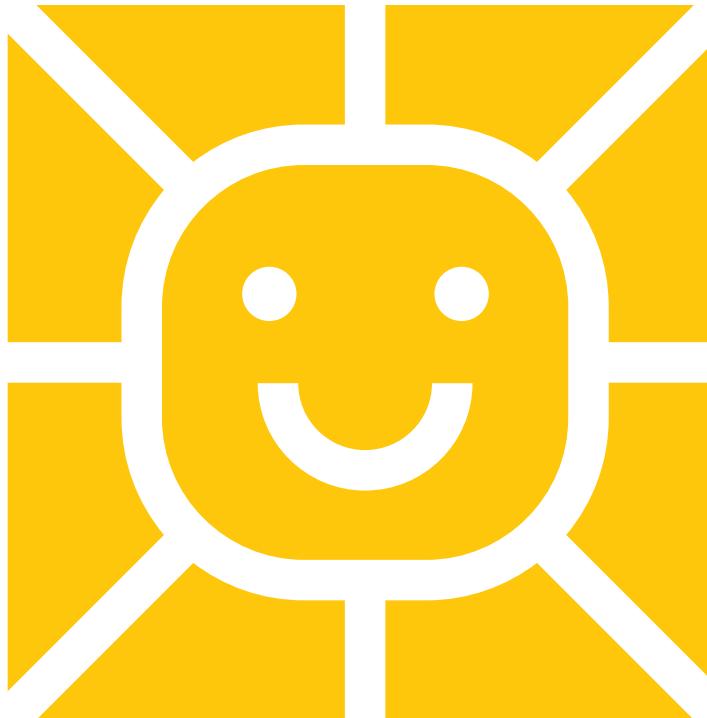




Driscoll
Health Plan

STAR MANUAL PARA MIEMBROS

NUECES | HIDALGO



SERVICIOS PARA MIEMBROS

Llame sin cargo:
877-220-6376 Nueces
855-425-3247 Hidalgo
TTY: 800-735-2989

SÍGANOS



driscollhealthplan.com

**SEPTIEMBRE
2025**

TEXAS STAR
Your Health Plan ★ Your Choice



TEXAS
Health and Human
Services

SERVICIOS DE VALOR AÑADIDO*

Ayuda adicional para miembros embarazadas:

- Tarjeta de regalo de \$100 al completar un baby shower educativo de DHP Get Ready for Baby.
- Tarjeta de regalo de \$50 por completar un chequeo posparto.
- Tarjeta de regalo de \$25 por completar un chequeo prenatal.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar una visita a domicilio.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar una clase de crianza.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar una Evaluación de Riesgos para la Salud en el Embarazo (HRA).
- Consulta de nutrición y lactancia.



Programa de regalos:



- Hasta \$100 en tarjetas de regalo para artículos de venta libre.
- Tarjeta de regalo de \$75 por completar un curso de educación vial.
- Tarjeta de regalo de \$25 por completar un examen de la vista para diabéticos.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar los chequeos de Pasos Sanos de Texas.
- Tarjeta de regalo de \$20 por completar un curso de Kids in Safety Seats.
- Kit de ciclo menstrual
- Kit educativo para aprender braille

Salud y bienestar:

- Tarjeta de regalo de \$50 por unirse a un programa de salud y bienestar.
- Tarjeta de regalo de \$25 por vacunarse contra la gripe.
- Un rastreador de actividad para el control de peso.
- Tratamientos para la eliminación de piojos.
- Línea de asesoramiento de enfermería.



Otros servicios:

- Hasta \$60 en tarjetas de regalo por completar una sesión de Triple P.
- Tarjeta de regalo de \$25 por completar un seguimiento de salud mental.
- Apoyo emocional Build-A-Bear
- Transportation services to local food pantries, grocery stores, DHP health education classes, DHP community events, DHP sponsored events, and Social Security Administration offices.

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

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





Estimado Miembro del Driscoll Health Plan:

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

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

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

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

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

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

Será un placer atenderle.

¡Bienvenido a la familia de Driscoll Health Plan!



Servicios para Miembros de Nueces SA: 877-220-6376

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 855-425-3247



Números telefónicos

Servicios para Miembros

Disponible las 24/7, horario de servicio normal 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro, Lunes-viernes, excepto días festivos aprobados por el estado. Fuera del horario normal, los fines de semana y los días festivos, 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	877-220-6376
Área de servicio de Hidalgo	855-425-3247
TTY para personas con problemas de audición	800-735-2989

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	833-532-0221
Área de servicio de Hidalgo	833-532-0231

Línea directa de salud conductual

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

Área de servicio de Nueces	833-532-0216
Área de servicio de Hidalgo	833-532-0220
TTY para personas con problemas de audición	800-735-2989

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. Hay servicios de intérprete disponibles.

Servicios de transporte médico – SafeRide Health	833-694-5881
TTY para personas con problemas de audición	800-735-2989

Servicios de administración de casos

Manejo de casos y de enfermedades	877-222-2759
-----------------------------------	--------------

Servicios oftalmológicos

Área de servicio de Nueces	866-838-7614
Área de servicio de Hidalgo	877-615-7729

Servicios dentales

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

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

Otros teléfonos importantes

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

Servicios para Miembros de Nueces SA: 1-877-220-6376

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 1-855-425-3247

Índice

BIENVENIDA	8
COSAS IMPORTANTES QUE DEBE SABER.....	8
<i>Cosas que puedes hacer para mantenerte saludable</i>	<i>8</i>
PREPARACIÓN PARA DESASTRE DE EMERGENCIAS DE LOS MIEMBROS	9
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBROS.....	9
SU TARJETA YOUR TEXAS BENEFITS (YTB) DE MEDICAID.....	10
<i>Qué hace si pierde su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits – Formulario de Verificación Temporal 1027-A</i>	<i>11</i>
PORTAL DEL CLIENTE DE MEDICAID.....	11
ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID	11
CÓMO RENOVAR MI COBERTURA DE MEDICAID	12
<i>¿Qué hago si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?.....</i>	<i>12</i>
SERVICIOS PARA MIEMBROS	12
<i>¿Cómo puede ayudarle Servicios para Miembros?</i>	<i>12</i>
PORTAL PARA MIEMBROS	13
LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERAS.....	13
DESCARGUE LA APLICACIÓN MÓVIL DE DRISCOLL HEALTH SYSTEM	13
<i>¿Cómo lo consigo?</i>	<i>13</i>
<i>¿Necesita ayuda para descargar la aplicación?.....</i>	<i>13</i>
<i>¿Qué información puedo acceder?</i>	<i>14</i>
ELEGIR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA “SU HOGAR MÉDICO”	14
<i>¿Qué es un proveedor de cuidado primario (PCP)?.....</i>	<i>14</i>
<i>¿Un especialista puede ser un proveedor de cuidado primario?.....</i>	<i>14</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>14</i>
<i>¿Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario?.....</i>	<i>14</i>
<i>¿Cómo puedo obtener una copia del Directorio de Proveedores?.....</i>	<i>14</i>
<i>¿Cómo puedo cambiar a mi proveedor de cuidado primario?.....</i>	<i>14</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>15</i>
<i>¿Existen razones por las cuales pueda rechazarse una solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario?.....</i>	<i>15</i>
<i>¿Mi proveedor de cuidado primario puede remitirme a otro proveedor de cuidado primario por incumplimiento?</i>	<i>15</i>
<i>¿Qué ocurre si decido ir a otro médico que no es mi proveedor de cuidado primario?</i>	<i>15</i>
<i>¿Qué es un proveedor fuera de la red?</i>	<i>16</i>
<i>¿Qué sucede si elijo ir a un proveedor que no forma parte de la red de Driscoll Health Plan?.....</i>	<i>16</i>
PLAN DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	16
<i>¿Qué es un Plan de Incentivos para Médicos?</i>	<i>16</i>
CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE UN MÉDICO ESPECIAL (ESPECIALISTA).....	16
<i>¿Qué es un especialista?</i>	<i>16</i>
<i>¿Qué sucede si necesito ver a un médico especialista?</i>	<i>16</i>
<i>¿Qué es referencia médica?</i>	<i>16</i>
<i>¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito a alguien que me ayude?</i>	<i>16</i>
<i>¿Qué tan pronto puedo esperar ver a un especialista?</i>	<i>16</i>
<i>¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?</i>	<i>17</i>
<i>¿Qué servicios no necesitan una derivación?</i>	<i>17</i>
ATENCIÓN QUE REQUIERE LA APROBACIÓN DE UN PLAN DE SALUD (AUTORIZACIÓN PREVIA).....	17
<i>¿Qué es una Autorización Previa?</i>	<i>17</i>
<i>¿Qué servicios requieren una autorización previa?</i>	<i>17</i>
<i>¿Cuánto tiempo demorará el trámite de una autorización de rutina?</i>	<i>17</i>
<i>¿Cómo sé si mis servicios han sido aprobados o denegado?</i>	<i>17</i>
<i>¿Qué significa médicaamente necesario, tanto en los cuidados intensivos como de salud conductual?</i>	<i>18</i>
EN LUGAR DE SERVICIOS.....	19
CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE RUTINA DE UN MÉDICO.....	19
<i>¿Qué es la atención médica de rutina?</i>	<i>19</i>
<i>¿Qué debo llevar a la cita con un médico?</i>	<i>19</i>
<i>¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de cuidado primario está cerrado?</i>	<i>19</i>
CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA Y DENTAL URGENTE DE EMERGENCIA	20
ATENCIÓN MÉDICA URGENTE	20
<i>¿Qué es la atención médica urgente?</i>	<i>20</i>
<i>¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?</i>	<i>20</i>
<i>¿Qué tan pronto me atenderán?</i>	<i>20</i>
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	20
<i>¿Qué es la atención médica de emergencia?</i>	<i>20</i>
<i>¿Cuándo puedo esperar que me vean?</i>	<i>20</i>
<i>¿Qué es la posestabilización?</i>	<i>21</i>
CUIDADO DENTAL DE EMERGENCIA	21
<i>¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por DHP?</i>	<i>21</i>
<i>¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?</i>	<i>21</i>

