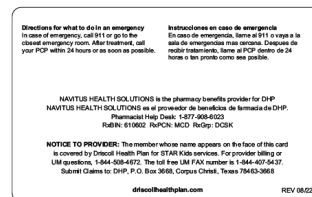
Estos son algunos recursos adicionales para usted y su familia:

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

- 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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo SA: 1-844-508-4674** 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 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.



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.

AS de Nueces: 1-844-508-4672
AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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 1-800-252-8263, 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 1-800-252-8263 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 1-800-252-8263 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 1-800-252-8263 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 HHSC. Para localizar la oficina más cercana, llame al 2-1-1 en su teléfono móvil (elija un idioma y luego la opción 2).

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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 1-877-541-7905 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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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: 1-844-508-4672**
 - **Hidalgo: 1-844-508-4674**

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/es

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- ¿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 para dispositivos móviles de DHP

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

¿Cómo lo consigo?

¡Vaya a Google Play o Apple App Store y busque Driscoll Health System!

- *Nuevos usuarios de MyChart:* envíe un correo electrónico a MyChart.help@dchstx.org y solicite su código de activación o llame al 361-694-5980

- *Usuarios actuales:* serán redirigidos para descargar la nueva aplicación

¿Necesita ayuda para descargar la aplicación?

Llame a la línea de soporte MyChart al 361-694-5980 o envíe un correo electrónico a: DHPmemberservices@dchstx.org

¿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/es/programas/star-kids. 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 proveedor de cuidado primario. Puede cambiar de proveedor 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 primario llamando al número gratuito, para

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Nueces: 1-844-508-4672 o **Hidalgo: al 1-844-508-4674** 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674** 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).

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

¿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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

¿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:

<ul style="list-style-type: none"> • 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)
<ul style="list-style-type: none"> • La admisión a un centro de rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía para pacientes ambulatorios
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de rehabilitación (terapia física, del habla y ocupacional)
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud en el hogar, incluida la terapia intravenosa en el hogar
<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a un médico especialista, excepto como se describe anteriormente (habrá una excepción para los Miembros de MDCP)
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos de equipo médico duradero que cuesten más de \$300

<ul style="list-style-type: none"> • 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)
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de servicios a un proveedor que no tiene un contrato con Driscoll Health Plan
<ul style="list-style-type: none"> • Otras formas de tratamiento médico (como hipnosis o masaje terapéutico)
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cuidado personal (PCS) • Servicios de cuidado personal (PCS) • Centro de Atención Pediátrica Extendida (PPECC) prescrito
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): <ul style="list-style-type: none"> ○ 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

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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

¿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 **1-877-324-7543** 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:

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

(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;

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- (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. Esto incluye servicios de planes estatales para los programas STAR, CHIP y STAR Kids.

Estos servicios de remplazo incluyen los siguientes:

- Servicios de hospitalización para pacientes con afecciones psiquiátricas agudas en un hospital psiquiátrico independiente, durante un máximo de 15 días calendario al mes, para miembros de 21 a 64 años.
- Servicios residenciales para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (SUD) ofrecidos a los miembros en un centro de tratamiento de dependencia química.
- Atención médica especializada coordinada (CSC)
- Programa de hospitalización parcial (PHP)

- Programa de servicios ambulatorios intensivos (IOP)

En este momento, no se necesita aprobación para recibir estos servicios si se brindan dentro de la red de DHP. Usted o sus proveedores pueden solicitar estos servicios de remplazo llamando a Servicios para Miembros al **1-877-324-7543**. También puede visitar el portal para miembros en:

driscollhealthplan.com/es

Información sobre servicios que posiblemente necesitan aprobación:

- Todas las hospitalizaciones de pacientes con problemas de salud conductual aguda.
- Los servicios del Programa de Servicios Ambulatorios Intensivos (IOP) y del Programa de Hospitalización Parcial (PHP) no necesitan aprobación para centros y proveedores pertenecientes a la red de DHP. Los centros fuera de la red (OON) necesitan aprobación.
- Los tratamientos residenciales para servicios de salud conductual (BH) o trastornos por abuso de sustancias (SUD) no necesitan aprobación durante los primeros 35 días para proveedores dentro de la red. Los servicios que se extiendan más allá de los 35 días iniciales necesitan aprobación.
- Si su proveedor solicita servicios en un centro no participante, deberá notificar a DHP.

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

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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.

¿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.

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

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/es/servicios/despues-de-horas-de-cuidado/

Cómo obtener atención médica y dental urgente de emergencia

Atención médica urgente

¿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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674**. También puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermeras las 24 horas al **Nueces: 1-844-308-8701** o **Hidalgo: 1-844-714-7887** 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 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674** 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) seguira 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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674** 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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674**.


¿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?
<p>Proveedor de Cuidado Primario (PCP)</p> 	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisiones de Pasos Sanos de Texas • Vacunas • Revisión de seguimiento • Vacunas antigripales • Pruebas de embarazo • Tratamiento de padecimientos menores en la piel 	<p>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.</p>
<p>Centro de urgencias</p> 	<p>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.</p>	<p>Tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de oídos • Infecciones menores o comunes (por ejemplo, una faringitis) • Cortaduras menores • Esguinces o distensiones musculares • Fracturas menores • Quemaduras solares menores 	<p>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.</p>
<p>Sala de emergencias</p> 	<p>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.</p>	<p>Tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>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.</p>

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 **1-877-222-2759** 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.

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

¿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 1-877-541-7905 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 1-800-964-2777. 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
- Pasos Sanos de Texas
- Diabetes
- Asma
- Embarazo

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Puede obtener esta información de:

- Manual del Miembro o 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.

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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 **1-877-324-7543** o a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377 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 1-833-694-5881.

¿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 saliendo 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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

¿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
<p>Los bebés necesitan exámenes a los:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta los 5 días de nacidos • 2 semanas • 2 meses • 4 meses • 6 meses • 9 meses • 12 meses <p>Los médicos revisan si los bebés están sanos y creciendo de manera normal.</p> <p>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.</p>	<p>Los niños pequeños necesitan exámenes a los:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 meses • 18 meses • 2 años • 2 1/2 años • 3 años en adelante - en o poco después del cumpleaños de su hijo <p>El médico revisa la audición y vista de su hijo.</p> <p>Su hijo necesita realizarse exámenes dentales cada 6 meses.</p>
5 a 10 años	11 a 20 años
<p>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.</p> <p>El dentista puede cubrir los dientes de su hijo con selladores para evitar las caries.</p>	<p>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.</p> <p>Su PCP puede hablar con su hijo sobre cómo llevar un estilo de vida saludable.</p>

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/schedules/

También puede visitar la página de Internet de Driscoll Health Plan en:

driscollhealthplan.com/immunization-schedules/es

2023: Vacunas recomendadas para niños, desde el nacimiento hasta los 6 años

VACUNA	NACIMIENTO	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	19-23 MESES	2-3 AÑOS	4-6 AÑOS
Vacuna HepB Hepatitis B	HepB	HepB			HepB						
Vacuna RV* Rotavirus			RV	RV	RV*						
Vacuna DTaP Difteria, tosferina y tétanos			DTaP	DTaP	DTaP		DTaP				DTa
Vacuna contra Hib* Haemophilus influenzae tipo b			Hib	Hib	Hib*	Hib					
Vacuna PCV1 PCV15 Enfermedad neumocócica			PCV	PCV	PCV	PCV					
Vacuna IPV Poliomielitis			IPV	IPV	IPV						IPV
Vacuna contra el COVID-19** Enfermedad del coronavirus 2019					COVID-19**						
Vacuna contra influenza* Influenza (gripe)					Influenza (una o dos dosis al año)*						
Vacuna MMR Sarampión, paperas y rubéola						MMR					MMR
Vacuna contra la varicela Varicela						Varicela					Varicela
Vacuna HepA* Hepatitis A						HepA*		HepA*			

NOTAS A PIE DE PÁGINA

RV* **Hib***
La administración de una tercera dosis a los 6 meses de edad depende de la marca de la vacuna contra Hib o el rotavirus usada para la dosis anterior.

COVID-19** La cantidad de dosis recomendadas depende de la edad de su hijo y el tipo de vacuna contra el COVID-19 usada.

Influenza* Se recomiendan dos dosis con un intervalo de por lo menos 4 semanas para los niños 6 meses a 8 años de edad que reciban por primera vez la vacuna contra la influenza (gripe) y para algunos otros niños en este grupo de edad.

HepA* Se requieren 2 dosis de la vacuna HepA para que brinde protección duradera. Las 2 dosis deben administrarse entre los 12 y 23 meses de edad. Debe haber un intervalo de por lo menos 6 meses entre la administración de cada dosis. Los niños de 2 años o más que no hayan recibido 2 dosis de la vacuna HepA deben completar la serie.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. Si su hijo se saltó una vacuna recomendada para su edad, hable con su médico lo antes posible para ver cuándo se la pueden administrar.

2. Si su hijo tiene una afección que lo pone en riesgo de infección (p. ej., enfermedad de células falciformes, infección por el VIH, implantes cocleares) o va a viajar afuera de los Estados Unidos, hable con su médico sobre las vacunas adicionales que podría necesitar.

Hable con el médico de su hijo si tiene preguntas sobre cualquiera de las vacunas recomendadas para su hijo.



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



MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

2023: Vacunas recomendadas para los niños desde los 7 hasta los 18 años

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS	AÑOS
VACUNAS RECOMENDADAS												
Vacuna contra el COVID-19* Enfermedad del coronavirus 2019	COVID-19*											
Vacuna contra la influenza** Influenza (gripe)	Influenza (una o dos dosis al año)**											
Vacuna Tdap Tétanos, difteria y tosferina	Tdap											
Vacuna contra el VPH† Virus del papiloma humano	VPH†											
Vacuna MenACWY Enfermedad meningocócica	MenACWY											
Vacuna MenB Enfermedad meningocócica	MenB											
PONERSE AL DÍA CON LAS VACUNAS INFANTILES DE RUTINA SALTADAS*												
Vacuna MMR Sarampión, paperas y rubéola	MMR											
Vacuna contra la varicela Varicela	Varicela											
Vacuna HepA Hepatitis A	HepA											
Vacuna HepB Hepatitis B	HepB											
Vacuna IPV Poliomielitis	IPV											
SOLO EN LOS LUGARES DONDE EL DENGUE SEA COMÚN: DEBE hacerse un análisis de laboratorio para confirmar infección previa por dengue												
Vacuna contra el dengue Dengue	Dengue											

CLAVE



Indica cuándo la vacuna se recomienda para todas las personas, salvo que el médico le diga que su hijo no puede recibir la vacuna de forma segura.