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

CITAS MÉDICAS FUERA DEL ÁREA	21	¿Cómo elijo un ginecólogo/obstetra?	31
¿Qué hago si necesito ver a un médico que está fuera del área?	21	Si no elijo a un ginecólogo/obstetra, ¿tengo acceso directo?	31
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?.....	22	¿Necesito una derivación?	31
¿Qué hago si estoy fuera del estado?	22	¿Qué tan pronto puedo ser atendido después de contactar a mi obstetra/ginecólogo para solicitar una cita?.....	31
¿Qué hago si estoy fuera del país?.....	22	¿Puedo seguir con mi obstetra/ginecólogo si no está con Driscoll Health Plan?	31
CUÁNDO DEBO VISITAR A MI MÉDICO, UN CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS O LA SALA DE EMERGENCIAS	23	EXÁMENES Y REVISIONES.....	31
CÓMO CUIDAR MI SALUD Y LA DE MI FAMILIA	24	MAMOGRAFÍAS	31
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (NICU)	24	PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	32
ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDOS	24	¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?	32
¿Puedo elegir un proveedor de cuidado primario para mi bebé antes de que nazca?.....	24	¿Necesito una derivación para esto?	32
¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi bebé?	24	¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?	32
¿Cómo obtengo Medicaid para mi bebé recién nacido?.....	24	ATENCIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS	32
¿Cómo y cuándo debo informar al Driscoll Health Plan y a la encargada de mi caso?.....	24	¿Qué ocurre si estoy embarazada?	32
¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?	24	¿A quién debo llamar?.....	32
SALUD PREVENTIVA O AUTOGESTIÓN	24	CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO	32
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	24	ADMINISTRACIÓN DE CASOS PARA MUJERES EMBARAZADAS.....	32
¿Qué clases de Educación para la Salud ofrece Driscoll Health Plan?.....	24	OTROS SERVICIOS DEL DRISCOLL HEALTH PLAN Y EDUCACIÓN PARA MIEMBROS EMBARAZADAS	33
Los Mensajes de Texto de Educación para la Salud	25	SERVICIOS DENTALES ADICIONALES.....	33
PROGRAMAS HEAD START	25	GET READY FOR BABY -BABY SHOWERS.....	33
PASOS SANOS DE TEXAS	25	VIRUS DEL ZIKA.....	33
¿Qué es "Pasos Sanos de Texas"?	25	¿Qué es el virus del Zika?	33
¿Qué servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?	25	¿Dónde se encuentra el virus del Zika?	33
¿Por qué son importantes los chequeos de Pasos de Sanos den Texas?	25	¿Quién está en riesgo?	33
¿Cómo y cuándo puedo obtener exámenes médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?.....	26	¿Cuáles son los síntomas?	33
¿Es necesario que mi médico sea parte de Driscoll Health Plan?.....	26	¿Cómo puedo protegerme del virus del Zika?	33
EXÁMENES DENTALES DE PASOS SANOS DE TEXAS	26	¿Cómo puedo obtener spray/loción para mosquitos?	34
¿Necesito una derivación?	26	EXTRACTOR DE LECHE	34
¿Qué ocurre si tengo que cancelar una cita?	26	¿Por qué necesita un extractor de leche?	34
¿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?	27	¿Cómo consigo un extractor de leche?	34
PROGRAMA DE EXÁMENES MÉDICOS Y DENTALES DE PASOS SANOS DE TEXAS	27	¿Dónde puedo conseguir un extractor de leche?	34
VACUNAS	27	AYUDA DESPUÉS DEL EMBARAZO	34
SALUD DE LA MUJER.....	31	EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE MEDICAID POSPARTO	34
¿QUÉ PASA SI NECESITO ATENCIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (OB/GYN)?	31	¿Quién es elegible para la cobertura posparto extendida?	34
¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?.....	31	¿Necesito volver a presentar una solicitud para obtener la cobertura posparto extendida?	35
		¿Qué otros servicios cubiertos por Medicaid puedo obtener durante el período posparto extendido?	35
		¿Existe alguna razón por la que es posible que no tenga cobertura durante el período posparto extendido?	35
VISITA POSPARTO	35		
		¿Cuándo debes tener una visita posparto?	35

Servicios para Miembros de Nueces SA: 1-877-220-6376
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 1-855-425-3247

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

EDUCACIÓN POSPARTO.....	36	¿CÓMO CONSIGO AYUDA SI TENGO PROBLEMAS DE SALUD CONDUCTUAL (MENTAL) TRASTORNO?	41
¿CÓMO PUEDO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DE QUE NAZCA MI BEBÉ (SI YA NO TENGO COBERTURA DE MEDICAID)?	36	SERVICIOS DE SALUD MENTAL	41
OTROS PROGRAMAS DE CUIDADOS PREVENTIVOS.....	36	<i>¿Cómo obtengo servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de Casos específicos de salud mental?</i>	41
<i>Programa de Atención Médica Primaria del DSHS.....</i>	36	SERVICIOS CONTRA CONSUMO DE SUSTANCIAS	41
<i>PROGRAMA HEALTHY TEXAS WOMEN.....</i>	37	<i>¿Cómo obtengo servicios de abuso de sustancias?.....</i>	41
ADMINISTRACIÓN DE CASOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES	37	<i>¿Necesito una derivación para esto?</i>	41
<i>¿Qué es la Administración de Casos?.....</i>	37	LA LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y EQUIDAD EN LAS ADICIONES	41
<i>¿Qué es el Control de Enfermedades?.....</i>	37	<i>¿Qué es la paridad de salud mental?</i>	41
MIEMBROS CON NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES (MSHCN).....	38	SERVICIOS ESPECIALES	41
¿QUÉ ES LA INTERVENCIÓN DE PRIMERA INFANCIA (ECI)?.....	38	SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN	41
<i>¿Necesito una derivación?</i>	38	<i>¿Puedo contar con un intérprete cuando hable con mi médico?</i>	41
<i>¿Dónde puedo encontrar a un proveedor de ECI?.....</i>	38	<i>¿A quién puedo llamar si necesito un intérprete?</i>	41
ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN Y AYUDA PARA EL CUIDADO DE PERMANENCIA	38	<i>¿Con cuánta anticipación debo llamar?</i>	41
<i>¿Qué es la Asistencia para la Adopción (AA)?.....</i>	38	<i>¿Cómo puedo tener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?</i>	41
<i>¿Quién puede recibir Asistencia para la Adopción?</i>	38	SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO NO DE EMERGENCIA (NEMT) –	
<i>¿Qué beneficios se ofrecen con el Programa AA?</i>	39	<i>SAFE RIDE HEALTH</i>	42
<i>¿Qué es la Ayuda para el Cuidado de Permanencia (PCA)?</i>	39	<i>¿Quién es SafeRide Health?</i>	42
<i>¿Quién puede recibir Ayuda para el Cuidado de Permanente?</i>	39	<i>¿Qué servicios ofrece SafeRide Health?</i>	42
<i>¿Qué beneficios se ofrecen a través de la PCA?</i>	39	<i>¿Cómo conseguir un viaje?</i>	42
<i>¿Dónde puedo solicitar ayuda?</i>	39	<i>¿A quién llamo para que me lleve a una cita médica?</i>	42
<i>¿Qué debo hacer si necesito actualizar mi dirección o mi teléfono?</i>	39	<i>¿Con cuánta anticipación debo llamar para solicitar transporte?</i>	42
ADMINISTRACIÓN DE CASOS	39	<i>¿Dónde está mi viaje?</i>	43
<i>ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS E HIJOS DE TRABAJADORES AGRÍCOLAS MIGRATORIOS</i>	39	<i>¿Puede alguna persona conocida llevarme a mi cita y recibir un pago por el millaje?</i>	43
<i>¿Qué debo hacer si soy un trabajador agrícola migratorio?</i>	40	BENEFICIOS Y SERVICIOS	43
<i>ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE SALUD CONDUCTUAL</i>	40	<i>¿Cuáles son mis beneficios médicos?</i>	43
<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>	44
<i>¿Cómo obtengo estos servicios?</i>	40	<i>¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?</i>	44
<i>ADMINISTRACIÓN DE CASOS PARA NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS</i>	40	SERVICIOS DENTALES	44
<i>¿Qué es la Administración de Casos para Niños y Mujeres Embarazadas?</i>	40	<i>¿Qué servicios dentales cubre Driscoll Health Plan para los niños?</i>	44
<i>¿Quién puede obtener un Administrador de Casos?</i>	40	SERVICIOS PARA LA VISTA	44
<i>¿Qué hacen los Administradores de Casos?</i>	40	<i>¿Cómo obtengo servicios para la vista?</i>	44
<i>¿Qué tipo de ayuda puede recibir?</i>	40	<i>¿Cuándo debo recibir atención ocular de rutina?</i>	44
<i>¿Cómo puede usted obtener un Administrador de Casos?</i>	40	FARMACIA Y RECETAS	44
SALUD CONDUCTUAL	41	<i>¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?</i>	44
		<i>¿Cómo obtengo mis medicamentos?</i>	44
		<i>¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?</i>	44
		<i>¿Qué ocurre si voy a una farmacia que no pertenece a la red?</i>	45

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

¿Qué debo llevar a la farmacia?	45	QUEJAS	57
¿Qué ocurre si necesito que me envíen los medicamentos?.....	45	Proceso de quejas.....	57
¿A quién debo llamar si no puedo obtener mis medicamentos?.....	45	¿Qué hago si tengo una queja?.....	57
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?.....	45	Procedimientos de quejas de Driscoll Health Plan	57
¿Qué ocurre si pierdo mis medicamentos?	45	¿A quién debo llamar?.....	57
¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?	45	¿Puede alguien de Driscoll Health Plan ayudarme a presentar una queja?	57
¿Cómo puedo obtener una lista de los medicamentos cubiertos en mis beneficios?	45	¿Cuáles son los plazos y requisitos para tramitar una queja?.....	58
¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?	45	¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?.....	58
¿QUÉ OTROS SERVICIOS PUEDE DRISCOLL HEALTH PLAN AYUDARME A OBTENER?.....	46	APELACIONES	58
BENEFICIOS ADICIONALES.....	46	Proceso de apelación.....	58
¿Qué beneficios adicionales puedo obtener como Miembro de Driscoll Health Plan?.....	46	¿Qué debo hacer si mi médico me receta un servicio cubierto, pero el plan de salud lo rechaza o lo limita?	58
¿Qué es un servicio de valor añadido?.....	46	¿Cómo sabré si se niegan los servicios?	58
¿Cómo puedo obtener estos beneficios?.....	46	¿Cómo presento una apelación?	58
SERVICIOS DE VALOR AÑADIDO.....	47	¿Alguien de Driscoll Health Plan puede ayudarme a presentar una apelación?	58
¿QUÉ SERVICIOS NO ESTÁN CUBIERTOS POR DRISCOLL HEALTH PLAN?	54	¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?	58
OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE	54	APELACIÓN EMERGENCIA.....	59
¿Qué DEBO HACER SI ME MUDO?	54	¿Qué es una apelación emergencia?	59
¿Qué DEBO HACER SI QUIERO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD?	54	¿Cómo puedo solicitar una apelación emergencia?	59
¿Driscoll Health Plan puede solicitar mi baja de su plan de salud por incumplimiento?.....	54	¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación emergencia?	59
¿QUÉ HAGO SI RECIBO UNA FACTURA?	55	¿Tengo que solicitar mi apelación emergencia por escrito?	59
¿A quién debo llamar?	55	¿Cuáles son los plazos para una apelación emergencia?	59
¿Qué información necesitarán?	55	¿Qué sucede si Driscoll Health Plan se niega a aprobar la solicitud de una apelación emergencia?	59
PÉRDIDA DE COBERTURA DE MEDICAID.....	55	REVISIÓN MÉDICA EXTERNA.....	59
¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?	55	¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?	59
¿QUÉ HAGO SI TENGO OTRO SEGURO ADEMÁS DE MEDICAID?	55	¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?	60
¿Cuándo deben pagar otras partes?	55	AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO	61
Más de un plan de salud	55	¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?	61
Lesión causada por otras personas	55	¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?	61
SATISFACCIÓN DE LOS MIEMBROS	56	VOLUNTADES ANTICIPADAS	62
Encuestas de satisfacción de los Miembros	56	¿Qué ocurre si estoy demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre mi atención médica?	62
Grupo Asesor para Miembros	56	¿Qué son las voluntades anticipadas?	62
DENUNCIAS DE ABUSO, NEGLIGENCIA Y EXPLOTACIÓN.....	56	¿Cómo obtengo un documento de voluntades anticipadas?	62
¿Qué son abuso, negligencia y explotación?.....	56	REPORTAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE	62
Denuncias de Abuso, Negligencia y Explotación	56	¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?	62
Información útil para presentar un informe.....	57		
QUEJAS, APELACIONES, APELACIÓN EMERGENCIA, REVISIÓN MÉDICA EXTERNA Y AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO ..	57		

Servicios para Miembros de Nueces SA: 1-877-220-6376
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 1-855-425-3247

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA	63
INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS MIEMBROS UNA VEZ	
AL AÑO.....	65
SOCIOS DE DRISCOLL HEALTH PLAN QUE BRINDAN ATENCIÓN	
Y SERVICIOS.....	65
¿CUÁLES SON MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO	
MIEMBRO?.....	66
DERECHOS DEL MIEMBRO.....	66
RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO	68
LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL.....	70
DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA EN DISTINTOS IDIOMAS	
.....	72
AVISO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD.....	74

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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. Contamos con una amplia red de proveedores, especialistas y hospitales, por lo que podrá acceder a médicos de calidad y personal con experiencia.

Este manual contiene información sobre cómo funciona el plan de salud. Asimismo, describe qué puede esperar y contiene respuestas a muchas preguntas. El Manual para Miembros incluye información sobre lo siguiente:

- Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario
- Cómo obtener atención de emergencia
- Cómo cuidar de usted mismo
- Administración de casos y control de enfermedades
- Servicios de salud conductual y consumo de sustancias
- Beneficios
- Servicios de interpretación y transporte
- Cobertura de medicamentos con receta
- Y muchos otros temas

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 **877-324-7543** (TTY: 800-735-2989). Los miembros o sus representantes legalmente autorizados pueden enviar su solicitud por escrito a la siguiente dirección.

Driscoll Health Plan
4525 Ayers St
Corpus Christi, TX 78415

También puede solicitar materiales para miembros visitando: driscollhealthplan.com

Cosas importantes que debe saber

Cosas que puedes hacer para mantenerte saludable

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

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

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

- 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.

Preparación para desastre de emergencias de los Miembros

El mal tiempo como los 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 desastre de emergencia pueden llegar en cualquier momento. Tiene que estar listo si:

- Tiene que irse de su casa,
- Estás sin agua, electricidad, y comida, o

- Las carreteras están cortadas.

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

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: 877-220-6376**
 - **Hidalgo: 855-425-3247**
- En nuestro sitio web:
driscollhealthplan.com
- Enviando un mensaje de texto
- A través de su Administrador de Casos

¡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 después de inscribirse en Driscoll Health Plan. Asegúrese de que todo en la tarjeta sea correcto. Si tiene preguntas, llame Servicios para Miembros al número gratuito, para **Nueces: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247**. Cada miembro de la familia que se une a Driscoll Health Plan debe tener su propia tarjeta de ID. Siempre mantenga su tarjeta de

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

identificación con usted. Lleve su tarjeta de identificación con usted cuando vaya a una cita con el médico y a la farmacia. Llame a Servicios para Miembros si pierde su tarjeta. Podemos enviarle de inmediato una nueva tarjeta de ID por correo.



Si usted es una miembro embarazada, es posible que tenga un médico de cabecera y un obstetra incluidos en su tarjeta de identificación.



Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

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

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

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

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

Su historia 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 los doctores vean su historia médica por medio de una red segura en línea, llame gratis al 800-252-8263 o opte por 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)

Servicios para Miembros de Nueces SA: 1-877-220-6376
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 1-855-425-3247

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

- Programa de Salud para la Mujer de Texas (HTWP)
- Cuidado de hospicio
- STAR Health
- Medicaid de emergencia
- Elegibilidad Condicional para Mujeres Embarazadas (PE)
- La información que la farmacia necesita para cobrar a Medicaid.
- El nombre de su doctor y de su farmacia si está en el Programa Medicaid Lock-in Limitado de Medicaid.

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

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

Qué hace si pierde su tarjeta de Medicaid de 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 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).

Portal del Cliente de Medicaid

Puede usar el Portal del Cliente de Medicaid para hacer todo lo siguiente para usted o para cualquier persona cuya historia 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 disponible

Para usar el portal, vaya a: yourtexasbenefits.com

- Haga clic en **Entrar al sistema**
- Ingrese su **Nombre de usuario y contraseña**. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una cuenta nueva**
- 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 disponible**

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 sea parte de su caso.

Elegibilidad para Medicaid

Driscoll Health Plan ofrece atención médica para las personas de bajos recursos. Atendemos a niños, mujeres embarazadas y adultos. Medicaid para

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Niños es para los niños y jóvenes de hasta 18 años cuya familia tiene poco o nada de dinero. Algunos jóvenes de hasta 20 años de edad también pueden recibir los beneficios de Medicaid. Usted puede cumplir con los requisitos con base en los límites de ingresos. Si desea más información, visite: yourtexasbenefits.com

Los adultos y las mujeres embarazadas de bajos ingresos pueden obtener Medicaid con base en los límites de ingresos. Las mujeres embarazadas pueden recibir atención durante el embarazo y hasta dos meses después del nacimiento de su bebé. Encontrará más información en: yourtexasbenefits.com

Por favor comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) al 2-1-1 en su teléfono móvil o al 877-541-7905 para informar de cualquier cambio en su información. También puede visitar yourtexasbenefits.com para informar sobre esos cambios. Cualquier cambio en la 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.

Cómo renovar mi cobertura de Medicaid

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

Busque el sobre marcado “time-sensitive” (documento de tiempo limitado), 3-4 meses antes del vencimiento de sus beneficios. Esta será su carta de renovación diciéndole qué hacer. Renueve antes de la fecha de vencimiento para no perder 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” en la tienda de aplicación de IOS para iPhone 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:** 877-220-6376
 - **Hidalgo:** 855-425-3247

Servicios para Miembros

¿Cómo 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

Servicios para Miembros de Nueces SA: 1-877-220-6376
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 1-855-425-3247

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

semana y los días festivos. También puede enviar-nos un correo electrónico a:

DHPmemberservices@dchstx.org

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

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

Portal para Miembros

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

Allí encontrará información importante como los datos de 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**
- ¿Usuario Nuevo? Haga clic en **Registrarse Ahora**
- Siga 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, los servicios cubiertos, la población de STAR 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 ayudarle a decidir qué tipo de atención necesita.

Descargue la aplicación móvil de Driscoll Health System

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

¿Cómo lo consigo?

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

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

¿Necesita ayuda para descargar la aplicación?

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

¿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

Elegir su proveedor de atención primaria "Su hogar médico"

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

Un proveedor de atención primario es su médico principal, una enfermera practicante o un asistente médico que se ocupa de sus necesidades médicas. Su PCP se asegura de que se haga chequeos regulares. También llenan recetas para sus medicinas y suministros. Su PCP también puede derivarlo a otros proveedores si es necesario. Es importante que tenga una buena relación con su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario necesita conocer su historia clínica para poder ofrecerle la mejor atención posible. Usted necesita participar en las decisiones sobre su atención médica. Juntos, usted y su proveedor de cuidado primario tomarán las decisiones correctas para mantenerlo sano.

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.

¿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 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?

Visite driscollhealthplan.com/find-a-provider/ si desea consultar el directorio de proveedores. El directorio se actualiza cada semana. También puede llamar Servicios para Miembros para obtener una copia.

¿Cómo puedo cambiar a mi proveedor de cuidado primario?

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

- Usted no está satisfecho con la atención que recibe de su proveedor de cuidado primario.
- Usted necesita que lo atienda otro médico.
- Usted se muda más lejos del proveedor de cuidado primario.
- El 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 Servicios para Miembros. El Directorio de

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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 **Nueces 855-220-6376** o **Hidalgo** al **855-425-3247** 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 se médico de atención primaria en cualquier momento. Si usted ha visto a su médico de atención primaria dentro del mes en curso, el cambio entrará en efecto el día primero del mes siguiente. Si usted no ha visto a su médico de atención primaria dentro del mes en curso, el cambio entrará en efecto el primer día del mes que se realizó el cambio. El cambio del médico de atención primaria puede ser acelerado si Driscoll Health Plan decide que es en el mejor interés del miembro y el médico de atención primaria.

¿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 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 del proveedor de cuidado primario. El proveedor de cuidado primario puede solicitarnos que le asignemos otro proveedor de cuidado primario si:

- Usted no sigue sus recomendaciones.
- Usted y el 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

ginecología. Para todo lo demás, solo debe consultar al proveedor de cuidado primario indicado en su tarjeta de ID de Driscoll Health Plan.

¿Qué es un proveedor fuera de la red?

Un proveedor fuera de la red no tiene un contrato con Driscoll Health Plan. En algunos casos, como cuando no hay otros Proveedores, Driscoll Health Plan puede contratar para pagar a un Proveedor no participante, pero no está garantizado.

¿Qué sucede si elijo ir 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.

Plan 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 Médicamente 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: 877-220-6376 o Hidalgo: 855-425-3247** para obtener más información.

¿Qué es un Plan de Incentivos para Médicos?

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

Cómo obtener atención de un médico especial (especialista)

¿Qué es un especialista?

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

¿Qué sucede si necesito ver a un médico especialista?

El proveedor de cuidado primario puede ayudarlo a decidir si usted necesita consultar a un especialista. Su médico hará una derivación para los servicios, si es necesario. Hay algunas excepciones a los requisitos de referencia. Consulte las excepciones en la página siguiente.

¿Qué es referencia médica?

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

Para ver a cualquier especialista médico de Medicaid (dentro o fuera de la red), su proveedor de atención primaria tendrá que seguir las reglas de autorización y referencia de DHP al solicitar una derivación a otro proveedor.

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

Llame Servicios para Miembros para hablar con un Administrador de Casos, quien podrá ayudarle.

¿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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Driscoll Health Plan pagará por una segunda opinión. El personal de Administración de Casos le ayudará a obtener la aprobación para una segunda opinión. Llame Servicios para Miembros al **877-220-6376** si desea hablar con un Administrador de Casos.

¿Qué servicios no necesitan una derivación?