Indica que la serie de vacunas puede comenzarse a esta edad.



Indica que la vacuna se debe administrar si la persona se está poniendo al día con vacunas saltadas. No es necesario volver a iniciar una serie de vacunas, independientemente de la cantidad de tiempo que haya pasado entre las dosis.



Indica que las personas que no estén en mayor riesgo pueden vacunarse si lo desean después de hablar con un médico.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. Si su hijo se saltó una vacuna recomendada para su edad, hable con el médico de su hijo lo antes posible para ver cuándo se la pueden administrar.
2. Si su hijo tiene una afección que lo pone en riesgo de infección, o va a viajar afuera de los Estados Unidos, hable con el médico de su hijo sobre las vacunas adicionales que podría necesitar.

Hable con el médico de su hijo si tiene preguntas sobre cualquiera de las vacunas recomendadas para su hijo.

FOOTNOTES

COVID-19*
La cantidad de dosis recomendadas depende de la edad de su hijo y el tipo de vacuna contra el COVID-19 usada.

Influenza** Se recomiendan dos dosis con un intervalo de por lo menos 4 semanas para los niños de 6 meses a 8 años de edad que reciban por primera vez la vacuna contra la influenza (gripe) y para algunos otros niños en este grupo de edad.

VPH† Todas las personas de entre 11 y 12 años deberían ponerse una serie de 2 dosis con un intervalo de entre 6 y 12 meses. Esta serie se puede comenzar cuando tengan 9 años. Se recomienda una serie de 3 dosis para las personas con el sistema inmunitario debilitado o que comiencen la serie después de haber cumplido los 15 años.

*Edades recomendadas originalmente para las vacunas infantiles de rutina saltadas: serie de 2 dosis de la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubéola) entre los 12 y 15 meses de edad, y entre los 4 y 6 años; serie de 2 dosis de la vacuna contra la varicela entre los 12 y 15 meses de edad, y entre los 4 y 6 años; serie de 2 dosis de la vacuna HepA (intervalo mínimo: 6 meses) entre los 12 y 23 meses de edad; serie de 3 dosis de la vacuna HepB entre 1 y 2 meses, y entre los 6 y 18 meses de edad; y una serie de 4 dosis de la vacuna contra la poliomiéltis a los 2 meses, 4 meses, entre los 6 y 18 meses, y entre los 4 y 6 años.



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



COVID-19 vaccination recommendations have changed. Find the latest recommendations at www.cdc.gov/covidschedule

Recommended Adult Immunization Schedule for ages 19 years or older

2023

How to use the adult immunization schedule

- 1** Determine recommended vaccinations by age (**Table 1**)
- 2** Assess need for additional recommended vaccinations by medical condition or other indication (**Table 2**)
- 3** Review vaccine types, dosing frequencies and intervals, and considerations for special situations (**Notes**)
- 4** Review contraindications and precautions for vaccine types (**Appendix**)

Recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (www.cdc.gov/vaccines/acip) and approved by the Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov), American College of Physicians (www.acponline.org), American Academy of Family Physicians (www.aafp.org), American College of Obstetricians and Gynecologists (www.acog.org), American College of Nurse-Midwives (www.midwife.org), American Academy of Physician Associates (www.aapa.org), American Pharmacists Association (www.pharmacist.com), and Society for Healthcare Epidemiology of America (www.shea-online.org).

Vaccines in the Adult Immunization Schedule*

Vaccine	Abbreviation(s)	Trade name(s)
COVID-19 vaccine	1vCOV-mRNA	Comirnaty*/Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Spikevax*/Moderna COVID-19 Vaccine
	2vCOV-mRNA	Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine, Bivalent Moderna COVID-19 Vaccine, Bivalent
	1vCOV-aPS	Novavax COVID-19 Vaccine
<i>Haemophilus influenzae</i> type b vaccine	Hib	ActHib* Hiberix* PedvaxHIB*
Hepatitis A vaccine	HepA	Havrix* Vaqta*
Hepatitis A and hepatitis B vaccine	HepA-HepB	Twinrix*
Hepatitis B vaccine	HepB	Engerix-B* Heplisav-B* PreHevbrio* Recombivax HB*
Human papillomavirus vaccine	HPV	Gardasil 9*
Influenza vaccine (inactivated)	IIV4	Many brands
Influenza vaccine (live, attenuated)	LAIV4	FluMist* Quadrivalent
Influenza vaccine (recombinant)	RIV4	Flublok* Quadrivalent
Measles, mumps, and rubella vaccine	MMR	M-M-R II* Priorix*
Meningococcal serogroups A, C, W, Y vaccine	MenACWY-D	Menactra*
	MenACWY-CRM	Menveo*
	MenACWY-TT	MenQuadfi*
Meningococcal serogroup B vaccine	MenB-4C	Bexsero*
	MenB-FHbp	Trumenb*
Pneumococcal conjugate vaccine	PCV15	Vaxneuvance™
	PCV20	Prevnar 20™
Pneumococcal polysaccharide vaccine	PPSV23	Pneumovax 23*
Poliovirus vaccine	IPV	IPOL*
Tetanus and diphtheria toxoids	Td	Tenivac* Tdvax™
	Tdap	Adacel* Boostrix*
Tetanus and diphtheria toxoids and acellular pertussis vaccine	VAR	Varivax*
Zoster vaccine, recombinant	RZV	Shingrix

*Administer recommended vaccines if vaccination history is incomplete or unknown. Do not restart or add doses to vaccine series if there are extended intervals between doses. The use of trade names is for identification purposes only and does not imply endorsement by the ACIP or CDC.