NO se necesita una referencia para los siguientes servicios:

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

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 necesitan aprobación antes de que pueda obtener el servicio. Su médico u otros proveedores deberán llamar a Driscoll Health Plan para obtener una aprobación para estos servicios.

¿Qué servicios requieren una autorización previa?

Estos servicios que necesitan autorización previa:

- Todas las hospitalizaciones (excepto en una situación de emergencia, en las que se requiere informar al Driscoll Health Plan siguientes al ingreso)
- La admisión a un centro de rehabilitación
- Cirugía para pacientes ambulatorios
- Terapia de rehabilitación (terapia física, del habla y ocupacional)
- Servicios de salud en el hogar, incluida la terapia intravenosa en el hogar

- Derivación a un especialista que no sea un ginecoobstetra o un especialista en salud mental
- Equipo médico duradero que cuesten más de \$300
- Uso de una ambulancia para transporte médico que no sea un transporte de emergencia.
- Solicitud de servicios a un proveedor que no tiene un contrato con Driscoll Health Plan
- Otras formas de tratamiento médico (como hipnosis o masaje terapéutico)
- Algunas pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios
- Medicamentos administrados por un médico
- PHP y IOP para miembros de 21 años o más

Para una autorización, el médico puede llamar Servicios para Miembros, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Centro.

Si el servicio no recibe autorización, es posible que usted deba pagarla. Usted tiene derecho a conocer el costo de cualquier servicio antes de recibirlo.

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

Las autorizaciones de rutina se tramitarán en el transcurso de tres días hábiles. Podría tomar hasta 14 días si necesitamos más información de su médico.

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

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Miembros al número gratuito **877-324-7543** para obtener más información.

¿Qué significa médicalemente 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 eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:

(i) tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de *Alberto N., et al. v. Traylor, et al.*; y

(ii) puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.

(2) Para los Miembros mayores de 20 años, servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:

(a) son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una

discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del Miembro;

(b) se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del Miembro;

(c) cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;

(d) son acordes con el diagnóstico del padecimiento;

(e) son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;

(f) no son experimentales ni de estudio; Y

(g) no son principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor; y

(3) Para Miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:

(a) son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;

(b) cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;

(c) se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro;

(d) se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;

(e) no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del Miembro o la calidad de la atención prestada;

(f) no son experimentales ni de estudio; Y

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

(g) no son principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor.

En lugar de servicios

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

Estos servicios de remplazo incluyen los siguientes:

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

Usted o sus proveedores pueden solicitar estos servicios en lugar de servicios llamando a Servicios para Miembros al **877-324-7543**. También puede visitar el portal para miembros en: driscollhealthplan.com

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

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

Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones, consulte la página 58.

Cómo obtener atención de rutina de un médico

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención de rutina es para cosas como chequeos de niños sanos, exámenes escolares, vacunas y revisiones médicas. Su proveedor de cuidado primario le ayudará a atender todas sus necesidades de atención médica. Asegúrese de llamar a su proveedor de cuidado primario siempre que tenga alguna duda o pregunta sobre la salud. Llame al consultorio del proveedor de cuidado primario si necesita programar su atención de rutina. No debe esperar hasta que esté enfermo para ver 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 vacunación 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

de la semana. Si usted se enferma en la noche o durante el fin de semana, puede llamar al número telefónico del consultorio de su proveedor de cuidado primario para recibir ayuda. El consultorio cuenta con un servicio de contestadora o mensajería que le informará cómo comunicarse con su proveedor de cuidado primario, quien deberá devolverle la llamada en el transcurso de los siguientes 30 minutos.

También puede visitar una clínica de la red que brinde servicio después del horario normal o un centro de urgencias si desarrolla una enfermedad repentina. Deberá comunicarse al consultorio del 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 del Driscoll Children's Hospital y otras clínicas de atención urgente/horas después de horas, visite: driscollhealthplan.com/services/after-hours-care/

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 lesiones y enfermedades tal vez no sean emergencias, pero pueden agravarse si no son tratadas dentro de las 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Quemaduras o cortes menores
- Dolores de oído, dolor de garganta, esguinces musculares/tensiones
- Un ataque de asma de menor a moderado
- Una enfermedad menor 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 o yo necesitamos atención médica urgente?

Para la atención de urgencia, debe llamar al consultorio de su médico incluso por las noches y los fines de semana. Su médico le dirá qué hacer. En algunos casos, su médico puede indicarle que vaya a una clínica de atención de urgencia. Si su médico le dice que vaya a una clínica de atención de urgencia, no necesita llamar a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que tome Driscoll Health Plan Medicaid. Para obtener ayuda, llámenos gratis, para Nueces SA: 877-220-6376 o Hidalgo SA: 855-425-3247.

¿Qué tan 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 atención de urgencia, no necesita llamar a la clínica antes de ir. La clínica de cuidado urgente tiene que aceptar 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:

Servicios para Miembros de Nueces SA: 1-877-220-6376
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 1-855-425-3247

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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.

¿Qué es la posestabilización?

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

Cuidado Dental de Emergencia

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por DHP?

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

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

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

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos al número gratuito, para **Nueces SA: 877-220-6376** o **Hidalgo SA: 855-425-3247** o llame al **911**.

Citas médicas fuera del área

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

Si necesita consultar a un médico fuera del área, comuníquese con Servicios para Miembros. Citas con médicos fuera del área requieren una autorización previa.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

¿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 SA: 877-220-6376** o **Hidalgo SA: 855-425-3247** y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis, para **Nueces: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247**.

¿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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Cuándo debo visitar a mi médico, un centro de atención de urgencias o la sala de emergencias

Profesional de la salud	¿Por qué debo visitar a este profesional de la salud?	¿Qué tipo de servicios brinda?	¿Cuánto tiempo debo esperar?
Proveedor de Cuidado Primario (PCP) 	Un proveedor de cuidado primario conoce su historial médico. Su proveedor de cuidado primario es quien le realiza revisiones periódicas, le brinda atención urgente, le receta las medicinas o los suministros que necesita y lo deriva a un especialista cuando es necesario. Siempre que sea posible, llame a su proveedor de cuidado primario y si es necesario lo derivarán a un hospital o centro de cuidado urgente.	<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 	Su hijo o usted podrán ser atendidos para cuidado médico de rutina dentro de las dos semanas. Con una cita programada, el tiempo de espera puede ser menor.
Centro de urgencias 	Los centros de urgencias le brindan tratamiento cuando usted sufre una lesión o enfermedad que requiere atención inmediata, pero que no es lo suficientemente seria como para que deba acudir a la sala de emergencias. También debe visitar un centro de urgencias si su proveedor de cuidado primario no está disponible.	<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 	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 llegar sin cita, pero los periodos de espera pueden variar.
Sala de emergencias 	Las salas de emergencias brindan tratamiento inmediato para condiciones que pueden ser mortales. Si usted presenta síntomas graves o considera que su condición puede ser mortal, deberá acudir a la sala de emergencias o llamar al 911.	<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 los demás • Reacción alérgica grave o una picadura o mordedura de algún animal 	Su hijo o usted deben ser atendidos las 24 horas, 7 días por semana. Sin embargo, los tiempos de espera pueden ser mayores porque los pacientes con emergencias potencialmente mortales son tratados en primer lugar.

Cómo cuidar mi salud y la de mi familia

La unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU)

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

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

Atención de recién nacidos

¿Puedo elegir un proveedor de cuidado primario para mi bebé antes de que nazca?

Sí. Llame Servicios para Miembros y hacerles saber que 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 elegirá un médico para su bebé. Si desea elegir otro proveedor de cuidado primario, llame a Servicios para Miembros.

¿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 al Driscoll Health Plan y a la encargada de mi caso?

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

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

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

Salud Preventiva o Autogestión

Educación para la salud

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

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

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Puede obtener esta información de:

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

Los Mensajes de Texto de Educación para la Salud

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

Programas Head Start

El Programa Early Head Start proporciona:

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

El Programa Head Start:

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

Llame 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 Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas es el programa de atención médica de Medicaid para Miembros 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 de edad.
- chequeos dentales a partir de los seis meses de edad.
- Un administrador de casos que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtenerlos.

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

- puede encontrar problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- Prevenir problemas de salud que dificultan que los niños aprendan y crezcan como otros de su edad.
- ayude 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

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 servicios de salud
- Tratamiento de otros padecimientos médicos

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

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

Si no tiene cómo llevar a su hijo al examen, Medicaid puede ayudarlo. Los niños con Medicaid y sus padres pueden obtener viajes gratuitos de ida y vuelta al doctor, dentista, hospital o la farmacia. Para programar un viaje, llame a SafeRide Health al 833-694-5881.

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

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

BOLETO A LA SALUD

- Cuando esté salió después de una visita, programe la próxima visita de su hijo.
- Solicite una tarjeta de recordatorio o una llamada telefónica para que recuerde la próxima fecha de visita.
- Siempre reprograme 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 lo 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

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

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

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

Programa de Exámenes Médicos y Dentales de Pasos Sanos de Texas	
1 ^{er} año	2 años en adelante
Los bebés necesitan exámenes a los: <ul style="list-style-type: none">• Hasta los 5 días de nacidos• 2 semanas• 2 meses• 4 meses• 6 meses• 9 meses• 12 meses	Los niños pequeños necesitan exámenes a los: <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>
Los médicos revisan si los bebés están sanos y creciendo de manera normal.	El médico revisa la audición y vista de su hijo.
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.	El médico revisa la audición y vista de su hijo.
5 a 10 años	11 a 20 años
Los niños más grandes necesitan realizarse exámenes una vez al año. Programe las visitas el día de cumpleaños de su hijo como una manera fácil de recordarlas.	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.
El dentista puede cubrir los dientes de su hijo con selladores para evitar las caries.	El dentista puede cubrir los dientes de su hijo con selladores para evitar las caries.

Vacunas

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

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

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

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

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

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

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

También puede visitar la página de Internet de Driscoll Health Plan en:

driscollhealthplan.com/services/get-ready-for-baby/immunization-schedule

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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

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

¿Desea saber más?

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



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

CLAVE



TODOS los niños deberían haber recibido las vacunas e inmunizaciones a esta edad.



ALGUNOS niños deberían recibir esta dosis de la vacuna o anticuerpos preventivos a esta edad

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

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



U.S. CENTERS FOR DISEASE
CONTROL AND PREVENTION

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

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



American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

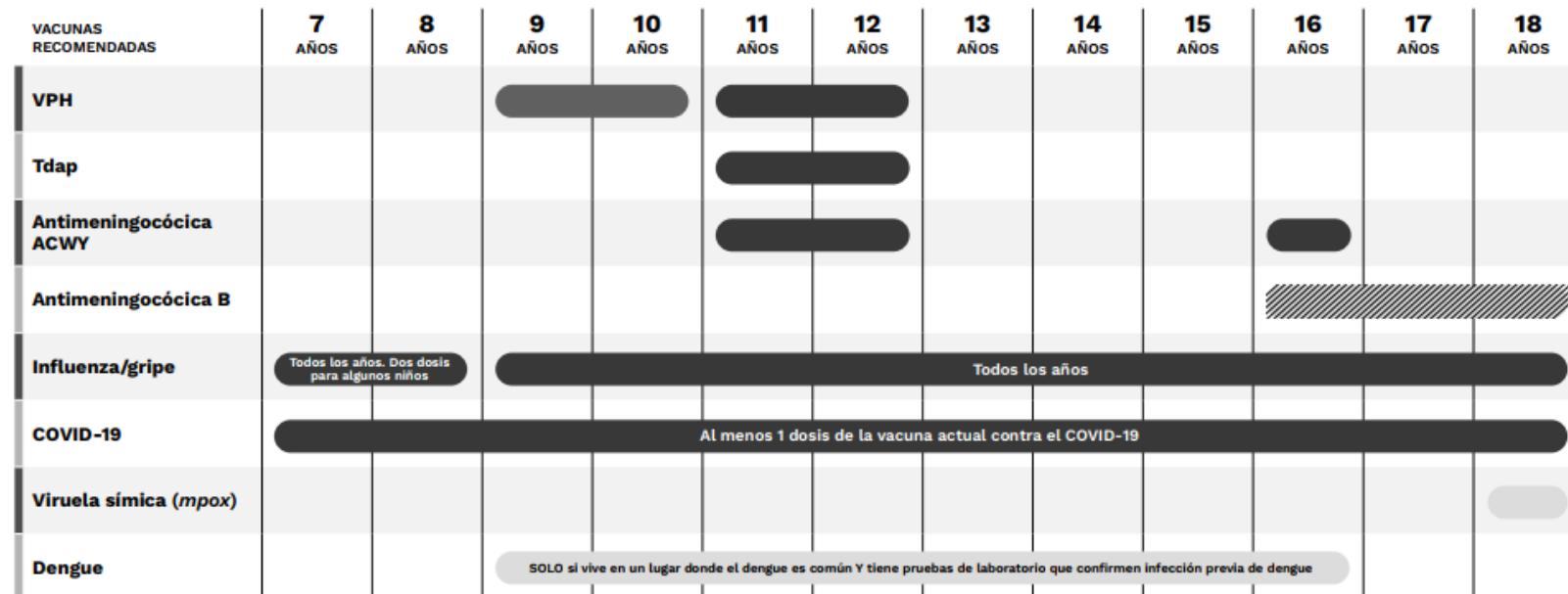
Servicios para Miembros de Nueces SA: 1-877-220-6376
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 1-855-425-3247

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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

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

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



CLAVE

TODOS los niños en este grupo de edad deberían recibir la vacuna

ALGUNOS niños en este grupo de edad deberían recibir la vacuna

TODOS los niños en este grupo de edad pueden recibir la vacuna

Los padres o cuidadores deberían hablar con el proveedor de atención médica para decidir si esta vacuna es adecuada para su hijo o hija

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

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



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



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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

¡Usted necesita vacunas a lo largo de su vida!

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

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



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

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

CLAVE

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

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



U.S. CENTERS FOR DISEASE
CONTROL AND PREVENTION

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



American College of Physicians

Salud de la Mujer

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

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

Un ginecoobstetra le puede brindar:

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

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?

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

¿Cómo elijo un ginecólogo/obstetra?

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

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

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

¿Necesito una derivación?

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

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

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

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

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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 Servicios para Miembros. Puede acudir a cualquier clínica de planificación familiar que acepte Medicaid.

¿Necesito una derivación para esto?

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

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

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

Para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar llamar Driscoll Health Plan al número gratuito, para **Nueces: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247**.

Atención para mujeres embarazadas

¿Qué ocurre si estoy embarazada?

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

¿A quién debo llamar?

Llame 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 al 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

Llame al departamento de Administración de Casos de Driscoll Health Plan al **877-222-2759** si tiene preguntas o necesita ayuda.

Otros servicios del Driscoll Health Plan y educación para miembros embarazadas

Servicios dentales adicionales

Driscoll Health Plan ofrece los siguientes servicios dentales adicionales sin costo para las mujeres embarazadas:

- Un servicio dental limitado para las mujeres embarazadas Miembros de 21 años en adelante.
- El servicio incluye un examen dental de rutina, empastes dentales, radiografías dentales, dos limpiezas dentales al año, extracciones, y un tratamiento adicional para las encías.

Get Ready for Baby -Baby Showers

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

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

El Programa Get Ready for Baby también ofrece:

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

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

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

Virus del Zika

¿Qué es el virus del Zika?

El virus de Zika se transmite principalmente a través de la picadura de un mosquito infectado. El virus de Zika puede ser transmitido por una madre embarazada a su hijo (a) y a través del contacto sexual con un compañero masculino infectado.

¿Dónde se encuentra el virus del Zika?

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

¿Quién está en riesgo?

Durante el embarazo, el virus del 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 proveedor 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

durante el embarazo. Estos aerosoles o lociones repelentes de mosquitos son seguros cuando se aplican correctamente y también son seguros para el bebé por nacer. Siempre lea las instrucciones en la etiqueta antes de usarlos. También puede ayudar usar prendas de vestir que protejan la piel. Como el virus puede transmitirse por vía sexual, se recomienda además a todas las mujeres embarazadas que habiten las áreas afectadas que hagan que sus parejas usen condones.

¿Cómo puedo obtener spray/loción para mosquitos?

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

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

Extractor de leche

¿Por qué necesita un extractor de leche?

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

¿Cómo consigo un extractor de leche?

No requiere aprobación:

- Su médico le da una receta para un extractor de leche manual o eléctrico que cueste \$300 o menos.

- Puede obtener una receta después del nacimiento de su bebé hasta 12 meses después del parto.

Se requiere aprobación si:

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

¿Dónde puedo conseguir un extractor de leche?

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

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

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

Ayuda después del embarazo

Extensión de la cobertura de Medicaid posparto

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

¿Quién es elegible para la cobertura posparto extendida?

- Las beneficiarias de Medicaid que quedan o están embarazadas, y las mujeres que se inscriben luego de quedar embarazadas.

Servicios para Miembros de Nueces SA: 1-877-220-6376
Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 1-855-425-3247

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

- Las beneficiarias de Medicaid que se inscribieron estando embarazadas, o que ya no lo están pero que aún se encuentran dentro del período de posparto de 12 meses.
- Las mujeres que cambiaron de Medicaid a Healthy Texas Women (HTW) después de finalizar su embarazo y que se encuentran dentro del período de posparto de 12 meses, serán reincorporadas a Medicaid de cobertura completa.
- Las mujeres que recibieron servicios durante su embarazo en Texas y que habrían estado cubiertas por Medicaid, pero que solicitan Medicaid una vez finalizado el embarazo.

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

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

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

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

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

Estos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Controles médicos regulares
- Medicamentos recetados y vacunas
- Atención y servicios en el hospital
- Radiografías y análisis de laboratorio
- Cuidado de la vista y la audición

- Acceso a especialistas médicos y atención de la salud mental
- Tratamiento de necesidades especiales de salud y condiciones preexistentes

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

Es posible que no esté cubierto si:

- Se retiren voluntariamente
- Se muden fuera de Texas
- Se determine que no son elegibles debido a Fraude, abuso o falsedad
- Fallezcan

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

Visita posparto

¿Cuándo debes tener una visita posparto?

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

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

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

Algunas mujeres pueden experimentar complicaciones relacionadas con el embarazo hasta

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

un año después del embarazo. Estas complicaciones pueden poner en peligro la vida si no se identifican y tratan a tiempo.

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

Educación posparto

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

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

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

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

Otros Programas de Cuidados Preventivos

Programa de Atención Médica Primaria del DSHS

El Programa de Servicios de Atención Primaria de Salud del DSHS ayuda a mujeres, niños y hombres a obtener servicios de atención primaria de salud. Los residentes de Texas pueden obtener estos servicios si no pueden obtener otros programas o beneficios que brinden los mismos servicios. Para obtener

servicios a través de este programa, los ingresos de una persona deben estar en o por debajo de los límites de ingresos del programa (200 por ciento de la guía federal de pobreza). Una persona aprobada para los servicios puede tener que pagar un copago, pero nadie es rechazado por los servicios debido a la falta de dinero.

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

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

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

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

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

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

Correo electrónico:

PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Sitio Web:

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

Programa Healthy Texas Women

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

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

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

- Depresión posparto y otras afecciones de salud mental (los servicios incluyen psicoterapia individual, familiar y grupal, y servicios de especialistas de pares).

- Afecciones cardiovasculares y coronarias (los servicios incluyen estudios de imagen, control de la presión arterial y medicamentos anticoagulantes, antiplaquetarios y antihipertensivos).
- Trastornos por consumo de sustancias, incluido el abuso de drogas, alcohol y tabaco (los servicios incluyen evaluaciones, intervenciones breves, derivaciones a tratamiento, asesoramiento ambulatorio sobre consumo de sustancias, servicios para dejar de fumar, tratamiento con asistencia farmacológica y servicios de especialistas de pares).

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

Healthy Texas Women Program

P.O. Box 149021

Austin, TX 78714-9021

Número gratuito: 866-993-9972

Número de fax: 866-993-9971

Sitio web: healthytexaswomen.org/es

Administración de Casos y Control de Enfermedades

¿Qué es la Administración de Casos?

El departamento de Administración de Casos ayuda a manejar sus necesidades de atención médica. Driscoll Health Plan le ofrece la asesoría personalizada de enfermeras, así como ayuda para obtener otros recursos.

¿Qué es el Control de Enfermedades?

El departamento de Control de Enfermedades ayuda a controlar su salud. Nuestros Administradores de Casos le ayudarán si usted padece asma, diabetes, enfermedades mentales o

Servicios para Miembros de Nueces SA: 877-220-6376

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 855-425-3247

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

de otro tipo de enfermedades. Trabajaremos con usted y su médico para mantenerlo con buena salud. También le recordaremos sobre la atención preventiva que necesita para mantenerse sano.

Para obtener más información, llame a Driscoll Health Plan Case and Disease Management al **877-222-2759**.

Miembros con necesidades médicas especiales (MSHCN)

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

A los Miembros se les ofrecen servicios de Administración de Casos. Los Administradores de Casos trabajan con familias y los profesionales de la salud para elaborar un plan de atención. Dicho plan incluye servicios preventivos, de atención primaria y otros servicios médicos que los Miembros pueden necesitar.

Para obtener más información, llame al Driscoll Health Plan Administración de Casos al **877-222-2759**.

¿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 Administración de Casos de Driscoll Health Plan se coordina con los programas de ECI locales a fin de elaborar 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 Administración de Casos al **877-222-2759** si necesita ayuda para localizar un proveedor de ECI.

Asistencia para la Adopción y Ayuda para el Cuidado de Permanencia

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

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

¿Quién puede recibir Asistencia para la Adopción?

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

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

¿Qué beneficios se ofrecen con el Programa AA?

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

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

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

¿Quién puede recibir Ayuda para el Cuidado de Permanente?