Report

- Suspected cases of reportable vaccine-preventable diseases or outbreaks to the local or state health department
- Clinically significant postvaccination reactions to the Vaccine Adverse Event Reporting System at www.vaers.hhs.gov or 800-822-7967

Injury claims

All vaccines included in the adult immunization schedule except PPSV23, RZV, and COVID-19 vaccines are covered by the National Vaccine Injury Compensation Program (VICP). COVID-19 vaccines that are authorized or approved by the FDA are covered by the Countermeasures Injury Compensation Program (CICP). For more information, see www.hrsa.gov/vaccinecompensation or www.hrsa.gov/cicp.

Questions or comments

Contact www.cdc.gov/cdc-info or 800-CDC-INFO (800-232-4636), in English or Spanish, 8 a.m.–8 p.m. ET, Monday through Friday, excluding holidays.



Download the CDC Vaccine Schedules app for providers at www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/schedule-app.html.

Helpful information

- Complete Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations: www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html
- *General Best Practice Guidelines for Immunization* (including contraindications and precautions): www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html
- Vaccine information statements: www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html
- Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases (including case identification and outbreak response): www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual
- Travel vaccine recommendations: www.cdc.gov/travel
- Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule, United States, 2023: www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html
- ACIP Shared Clinical Decision-Making Recommendations: www.cdc.gov/vaccines/acip/acip-scdm-faqs.html

Scan QR code for access to online schedule



CS310021-C



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

Salud de la mujer

¿Qué ocurre si necesito atención ginecológica?

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 el derecho de escoger un ginecoobstetra?

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

¿Cómo elijo un ginecoobstetra?

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 ginecoobstetra, ¿tendré 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 se me atenderá una vez que contacte a mi ginecoobstetra para programar una cita?

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

¿Puedo continuar atendiéndome con mi ginecoobstetra si deja de pertenecer a 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 llame a Driscoll Health Plan al número gratuito, para **Nueces: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674**.

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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Llame al Departamento de Administración de Casos de Driscoll Health Plan, al número gratuito, para **Nueces: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675** si tiene dudas o necesita ayuda.

Otros servicios del plan de salud Driscoll 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/es/preparesse-para-su-bebe

Programa Text4baby

Reciba mensajes de texto gratuitos en su teléfono celular cada semana. Los mensajes de Text4baby incluyen consejos sobre el embarazo y más. Para darse de alta, envíe un mensaje de texto con la palabra BABY al 511411. También puede darse alta a través de la aplicación Text4baby. Descárguela de manera gratuita en [App Store](#) o en las tienda de

aplicaciones de [Google Play](#). Para obtener más información visite: text4baby.org

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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:

txvendordrug.com/about/manuals/pharmacy-provider-procedure-manual/p-9-formulary-coverage/mosquito-repellents

Ayuda después del embarazo

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

¿Cuándo debo acudir a una visita posparto?

Deberá acudir a una visita posparto de 7-84 días después del parto.

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.
- Usted no produce suficiente leche debido a una enfermedad.
- 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.

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/es o llame a Servicios para miembros para obtener ayuda.

¿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.

Programa Healthy Texas Women

El Programa Healthy Texas Women ofrece exámenes de planificación familiar, revisiones médicas relacionadas y anticonceptivos para las mujeres de 18 a 44 años de edad cuyo ingreso familiar sea igual o menor a los límites establecidos por el programa (204.2 por ciento del nivel de pobreza federal). Deberá presentar una solicitud para determinar si puede recibir los servicios a través de este programa. 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: 1-800-335-8957

Número de fax: 1-866-993-9971

Sitio web: healthytexaswomen.org/es

¿Pueden las mujeres que tienen Medicaid para Mujeres Embarazadas hacer la transición al Programa Healthy Texas Women (HTW)?

Sí. Al finalizar la cobertura de Medicaid, la atención primaria de salud se enfoca en la prevención de enfermedades, la detección temprana y la intervención temprana de problemas de salud. Usted será inscrita automáticamente en el

Programa HTW. Recibirán una carta por correo sobre la inscripción automática en el programa. Sin embargo, tendrán la opción de dejar de participar en el programa. Para ser inscrita automáticamente, una mujer debe:

- Tener de 18 a 44 años de edad
- No estar percibiendo recursos activos de terceros en el momento de la inscripción automática

Si no es elegible para ser inscrita automáticamente en el programa HTW, puede solicitar su ingreso en el programa durante el último mes en que sea elegible para cobertura por embarazo. Si cumple los criterios de elegibilidad, la cobertura del programa HTW comenzará el primer día del mes siguiente de finalizada su cobertura de Medicaid o CHIP Perinatal.

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:

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- 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)

Podrá solicitar los Servicios de Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas en su área. Para encontrar una clínica donde pueda presentar su solicitud, visite el Localizador de Clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en: txclinics.dshs.texas.gov/chcl/

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: 1-800-222-3986, ext. 4385320

Correo electrónico:

PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

Sitio web:

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

Programa de Planificación Familiar del DSHS

El Programa de Planificación Familiar trabaja con clínicas en todo el estado para proporcionar servicios de planificación familiar y salud reproductiva de calidad, de bajo costo y de fácil acceso para mujeres y hombres.

Para encontrar una clínica en su área, visite el Localizador de clínicas de servicios médicos para la familia y la comunidad del DSHS en:

txclinics.dshs.texas.gov/chcl/

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de Planificación Familiar, visite la página de Internet del

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

programa, llame o envíe un mensaje de correo electrónico:

Sitio web: healthytexaswomen.org/es/programas-de-atencion-la-salud/programa-de-planificacion-familiar

Número de Teléfono: 1-512-776-7796

Número de fax: 1-512-776-7203

Correo electrónico: famplan@hhs.texas.gov

¿Dónde encuentro un prestador de servicios de planificación familiar?

Para localizar proveedores de planificación familiar cerca de usted, visite el sitio web del programa o llame a Servicios para Miembros.

healthytexaswomen.org/es/encuentre-un-medico

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

¿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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**. 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:

- Proveedores de cuidado de la salud para adultos
- Servicios comunitarios y otros tipos de apoyo
- Educación en salud y bienestar

¿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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

¿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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675** si necesita ayuda para localizar un proveedor de ECI.

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

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 ayuda con la adopción de niños con necesidades especiales ofreciendo apoyo de servicios a las familias que los adoptan.

¿Quiénes pueden obtener Asistencia para la Adopción?

Para recibir AA, el niño debe cumplir la definición de niño con necesidades especiales.

La Extensión de la AA está destinada a personas que tienen un hijo mayor de 18 años con necesidades especiales. El enfoque de este programa es ayudar al niño en la transición hacia la edad adulta. 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 ofrece 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.
- Reembolso por única vez de parte de los honorarios por Asistencia de Adopción hasta un máximo de \$1,200.

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

La Ayuda para el Cuidado de Permanencia ofrece ayuda a los tutores.

¿Quiénes son elegibles para la Asistencia de Cuidado Permanente?

- Las personas que tienen la tutela de un niño con necesidades especiales.

- La Extensión de la PCA está destinada a personas que tienen un hijo mayor de 18 años con necesidades especiales.

¿Qué beneficios ofrece la PCA?

- Cobertura de salud de Medicaid para el niño que vive con usted.
- Asistencia con dinero en efectivo hasta el día anterior al cumpleaños 18 del niño.
- Reembolso por única vez parte de los honorarios legales hasta un máximo de \$2,000 para ayudarle a convertirse en tutor de un niño con necesidades especiales.

¿Dónde puedo pedir ayuda?

Para recibir más información sobre Asistencia para la Adopción y Ayuda para el Cuidado de Permanencia, comuníquese a los siguientes teléfonos:

- Línea directa del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección, 1-800-233-3405
- Salud y Servicios Humanos, 1-877-782-6440 lunes-viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- También puede visitar hhs.texas.gov/aapca

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

El padre o madre adoptivo o el cuidador del miembro inscrito en el programa de Ayuda para el Cuidado de Permanencia debe ser referido o comunicarse con el Especialista Regional de Elegibilidad en Asistencia para la Adopción (AAES) del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (DFPS) asignado a su caso. Si no sabe quién es su AAES, puede comunicarse con la línea telefónica del DFPS al 1-800-233-3405, para averiguar quién es su especialista de elegibilidad asignado. El AAES podrá luego asistirle 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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

¿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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- 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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

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.

¿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.

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

¿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 1-877-847-8377, de lunes-viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

- Driscoll Health Plan Coordinación de Servicios de **Nueces: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**
- Para saber más, vaya a: driscollhealthplan.com/es

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: 1-833-532-0209** o **Hidalgo SA: 1-833-532-0219**. 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 **1-877-324-3627** 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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

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: 1-833-532-0209** o **Hidalgo: 1-833-532-0219**. También puede llamar al Departamento de Coordinación de Servicios a **Nueces: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675** 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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- 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 1-833-694-5881 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 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: 1-833-694-5881

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

¿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 1-833-694-5881 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 de la derecha 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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

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.

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

Servicios para la vista

¿Cómo obtengo servicios para la vista?

Si necesita un examen de la vista o anteojos, llame a Envolve, para Nueces: 1-844-305-8300 o Hidalgo: 1-844-725-6410. 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/es. 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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674** 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 ayudarle 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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?

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 YES se brindan a través del Departamento de Servicios de Salud del Estado. Si necesita ayuda para obtener estos servicios, por favor comuníquese con el Coordinador de Servicios de su MCO.

¿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 **1-877-324-3627** 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.

- 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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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), Habilitación 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, y
- presentará sus declaraciones de impuestos.

Comuníquese con la línea de Coordinación de Servicios, al número gratuito, para **Nueces: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675** 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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

¿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.

AS de Nueces: 1-844-508-4672
AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

- 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: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674**.

Llame al número gratuito de Coordinación de Servicios, para **Nueces: 1-844-508-4673** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

¿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: 1-844-508-6473** o **Hidalgo: 1-844-508-4675**.

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: 1-844-305-8300** o **Hidalgo: 1-844-725-6410**.

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 2023 al 31 de agosto de 2024.