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

¿Qué beneficios se ofrecen a través de la PCA?

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

¿Dónde puedo solicitar ayuda?

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

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

¿Qué debo hacer si necesito actualizar mi dirección o mi teléfono?

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

Administración de Casos

Administración de Casos de trabajadores agrícolas e hijos de trabajadores agrícolas migratorios

Los hijos de trabajadores de campo o agrícolas tienen necesidades especiales de cuidado de la salud. Nuestros Administradores de Casos pueden ayudarle a programar cheques antes de la fecha límite. El personal le llamará para asegurarse de que los cheques, 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 a Servicios para Miembros, llamada gratuita para, **Nueces: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247**.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

¿Qué debo hacer si soy un trabajador agrícola migratorio?

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

Administración de Casos de Salud Conductual

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la Administración de Casos específicos de salud mental?

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

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

Servicios incluidos en la rehabilitación de salud mental:

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

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame al departamento de Administración de Casos al **877-222-2759** si necesita ayuda.

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.

¿Cómo puede usted obtener un Administrador de Casos?

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

- Administración de Casos de Driscoll Health Plan: **877-222-2759**
- Para saber más, visite: driscollhealthplan.com

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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 llamada gratuita, para **Nueces: 833-532-0216 o Hidalgo: 833-532-0220**. 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, por lo que no necesita un proveedor de cuidado primario para recibirlos.

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

Si 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 obtener una ambulancia.

Servicios de Salud Mental

¿Cómo obtengo servicios de rehabilitación de salud mental y Administración de Casos específicos de salud mental?

Llame Servicios para Miembros para recibir ayuda.

Servicios contra Consumo de Sustancias

¿Cómo obtengo servicios de abuso de sustancias?

Si necesita recibir servicios contra la drogadicción, llame a la Línea de Salud Mental llamada gratuita, para **Nueces: 833-532-0216 o Hidalgo: 833-535-0220**. También puede llamar Servicios para Miembros 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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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 del hospital y otros lugares donde recibe servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen viajes en ambulancia.

¿Qué servicios ofrece SafeRide Health?

- Pases o boletos para transporte como el transporte público dentro y entre ciudades o estados, en tren o autobús, incluidos en ciertas circunstancias.
- Servicios de transporte aéreo comercial.
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, que es el transporte de acera a acera en autobuses privados, camionetas o sedanes, incluidas las 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 parent, tutor u otro adulto autorizado.

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

¿Cómo conseguir un viaje?

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

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

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

driscollhealthplan.member.saferidehealth.com
[/login](#)

¿Con cuánta anticipación debo llamar para solicitar transporte?

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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

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

¿Dónde está mi viaje?

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

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

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

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

Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios médicos?

Driscoll Health Plan cubre todos los beneficios de Medicaid. La tabla a la derecha incluye algunos servicios, pero no se limita a los servicios enumerados. Llame Servicios para Miembros para obtener más información.

Atención básica

- Atención para ayudar a los Miembros a mantenerse sanos
- Atención médica necesaria para adultos y niños
- Vacunas para niños y jóvenes menores de 21 años
- Un examen anual para los Miembros adultos
- Un examen de Pasos Sanos de Texas para los Miembros menores de 21 años
- Servicios de laboratorio
- Servicios de radiología

Atención avanzada

- Atención prenatal
- Servicios en centros de maternidad
- Servicios de especialistas
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de podología
- Cirugía ambulatoria
- Atención hospitalaria
- Atención de emergencia las 24 horas en una sala de emergencias
- Servicios de ambulancia, si son necesarios
- Diálisis para problemas renales
- Trasplante de órganos y tejidos
- Servicios de atención médica en casa
- Servicios de salud conductual
- Ayuda con consumo de sustancias

Medicamentos y suministros

- Servicios y suministros para la planificación familiar
- Medicamentos recetados
- Exámenes de la vista y anteojos
- Consultas con el especialista en oídos y audífonos
- Equipo médico duradero y suministros

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

¿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 Servicios para Miembros llamada gratuita, para **Nueces: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247**.

Servicios Dentales

¿Qué servicios dentales cubre 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.
- Extracción 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 cráneofaciales.

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

Servicios para la vista

¿Cómo obtengo servicios para la vista?

Si necesita un examen de la vista o anteojos, llame a Envolve, para Nueces: 866-838-7614 o Hidalgo: 877-615-7729. No necesita una derivación de su proveedor de cuidado primario para los exámenes de la vista de rutina realizados por un oftalmólogo y optometrista de la red de proveedores de Envolve.

¿Cuándo debo recibir atención ocular de rutina?

Mayores de dos años:

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

Si tiene 21 años o más:

- Debe hacerse un examen una vez cada dos años
- Las gafas se pueden reemplazar cada dos 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 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 tal su doctor puede enviar la receta por usted.

¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?

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

Servicios para Miembros de Nueces SA: 1-877-220-6376

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 1-855-425-3247

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

¿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 al Driscoll Health Plan al número gratuito, para **Nueces: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿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 principal, dentista principal 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 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 médicalemente necesarios. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Driscoll Health Plan también paga artículos médicalemente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales. Llame al Servicios para Miembros para más información.

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

Medicaid ofrece servicios que Driscoll Health Plan no ofrece. Podemos ayudarlo a obtenerlos. Llame a Servicios para Miembros al **877-324-7543** si necesita ayuda para utilizar estos servicios y programas:

- 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
- Transporte médico de la Comisión de Salud y Servicios Humanos
- Servicios de Community First Choice (CFC)
- 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 audiológia y audífonos para niños menores de 21 años

Beneficios adicionales

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

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

¿Qué es un servicio de valor añadido?

Además 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 llamada gratuita, para **Nueces: 866-838-7614 o Hidalgo: 877-615-7729**.

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
Atención dental	Hasta \$500 en atención dental. Incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Examen dental • Empastes dentales • Radiografías • Dos limpiezas dentales • Extracciones • Tratamiento de fluoruro • Tratamiento de encías 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazadas mayores de 21 años • Adultos mayores de 21 años
Asma	Tarjeta de regalo de \$20 después de cinco meses de renovaciones continuas de medicamentos para controlar el asma.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe cumplir los criterios médicos • Las renovaciones deben ser continuas
	Patrocinio por única vez para Camp Easy Breathers.	<ul style="list-style-type: none"> • 7-14 años • Se ofrece por orden de llegada • Debe cumplir los criterios médicos • Un patrocinio por miembro de por vida
	Un juego de fundas de almohadas y de cama hipoalergénicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe cumplir los criterios médicos • Un juego por miembro, por año
Visión	\$150 para actualizar marcos, lentes o lentes de contacto cada dos años.	<ul style="list-style-type: none"> • 2-20 • Limitado a miembros que necesitan anteojos
Exámenes físicos para deportes y escuela	Examen físico deportivo o escolar.	<ul style="list-style-type: none"> • 4-19 años • Un examen físico por miembro y por año
Programa de juego y ejercicio saludable	Membresías en el Boys & Girls Club	<ul style="list-style-type: none"> • 6-18 años • Las membresías se ofrecen por orden de llegada • Las ubicaciones incluyen: Alice, Beeville, Corpus Christi, Edinburg, Harlingen, Kingsville, Robstown, Victoria y Zapata

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
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 • Eventos patrocinados por DHP • Oficina de la Administración del Seguro Social 	<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 no debe durar más de 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 educación y los eventos comunitarios de DHP • Debe estar dentro del área de servicio de DHP • Debe estar dentro del radio de 25 millas o tener autorización previa <p>Oficina de la Administración del Seguro Social y eventos patrocinados por DHP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe estar dentro de un radio de 25 millas o con aprobación previa

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
Ayuda adicional para miembros del MDCP	Cobertura del copago del MDCP de hasta \$500 para una estadía en un asilo de ancianos.	<ul style="list-style-type: none"> • El coordinador de servicios debe hacer una evaluación que determine los criterios de elegibilidad para la exención del MDCP • Debe cumplir con la evaluación de "Necesidad médica" de la HHSC para la exención del MDCP
Salud y bienestar	Tarjeta de regalo de \$50 por sumarse a un programa de salud y bienestar. Incluye: <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 musica 	<ul style="list-style-type: none"> • Una tarjeta de regalo por miembro, por año • Debe presentar un comprobante de participación
	Un botiquín de primeros auxilios por familia.	<ul style="list-style-type: none"> • 2-5 años • Debe ser un miembro nuevo
	Un monitor de actividad para la gestión del peso.	<ul style="list-style-type: none"> • 10-20 años • Debe cumplir los criterios médicos • Debe completar los módulos de actividad física
	Tratamientos 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
	Línea de asesoramiento de enfermeras disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
Ayuda para miembros con diabetes	Área de servicio de Hidalgo únicamente: Kit de vida saludable con diabetes e inscripción en el programa Unidos Contra la Diabetes.	<ul style="list-style-type: none"> • 11-17 años • Debe completar la evaluación de riesgos para la salud • Debe cumplir los criterios médicos • Uno por miembro, por año • Las ubicaciones incluyen los condados de: Starr, Hidalgo, Cameron y Willacy
	Bandas de resistencia	<ul style="list-style-type: none"> • 7-20 años • Debe cumplir con los criterios médicos • Debe estar inscrito en Gestión de Casos • Un juego por miembro, por año
Salud conductual	Hasta \$60 en tarjetas de regalo por completar una sesión Triple P.	<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 completar un grupo de edad por nivel • Limitado a dos niveles diferentes
	Tarjeta de regalo de \$25 por hacer un seguimiento de la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> • 6-20 años • El seguimiento debe hacer con un médico de salud mental • Debe hacerse dentro de los 7 días posteriores al alta de un hospital de salud mental para pacientes internados
	Apoyo emocional Build-A-Bear	<ul style="list-style-type: none"> • 3-17 años • Debe cumplir con los criterios médicos

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
Ayuda adicional para embarazadas Para obtener una lista de nuestros baby showers y clases de crianza, visite: driscollhealthplan.com/get-ready-for-baby	Tarjeta de regalo de \$100 por completar un baby shower educativo Get Ready for Baby de DHP.	Una tarjeta de regalo por miembro, por embarazo
<i>Las clases pueden estar disponibles en ubicaciones seleccionadas, en persona, o virtuales.</i>	Tarjeta de regalo de \$50 por completar 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 completar 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 \$20 por completar 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 por completar 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 • A las mamás se les hará 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 nueva miembro embarazada • Debe completar la HRA de embarazo
	Membresía de un año en el servicio de entrega de comestibles SHIPT para embarazadas de alto riesgo.	Se debe identificar que tiene un embarazo de riesgo alto
	Orientación nutricional con un nutricionista.	<ul style="list-style-type: none"> • No debe calificarse para otros programas de orientación nutricional • Debe ser una miembro embarazada
	Consulta sobre lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Debe completar hasta 60 días después del parto • Hasta dos sesiones por embarazo