Servicios de valor añadidos		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones o restricciones
Servicios de cuidado de relevo	Hasta 32 horas de cuidado de relevo cada año para los miembros que reciben servicios de cuidado personal (PCS).	<ul style="list-style-type: none"> • Un coordinador de servicios debe autorizar los servicios de relevo • Los miembros deben tener menos de 21 años • No le corresponde a los miembros del MDCP
Control de plagas	Los miembros de alto riesgo con enfermedades crónicas pueden recibir servicios de control de plagas.	<ul style="list-style-type: none"> • Deben vivir en un hogar que sea propio o alquilado • Deben tener una enfermedad de alto riesgo • Los servicios de control de plagas incluirán todos los insectos y roedores dentro del hogar únicamente • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Uno por miembro y por año • Debe cumplir los criterios médicos
Servicios especializados basados en la comunidad	Puede participar en servicios especializados disponibles en la comunidad. Como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia equino • Terapia musico • Terapia acuática 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe cumplir los criterios médicos • Los miembros están sujetos a los requisitos que establece el proveedor del servicio • Algunas terapias pueden estar limitadas por ubicación debido al espacio disponible • Se ofrece por orden de llegada • Límite anual de \$500
Asma	Tarjeta de regalo de \$20 después de cinco meses de reposiciones	<ul style="list-style-type: none"> • Debe cumplir los criterios médicos

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadidos		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones o restricciones
	continuas de medicamentos para el asma.	<ul style="list-style-type: none"> Las reposiciones deben ser continuas
	Dos fundas de almohadas y fundas de cama hipoalergénicas.	Debe cumplir los criterios médicos
Visión	Asignación de \$150 para monturas, lentes o lentes de contacto cada dos años.	<ul style="list-style-type: none"> Mayores de 2 años Limitado a miembros que necesitan anteojos
Botiquín de primeros auxilios	Un botiquín de primeros auxilios por familia.	<ul style="list-style-type: none"> 2 a 5 años Debe ser un miembro nuevo
Exámenes físicos para deportes y escuela	Un examen físico para deportes o escuela.	<ul style="list-style-type: none"> 4 a 21 años Un examen físico por miembro, por año
Transportación	<p>Obtenga viajes a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Despensas de alimentos locales Tiendas de comestibles Clases de educación para la salud de DHP Eventos comunitarios de DHP Oficina de la Administración del Seguro Social Eventos patrocinados por DHP 	<p>Almacenes locales:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>Tiendas de comestibles locales:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>Clases de educación para la salud y eventos comunitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Debe registrarse previamente para las clases de

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadidos		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones o restricciones
		educación y los eventos comunitarios de DHP <ul style="list-style-type: none"> • Debe estar dentro del área de servicio de DHP • Debe estar dentro del radio de 25 millas o tener autorización previa Oficina de la Administración del Seguro Social y eventos patrocinados por DHP: <ul style="list-style-type: none"> • Debe estar dentro de un radio de 25 millas o con aprobación previa
Salud y bienestar	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
	Hasta \$150 para ayudar con el costo de inscripción a un campamento para personas con necesidades especiales.	<ul style="list-style-type: none"> • Uno por miembro, por año • Debe presentar una constancia de aceptación y pago • Debe cumplir los criterios médicos
	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> <ul style="list-style-type: none"> • Debe registrarse para las clases • No debe estar relacionado con ningún otro VAS
	Hasta \$60 en tarjetas de regalo por completar una sesión Triple P.	<ul style="list-style-type: none"> • Una tarjeta de regalo de \$20 por clase, hasta tres tarjetas de regalo por familia • Debe inscribirse en una sesión Triple P • Debe completar cada clase Triple P • Debe cumplir los criterios médicos • Debe completar un grupo de edad por nivel

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadidos		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones o restricciones
		<ul style="list-style-type: none"> • Limitado a dos niveles diferentes
	Tarjeta de regalo de \$50 por sumarse a un programa de salud y bienestar. Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de deportes • Membresía en un gimnasio • Carrera de 5k • Clase de baile • Clase de arte • Clase de yoga • Lecciones de música 	<ul style="list-style-type: none"> • Una tarjeta de regalo por miembro, por año • Debe presentar un comprobante de participación
	Tarjeta de regalo de \$25 cuando se da una vacuna contra COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta dos vacunas por año • Debe presentar una copia de la tarjeta de vacunación
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una clase de Seguridad del niño como pasajero.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe completar una clase de Seguridad del niño como pasajero • Una tarjeta de regalo por familia
	Un monitor de actividad para la gestión del peso.	<ul style="list-style-type: none"> • 10 a 18 años • Debe cumplir los criterios médicos • Debe completar los módulos de actividad física
	Tratamiento de eliminación de piojos	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 5 a 21 años • Uno por miembro, por año • El miembro debe solicitar

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadidos		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones o restricciones
	Kit de ciclo menstrual	<ul style="list-style-type: none"> Hasta tres kits por miembro por año El miembro debe solicitar el kit
	Kit de materiales educativo braille	<ul style="list-style-type: none"> De 0 a 5 años Debe cumplir con los criterios médicos
	Área de servicio de Hidalgo únicamente: Kit de vida saludable con diabetes e inscripción en el programa Unidos Contra la Diabetes.	<ul style="list-style-type: none"> 11 a 17 años Debe completar la evaluación de riesgos para la salud Debe cumplir los criterios médicos Uno por miembro y por año Las ubicaciones incluyen: Starr, Hidalgo, Cameron y Willacy
<p>Ayuda adicional para embarazadas</p> <p>Para obtener una lista de nuestros baby showers y clases de crianza, visite: driscollhealthplan.com/es/prepara-rese-para-su-bebe</p> <p><i>Las clases pueden estar disponibles en ubicaciones seleccionadas, en persona, o virtuales.</i></p>	Tarjeta de regalo de \$100 por asistir a un baby shower educativo Get Ready for Baby.	Una tarjeta de regalo por miembro y por embarazo
	Tarjeta de regalo de \$20 para las mamás que asisten a una clase de crianza.	<ul style="list-style-type: none"> Debe asistir dentro de los 120 días del parto Una tarjeta de regalo por miembro, por embarazo
	Tarjeta de regalo de \$20 para las nuevas mamás que hagan una visita a domicilio.	<ul style="list-style-type: none"> 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).	<ul style="list-style-type: none"> Debe ser una miembro nueva y estar 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.	<ul style="list-style-type: none"> No debe califica para otros programas de orientación nutricional

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadidos		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones o restricciones
	Consulta sobre lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser una miembro embarazada • Las nuevas mamás que dieron a luz dentro de los últimos 60 días • Hasta 2 sesiones por embarazo
Regalos por completar cheques	Tarjeta de regalo de \$20 por hacerle puntualmente cuatro controles de la salud de Texas Health Steps (Pasos Sanos de Tejas) a su bebé recién nacido.	Debe hacerle cuatro de los siguientes controles de la salud de Texas Health Steps: <ul style="list-style-type: none"> • 3 a 5 días • 2 semanas • 4 meses • 6 meses • 9 meses
	Tarjeta de regalo de \$20 por hacerle los controles de la salud de Texas Health Steps a los 12 y 15 meses.	Debe completar los siguientes controles de la salud de Texas Health Steps: <ul style="list-style-type: none"> • A los 12 meses • A los 15 meses
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar un control anual de la salud de Texas Health Steps.	2 a 20 años
	Tarjeta de regalo de \$25 por hacer un control de la salud prenatal.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 \$25 por hacer un control de la salud posparto.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe hacerse entre 7 a 84 días después del parto • Una tarjeta de regalo por miembro, por embarazo
	Tarjeta de regalo de \$25 por hacer un seguimiento de la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 6 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Servicios de valor añadidos		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones o restricciones
	Tarjeta de regalo de \$20 por hacer un seguimiento con su proveedor.	<ul style="list-style-type: none"> • 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
Beneficios de venta libre	Tarjeta de regalo de \$50 para artículos de venta libre.	<p>De 6 a 15 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe tener 6 meses de elegibilidad continua • Debe haber completado 2 controles de salud de Texas Health Steps dentro de los 6 meses • Debe descargar la aplicación móvil de DHP y registrarse <p>De 13 a 18 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe tener 6 meses de elegibilidad continua • Debe haber completado un control de salud de Texas Health Steps dentro de los 12 meses • Debe descargar la aplicación móvil de DHP y registrarse
	Hasta 20% de descuento en artículos de venta libre de la farmacia del Driscoll Children's Hospital.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe presentar su credencial de identificación de miembro de DHP • Los beneficios cubiertos por Medicaid no están incluidos

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

¿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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674**. 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 1-800-964-2777. 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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674**.

¿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 1-800-846-7307.

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

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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?

Algunas veces otras partes deben pagar por la atención médica que usted recibe. A continuación, se menciona qué debe hacer para asegurarse de que las otras partes 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 Departamento de Servicios para Personas Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) llamando al 1-800-647-7418 si la persona es

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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; o bien
- 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 1-800-252-5400.

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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674**.

Quejas

Proceso de quejas

¿Qué hago si tengo una queja?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos al número gratuito, para **Nueces: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674** 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: 1-877-324-7543
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 **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-783-2989) para obtener ayuda.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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 1-866-566-8989. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman for Managed Care
P.O. Box 13247

Austin, TX 78711-3247

Número de fax: 1-888-780-8099

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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674**.

¿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. Le enviaremos un formulario con la carta para completar y enviarnos por correo. Este formulario nos dará más detalles sobre su queja, pero no es obligatorio. Revisaremos y le notificaremos el resultado por escrito.

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

¿Cuánto demoran en procesar mi queja?

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

Apelaciones

Proceso de apelación

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

Puede haber momentos en que el director médico de DHP niegue o limite ciertos servicios. Cuando esto suceda, puede presentar 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 **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-783-2989).

Los servicios de intérprete se proporcionan sin costo para usted, llame a Servicios para Miembros al **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-783-2989) para obtener asistencia.

¿Cómo sabré si se niegan los servicios?

Le enviaremos una carta si los servicios fueron denegados. Se incluirá el formulario para apela 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:

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Driscoll Health Plan
Quality Management Department
Attn: Member Appeal Coordinator
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
Llamadas sin cargo: 1-877-324-7543
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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674**.