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
Programas de regalo	Hasta \$75 en tarjetas de regalo por completar un programa educativo de DHP o Administración de casos.	<p><i>Las clases pueden ser presenciales o virtuales.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe registrarse para las clases • No debe estar relacionado con ningún otro VAS
	Tarjeta de regalo de \$75 por completar una clase de educación vial.	<ul style="list-style-type: none"> • 14-19 años • Debe presentar un comprobante de finalización • Debe completar un control anual de la salud de Pasos Sanos de Texas • Debe completar la evaluación de riesgos para la salud • Una tarjeta de regalo por miembro
	Tarjeta de regalo de \$25 por completar un examen oftalmológico para diabéticos.	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 18 años • El miembro debe cumplir los criterios médicos • Un examen por año
	Tarjeta de regalo de \$25 cuando se da una vacuna contra la gripe.	<ul style="list-style-type: none"> • Una tarjeta de regalo por miembro, por año • Debe presentar una prueba de vacunación
	Tarjeta de regalo de \$20 por hacerle puntualmente cuatro controles de la salud de Pasos Sanos de Texas a su bebé recién nacido.	<p>Debe hacerle cuatro de los siguientes controles de la salud de Pasos Sanos de Texas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3-5 días • 2 semanas • 4 meses • 6 meses • 9 meses
	Tarjeta de regalo de \$20 por hacerle los controles de la salud de Pasos Sanos de Texas a los 12 y 15 meses.	<p>Debe hacerle los siguientes controles de la salud de Pasos Sanos de Texas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 meses • 15 meses
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar un control anual de la salud de Pasos Sanos de Texas.	2-20 años

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una clase de Kids in Safety Seats.	Una tarjeta de regalo por familia
	Kit 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"> • 0-5 años • Debe cumplir con los criterios médicos • Una por miembro, por año
Beneficios de venta libre	<p>Hasta \$100 en tarjetas de regalo de \$50 para artículos de venta libre.</p>	<p>6-15 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe tener 6 meses de elegibilidad continua • Debe haber completado dos controles de salud de Pasos Sanos de Texas dentro de los 6 meses • Debe tener 12 meses de elegibilidad continua para la 2^a tarjeta de regalo <p>11-20 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe tener 6 meses de elegibilidad continua • Debe haber completado un control de salud de Pasos Sanos de Texas dentro de los 12 meses • Debe tener 12 meses de elegibilidad continua para la 2^a tarjeta de regalo
	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

¿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 está completa):

Cuidados y servicios electivos	Atención médica	Tratamientos
<ul style="list-style-type: none">• Perforación de orejas• Trasplante capilar• Cualquier servicio que no sea médicalemente necesario• Testimonio e informes médicos• Atención por duelo en hospital• Psicoterapia de pareja	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento contra la infertilidad• Fertilización In Vitro (IVF)• Reversión de esterilización• Cirugía estética• Servicios no autorizados• Cualquier servicio no aprobado por el PCP• Cualquier servicio recibido fuera de los Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Hipnosis• Medicinas 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 tu teléfono móvil y llame

Servicios para Miembros de Driscoll Health Plan al número gratuito, para **Nueces: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247**. 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 si quiero cambiar de plan de salud?

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

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 ID 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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

- 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: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247**.

¿Qué información necesitarán?

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

Pérdida de 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.

Servicios para Miembros de Nueces SA: 877-220-6376

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 855-425-3247

Debe llamar a la línea directa de Medicaid de Recursos para Terceros y actualizar el expediente de su caso de Medicaid si:

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

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

Si tiene otro seguro, aún puede calificar para 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 proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro privado.

¿Cuándo deben pagar otras partes?

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

Más de un plan de salud

Si tiene más de un plan de salud, el otro plan de salud debe pagar su atención médica primero. Informe al consultorio del médico y 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 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 **Eplotación** es el uso indebido de los recursos de otra persona para beneficio personal o monetario. Esto incluye llevarse cheques del Seguro Social o de ingresos de seguro suplementarios (SSI), abusar de

una cuenta de cheques conjunta y apropiarse de bienes u otros recursos.

Denuncias de Abuso, Negligencia y Explotación

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

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

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

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

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

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

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

Denuncias electrónicas (no de emergencia)

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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 del Estado

Los Defensores de Miembros de Driscoll Health Plan están disponibles para ayudarle a redactar una queja y ayudarle durante este proceso. Si necesita ayuda con una apelación, el asesor de miembros puede ayudarle a presentar una apelación y brindarle asistencia durante el proceso. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios cubiertos o servicios de prevención de llame al Driscoll Health Plan, Servicios para Miembros, al número gratuito, para **Nueces: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247**.

Quejas

Proceso de quejas

¿Qué hago si tengo una queja?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis, para **Nueces: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247** para explicarnos su 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 quejas de Driscoll Health Plan

Usted u 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.

Servicios para Miembros de Nueces SA: 877-220-6376

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 855-425-3247

Driscoll Health Plan

Quality Management Department

Attn: Performance Excellence Team

4525 Ayers Street

Corpus Christi, TX 78415

Número gratuito: 877-324-7543

Número de fax: 361-808-2725

Correo electrónico:

DHP_QM_Complaints@dchstx.org

Los servicios de intérprete se proporcionan sin costo para usted, llame Servicios para Miembros al **877-324-7543** (TTY: 800-735-2989 para obtener ayuda.)

Una vez que haya atravesado el proceso de quejas de Driscoll Health Plan, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando sin cargo al 866-566-8989. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission

Ombudsman for Managed Care

P.O. Box 13247

Austin, TX 78711-3247

Número de fax: 888-780-8099

Si tiene acceso a la 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 al Servicios para Miembros, al número gratuito, para **Nueces: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247**.

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

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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

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

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?

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

Apelaciones

Proceso de apelación

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

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

Los servicios de intérprete se proporcionan sin costo para usted, llame a Servicios para Miembros al **877-324-7543** (TTY: 800-735-2989) para obtener ayuda.

¿Cómo sabré si se niegan los servicios?

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

¿Cómo presento una apelación?

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

Driscoll Health Plan

Utilization Management Department

Attn: Member Appeals Team

4525 Ayers Street

Corpus Christi, TX 78415

Llamadas sin cargo: 877-324-7543

Número de fax: 361-808-2186

Correo electrónico:

DHP_QM_Appeals@dchstx.org

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

Sí. Para obtener ayuda con la presentación de una apelación, llámenos gratis, para **Nueces: 877-220-6376** o **Hidalgo: 855-425-3247**.

¿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 le enviemos la carta por correo o antes de que finalicen los servicios.

Servicios para Miembros de Nueces SA: 1-877-220-6376

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 1-855-425-3247

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

- 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 gratis al Servicios para Miembros, para Nueces: **877-220-6376** o Hidalgo: **855-425-3247** 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 Driscoll Health Plan se niega a aprobar la solicitud de una apelación emergencia?

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

Revisión Médica Externa

¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

posteriores a la fecha en que el plan de salud envía por correo la carta con la decisión de apelación interna. Si el Miembro no solicita la Revisión Médica Externa dentro de los 120 días, el Miembro puede perder su derecho a una Revisión Médica Externa. Para solicitar una Revisión Médica Externa, el Miembro o el representante del Miembro deben:

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

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

El Miembro puede retirar la solicitud del Miembro de una Revisión Médica Externa antes de que sea asignada a una Organización de Revisión Independiente o mientras la Organización de Revisión Independiente está revisando la solicitud de Revisión Médica Externa del Miembro. Una

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

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

Si el Miembro continúa con una Audiencia Imparcial Estatal y la decisión de la Audiencia Imparcial Estatal es diferente de la decisión de la Organización de Revisión Independiente, es la decisión de la Audiencia Imparcial Estatal la que es definitiva. La decisión de la Audiencia Imparcial Estatal solo puede mantener o aumentar los beneficios de los Miembros de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su vida o salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, usted, su parent 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

emergencia a través de HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de Driscoll Health Plan. La decisión para la revisión médica externa de emergencia se dará dentro de los dos días hábiles.

Audiencia imparcial ante el estado

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si usted, como miembro del Driscoll Health Plan, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un doctor o otro proveedor médico puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por el plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la audiencia estatal imparcial dentro de 120 días de la fecha de la carta de decisión de apelación interna del plan. Si no pide la audiencia estatal imparcial dentro de los 120 días, puede perder el derecho a una audiencia estatal imparcial. Para pedir una audiencia estatal imparcial, usted o su representante debe enviar una carta al plan de salud o llamarlos a:

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

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio, incluso un servicio y entorno alternativos, que el plan de salud haya negado o reducido, basado en servicios previamente

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

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

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

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?

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

Voluntades anticipadas

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

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

¿Qué son las voluntades anticipadas?

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

¿Cómo obtengo un documento de voluntades anticipadas?

Si necesita más información sobre los documentos de voluntades anticipadas, llame Servicios para Miembros al número gratuito, para **Nueces: 877-220-6376 o Hidalgo: 855-425-3247**.

Reportar Malgasto, Abuso o Fraude

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

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

Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.

- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de Medicaid.
- Está usando la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona.
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

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

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 800-223-8164;
- Visite oig.hhs.texas.gov/report-fraud-waste-or-abuse seleccione la casilla denominada **IG's Fraud Reporting Form** para completar el formulario en línea forma; o
- Denúncielo directamente al plan de salud:

Correo o en persona:

Driscoll Health Plan
Special Investigations Unit
Director, SIU
5001 N. McColl road
McAllen, TX 78504

Línea directa de fraude del plan de Driscoll Health Plan:

844-808-3170

Línea directa de fraude del plan de Driscoll Health Plan:

dhpsiu@dchstx.org

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

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

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
- El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.)

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

- 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

Terminología de Atención Administrada

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

Queja - Una querella que usted comunica a su seguro o plan médico.

Copago - Una cantidad fija (por ejemplo, 15 dólares) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. Esta cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (DME) - El equipo ordenado por un proveedor de atención médica para su uso diario o por un periodo extendido. La cobertura de DME puede incluir los siguientes artículos, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o artículos para la diabetes.

Problema médico de emergencia - Una enfermedad, lesión, síntoma o afección lo suficientemente grave como para que cualquier

persona razonable busque atención inmediata para evitar daños.

Transporte médico de emergencia - Servicios de una ambulancia por tierra o aire para atender una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias - Los servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencia.

Servicios de emergencia - La evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos - Los servicios de salud que su seguro o plan médico no paga o cubre.

Querella - Una queja hecha a su seguro o plan médico.

Servicios y aparatos de habilitación - Servicios de salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias en la vida diaria.

Seguro médico - Un contrato que requiere que su aseguradora médica pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

Atención médica a domicilio - Los servicios de atención médica que una persona recibe en su propio hogar.

Servicios para pacientes terminales - Los servicios que proporcionan comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

Hospitalización - La atención que se da en un hospital que requiere que el paciente sea ingresado y por lo general requiere pasar allí la noche.

Atención a pacientes ambulatorios - La atención que se da en un hospital que normalmente no requiere pasar allí la noche.

Médicamente necesario - Los servicios o artículos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

síntomas y que cumple estándares médicos aceptados.

Red - Los centros, proveedores y abastecedores a los que su seguro o plan médico ha subcontratado para que ofrezcan servicios de atención médica.

Proveedor no participante - Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro o plan médico para brindarle a usted servicios cubiertos. Puede que sea más difícil obtener autorización de su seguro o plan médicos para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En contados casos, como cuando no hay otros proveedores, su seguro médico puede subcontratar y pagar por sus servicios a un proveedor no participante.

Proveedor participante - Un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan médico para ofrecerle a usted servicios cubiertos.

Servicios de un médico - Servicios de atención médica que un médico titulado (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) ofrece o coordina.

Plan - Un beneficio, como Medicaid, que ofrece y paga servicios de atención médica.

Autorización previa - La determinación de su seguro o plan médico de que un servicio médico, plan de tratamiento, receta médica o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha pedido es médicaamente 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

Información disponible para los Miembros una vez al año

Como Miembro de Driscoll Health Plan, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes, cuando corresponda, calificaciones profesionales, especialidad, escuela de medicina a la que asistieron, finalización de la residencia y estado de certificación de la junta.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los trámites de queja, apelación, revisión médica externa, y audiencia imparcial 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.
- Información sobre los servicios y entornos alternativos, si los ofrece su MCO, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios y la política sobre remisiones.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de **911** o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia.
 - Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta.
- Las pautas de práctica de Driscoll Health Plan.
- Directorio de Proveedores.
- Resultados de las encuestas de satisfacción para Miembros.

Socios de Driscoll Health Plan que brindan atención y servicios

Hemos celebrado contratos con otras compañías que nos ayudan a brindarle servicios. A continuación, encontrará una lista de tales compañías:

Avail Solutions – ofrece la Línea de Salud Mental las 24 horas del día

Navitus Health Solutions, LLC – suministra medicamentos recetados

Envolve – ofrece servicios para el beneficio de servicios para la vista

SafeRide Health – ofrece servicios de transporte que no son de emergencia (NEMT)

SPH Analytics – realiza las encuestas de satisfacción para Miembros

Pacific Interpreters – presta servicios de interpretación

Servicios para Miembros de Nueces SA: 877-220-6376

Servicios para Miembros de Hidalgo SA: 855-425-3247

Página | 65

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como Miembro?

Derechos del Miembro

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
 - c. Sepa que la información que comparte con su plan de salud se mantendrá privada y confidencial.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de cuidado primario.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar de proveedor de cuidado primario.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de cuidado primario.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
 - a. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
 - c. Be le dará información sobre su salud, plan, servicios y proveedores.
 - d. Ser informado sobre sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Si su MCO ofrece servicios y entornos alternativos, tiene derecho a:
 - a. Obtener información sobre los servicios y entornos alternativos que puede recibir y cómo solicitarlos.
 - b. Una explicación sobre por qué cierto servicio u entorno alternativo fue reducido o denegado.
 - c. Decidir no aceptar los servicios y entornos alternativos en lugar de otros servicios cubiertos.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

6. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisión médica externa, y audiencias imparciales estatales. Esto incluye el derecho de:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una revisión médica externa y audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Solicite una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y reciba información sobre cómo funciona ese proceso.
7. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlas.
8. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
9. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
10. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
11. Usted tiene derecho a hacer recomendaciones a los derechos de los miembros de su plan de salud y Responsabilidades.
12. Usted tiene derecho a denunciar posibles despilfarros, abusos y fraudes.
13. Usted tiene derecho a ser notificado de cualquier cambio significativo realizado por la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC).

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Responsabilidades del Miembro

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b. Escoger su plan de salud y su proveedor de cuidado primario sin demora.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de cuidado primario, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre llamar primero a su proveedor de cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista.
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
 - i. Haga preguntas sobre sus beneficios.
3. Debe compartir información sobre su salud con su proveedor de atención primaria y su plan de salud. Obtenga información sobre las opciones de servicio y tratamiento. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a. Informe a su proveedor de atención primaria y a su plan de salud sobre su salud.
 - b. Hable con sus proveedores y su plan de salud acerca de sus necesidades de atención médica. Preguntarles sobre las diferentes maneras den que se pueden tratar sus problemas de atención médica.
 - c. Ayude a sus proveedores a obtener sus registros médicos.
4. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Responsabilidades adicionales del Miembro al usar el servicio de transporte SafeRide Health:

1. Al solicitar los Servicios NEMT, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las reglas y regulaciones que afectan sus servicios NEMT.
3. Debe devolver los fondos adelantados no utilizados. Debe proporcionar prueba de que asistió a su cita médica antes de recibir fondos anticipados en el futuro.
4. No debe abusar ni acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicita o recibe los servicios de NEMT.
5. No debe perder boletos de autobús o fichas y debe devolver cualquier boleto de autobús o fichas que no use. Debe usar los boletos de autobús o fichas solo para ir a su cita médica.
6. Solo debe usar los Servicios NEMT para viajar hacia y desde sus citas médicas.
7. Si ha coordinado un servicio NEMT pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse con la persona que lo ayudó a organizar su transporte lo antes posible.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) al 800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en: hhs.gov/ocr/index.html

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

La Discriminación Es Ilegal

Driscoll Health Plan (DHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables 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 el DHP no le ha brindado estos servicios o que usted ha sufrido discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

Driscoll Health Plan
DHP Compliance Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
877-324-7543, TTY: 800-735-2989
Correo electrónico: filegrievance@dchstx.org

Puede presentar una queja en persona, por correo postal, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un asesor de miembros está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de Estados Unidos de manera electrónica a través de [Office for Civil Rights Complaint Portal](#), por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TTY)
Sitio web: ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf

Los formularios de queja están disponibles: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Driscoll Health Plan:

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

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al **877-324-7543** (TTY: 800-735-2989).

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Disponibilidad de los servicios de asistencia en distintos idiomas

ATENCIÓN: Si usted habla español, vietnamita, chino, coreano, árabe, urdu, tagalo, francés, hindi, persa, alemán, guyaratí, ruso, japonés o laosiano, están disponibles para usted sin costo alguno. Llame al 877-324-7543.

Español

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

Vietnamita

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

Chino

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 877-324-7543。

Coreano

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

877-324-7543 번으로 전화해 주십시오.

Árabe

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

Urdu

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

Tagalo

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

Francés

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

Hindi

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

Persa

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

Alemán

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

Guyaratí

Driscoll Health Plan લાગુ પડતા સમવાયી નાગરિક અધિકાર કાયદા સાથે સુસંગત છે અને જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઊંમર, અશક્તતા અથવા વિગના આધારે બેદભાવ રાખવામાં આવતો નથી 877-324-7543.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

Ruso

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

Japonés

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。877-324-7543まで、お電話にてご連絡ください。

Laosiano

ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຄົນ ບໍ່ທ່ານກໍາ ຈົງຈຸ່າວິເຕີ ອ, ມ ບໍ່ຈາກາມກໍາ ຈົກກັບ Laotian, ທ່ານມ ອີເວດ ບໍ່ທລະໄດ້ຮັບການຈຸ່າວິເຕີ ອັນເວທີ່ຂໍ້ມູນ ນຂ່າວສານ ບໍ່ທະບູ ນັກສາຂອງທ່ານ ບໍ່ປຸມ ຄ່າໃຈດັ່ງລັດ. ການໂຄ້ວັມກັບນາລັກສາ, ໄທ້ໂທໜາ 877-324-7543.

Aviso de las políticas de privacidad

Fecha efectiva: 1 de julio de 2023

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor reviselo cuidadosamente.

Para obtener ayuda para traducir o entender este aviso, puede comunicarse al **877-324-7543**.

Propósito: Driscoll Health Plan (DHP) está obligado por ley a mantener la privacidad de la Información de Salud Protegida (PHI por sus siglas en inglés). Estamos obligados a proporcionar este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a los usos y divulgaciones de PHI, así como informarle sobre sus derechos individuales. Este aviso explica los propósitos para los cuales se nos permite usar y divulgar su PHI.

Cómo podemos usar y divulgar información sobre usted

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en las que podemos usar y divulgar su PHI. No se enumerarán todos los usos y divulgaciones potenciales en una categoría.

Para tratamiento. Se nos permite usar y divulgar su PHI a un médico o proveedor de atención médica que esté involucrado en su atención o que le brinde tratamiento o servicios médicos. Esto puede incluir, pero no se limita a, el uso y la divulgación de su PHI para ayudar con las decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

Para el pago. Se nos permite usar y divulgar su PHI para obtener el pago de su tratamiento o servicios de atención médica. Esto puede incluir, pero no se limita a, ciertas actividades, como procesar reclamos, determinar la elegibilidad o cobertura de beneficios, revisar los servicios que se le brindan por necesidad médica y realizar actividades de revisión de utilización.

Para operaciones de atención médica. Se nos permite usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones comerciales. Esto puede incluir, pero no se limita a, actividades de evaluación de la calidad, investigación de quejas y apelaciones, y proporcionar gestión de casos y coordinación de atención.

A socios comerciales para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Se nos permite divulgar su PHI a nuestros socios comerciales para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Los socios comerciales también están obligados a proteger su PHI.

Personas involucradas en su atención o pago por su atención. Podemos divulgar su PHI a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o representante personal designado que esté involucrado en su atención médica si la PHI divulgada es directamente relevante para la participación de la persona en su cuidado. También podemos divulgar información a alguien que ayude a pagar por su atención.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted para recordarle de una cita o para proporcionarle información sobre opciones de tratamiento o alternativas, y beneficios o servicios relacionados con la atención médica que puedan ser de su interés.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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, constraintelencia 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

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 respalte 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 Mantenida 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

Derecho a una Copia de este Aviso. Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso en cualquier momento. También puede obtener una copia electrónica de este aviso haciendo clic en [Notice of Privacy Practices \(NOPP\)](#) ubicado en el sitio web de DHP en driscollhealthplan.com.

Derecho a Revocar la Autorización. Tiene derecho a revocar una autorización previa que haya realizado para usos y divulgaciones en cualquier momento, siempre que la revocación se presente por escrito. La revocación entrará en vigor al recibirla y validarla, con la excepción y en la medida en que la entidad haya utilizado o divulgado previamente la PHI basándose en una autorización previa.

Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar o revisar este aviso en cualquier momento. El nuevo aviso contendrá la fecha de vigencia. DHP se reserva el derecho de aplicar el aviso modificado a toda la PHI previamente adquirida sobre usted. Como parte de su envío anual, recibirá una copia del aviso actual vigente.

Quejas: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja utilizando la información de contacto al final de este aviso, o comunicándose con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, Teléfono: 800-368-1019, o Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Cualquier solicitud oficial relacionada con estos derechos debe dirigirse a:

Driscoll Health System, Chief Privacy Officer

4525 Ayers Street

Corpus Christi, TX 78415

Teléfono de la oficina: 877-324-7543