¿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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674** 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 forma gratuita antes de la Audiencia Imparcial Estatal. El Miembro puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud diciéndole al MCO el nombre de la persona que el Miembro quiere 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. El miembro debe solicitar la Revisión Médica Externa y la Audiencia Imparcial Estatal al mismo tiempo. 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 **1-877-324-7543**,
- número de fax: 1-844-381-5437, o
- correo electrónico: DHPSFH@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 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 o el representante legalmente autorizado del 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 403, 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, tiene el derecho. Debe completar el proceso de apelación interna de Driscoll Health Plan antes de solicitar una audiencia imparcial estatal. 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: 1-877-324-7543
Número de fax: 1-844-381-5437
Correo electrónico: DHPSFH@dchstx.org

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

apelación interna del plan de salud dice que su servicio se reducirá o finalizará. 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: 1-844-508-4672** o **Hidalgo: 1-844-508-4674**.

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.

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- 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:
Driscoll Health Plan
Attn: Chief Privacy Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

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](#)

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- **Por teléfono:**
1-866-566-8989. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con cualquier oficina de la HHSC usando sin cargo el servicio Relay Texas, llamando al 7-1-1 o al 1-800-735-2989.
- **Por Internet:**
Formulario de presentación en línea (solo funciona con Internet Explorer) en hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/office-ombudsman/hhs-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:**
1-888-780-8099 (sin cargo)
- 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.

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.

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

Correo electrónico: evvquestions@dchstx.org

Teléfono: 1-877-324-7543

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, infórmele 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 de CDS o de SRO. En el caso de estos dos programas, los ayudantes pueden usar el celular del empleador de CDS para registrar su hora de entrada y salida en el sistema de 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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.

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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.
- 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 estatal.
- 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.
- 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
Avail Solutions – proporciona la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas
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

¿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. 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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

- 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de su plan de salud.
11. Usted tiene derecho a denunciar posibles despilfarros, abusos y fraudes.
12. 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.
3. Tiene que compartir con su proveedor de cuidado primario toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Informar a su proveedor de cuidado primario sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - 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.

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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

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 1-800-368-1019. 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
Quality Management Department
Atención: Performance Excellence Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
1-877-324-7543, TTY: 1-800-735-2989
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 al 1-877-324-7543 (TTY: 1-800-735-2989).

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

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 **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-735-2989).

Disponibilidad de los servicios de asistencia en distintos idiomas

ATENCIÓN: Si usted habla español, vietnamita, chino, coreano, árabe, urdu, tagalo, francés, hindi, persa, alemán, gujaratí, ruso, japonés o laosiano, están disponibles para usted sin costo alguno. Llame al 1-877-324-7543.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-324-7543.

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-324-7543.

Chinese

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 1-877-324-7543。

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-324-7543번으로 전화해 주십시오.

Arabic

والبكم الصم هاتف رقم) 1-877-324-7543 برقم اتصل بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات في اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة:

Urdu

کریں۔ 1-877-324-7543 خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-324-7543.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-324-7543.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-324-7543 पर कॉल करें।

Persian

کمک که دارید را این حق باشید داشته Persian مورد در سوال ، میکنید کمک او به شما که کسی یا شما، گر نماینده حاصل تماس 1-877-324-7543. نماینده دریافت رایگان طور به را خود زبان به اطلاعات و

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-324-7543.

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 1-877-324-7543.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-324-7543.

Japanese

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。1-877-324-7543まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian

ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຄົນ ທ່ານ ກໍາລັງ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ, ມ່ອນ ຖາມ ກ່ຽວ ກັບ Laotian, ທ່ານ ມີ ສິດ ທີ່ ຈະ ໄດ້ ຮັບ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ລະ ດັ່ງ ມູນ ຂ່າວ ສານ ທີ່ ບໍ່ ນຳ ພາ ສາ ຂອງ ທ່ານ ບໍ່ ມີ ຄ່າ ໃຊ້ ຈ່າຍ. ການ ໂອ້ ນຶມ ກັບ ນາຍ ພາ ສາ, ໃຫ້ ໂທ ຫາ 1-877-324-7543.

Aviso de las prácticas de privacidad

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 1-877-324-7543.

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.

AS de Nueces: 1-844-508-4672

AS de Hidalgo: 1-844-508-4674

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: 1-800-368-1019, 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: 1-877-324-7543

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de la información protegida sobre su salud.
- Le informaremos inmediatamente si se produce un acceso no autorizado que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia.
- No usaremos o compartiremos información que no sea la descrita en este documento, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza a hacerlo, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Si cambia de opinión, debe informarnos por escrito.
- Para obtener más información visite: hhs.gov/hipaa/index.html

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, necesita más información sobre sus derechos de privacidad, desea obtener copias adicionales de este aviso, o requiere una traducción de este aviso en otro idioma, puede comunicarse con Driscoll Health Plan al **1-877-324-7543**.

También puede comunicarse con nuestro Chief Privacy Officer llamando al **1-877-324-7543**, o enviando una carta a:

Driscoll Health Plan
Attn: Chief Privacy Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

Intercambio de información de salud

Tenemos una programa de intercambio de información de salud que su médico puede utilizar cuando lo trate. El programa junta su información actualizada. Su médico puede ver cosas como los medicamentos que está tomando, los resultados de las pruebas de laboratorio y problemas de salud que tiene. Su médico podrá asegurarse de que no recetarle medicamentos que no deben tomarse juntos o que causen reacciones alérgicas. Esta información ayuda sus médicos a brindarle la mejor tratamiento posible. Cuando sus médicos tienen todos sus datos médicos, son mejores capaz de ayudarte. Esto le ayudará a mantenerse seguro.