CookChildren's.

Health Plan



Manual del Miembro de STAR

Información importante para usted

¡Estamos aquí para ayudarle!

Llame al 1-800-964-2247 | cookchp.org









Health Plan

Tabla de Contenidos

numeros de telefono importantes	
Su tarjeta de identificación	
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid	
Citas	
Proveedores de Cuidados Primarios	g
Planes de incentivos para doctores	11
Atención especializada	12
Salud de la mujer	13
Programa de Salud para la Mujer de Texas	15
Programa de Servicios de Atención Medica Primaria	15
Programa de Planificación Familiar	16
Recién nacidos	16
Fuera del área	17
Cambio de planes médicos	17
Servicios de interprete	18
Definición de la atención	19
Atención médica de emergencia	20
Beneficios y servicios	22
Recetas médicas	25
Pasos Sanos de Texas	26
Servicios de administracion de casos para ninos y mujeres embarazadas	28
Programas de administración de la atención	29
Intervencion temprana en la infancia	31
Servicios especiales	32
Necesidades especiales de atención médica	32
Asistencia DFPS para adopción	32
Servicios de transporte médico	36
Otra información importante	
Salud mental y abuso de sustancias	39
Servicios de atención para la Vista/Ojos	40
Dental	40
Beneficios adicionales	41
Educación para la salud	42
Costos/Dinero	42
Quejas	44
Apelaciones	45
Derechos y responsabilidades del miembro	48
Abuso, negligencia y explotación	50
Fraude y abuso	
Subrogación	
Notificación de Prácticas de Privacidad	53

Números de teléfono importantes **Cook Children's Health Plan** 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, excepto los días festivos estatales. Disponemos de representantes para asistirlo tanto en inglés como ern español. También contamos con un servicio de interpretación para ofrecerle asistencia en otros idiomas, sin cargo. Además, puede llamarnos o usar la opción TTY/TDD si tiene alguna pregunta acerca de cualquier tipo de problema de Administración de utilización. El servicio de intérprete también está disponible sin cargo para preguntas relacionadas con la Llamada sin costo: Administración de utilización. ¡Estamos listos para ayudarle! 1-800-964-2247 Ante una emergencia o crisis de salud conductual fuera del horario de atención o los fines de semana, (local) **682-885-2247** llame al 911 o acuda al departamento de emergencias más cercano. Si su llamada no es una emergencia, puede dejar un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. TTY/TDD para personas con dificultades para oír: Asistencia de farmacia 7-1-1 8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes excepto en días feriados estatales. 1-800-662-4954 Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios en relación con las farmacias, llame a Cook Children's Health Plan. Administración de la atención/Programa Baby Steps/Administración de utilización 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, excepto en días festivos estatales Contamos con administradores de casos y de utilización disponibles para ayudarle con la atención médica que necesite. Si tiene preguntas sobre las solicitudes de servicios médicos, llame a Cook Children's Health Plan. 1-866-971-2665 Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas TDD/TTY: Cook Children's Health Plan tiene una línea de asesoría de enfermeras que está disponible 24 horas al día, 7 (llamada sin costo) días a la semana si necesita hablar con una enfermera. 1-844-514-3774 Salud conductual – Servicios por abuso de sustancias Beacon Health Options está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y cuenta con personal bilingüe en inglés y español y servicios de interpretación en otros idiomas sin costo. Además, puede llamar a 1-855-481-7045 Beacon o usar la opción TTY/TDD si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de cualquier tipo de problema de Administración de utilización relacionado con la salud conductual y los servicios por abuso de sustancias. TTY/TDD: El servicio de intérprete también está disponible sin cargo para preguntas sobre la salud conductual y los 1-855-539-5876 servicios por abuso de sustancias. Si tiene una condición potencialmente mortal o una crisis de salud conductual, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 9-1-1. 1-877-236-0661 Servicios de la vista TTY/TDD: National Vision Administrators (NVA) es el encargado de proporcionar los servicios de la vista. 1-888-820-2990 Planes dentales de STAR: (Para miembros de DentaQuest: MCNA Dental: United Healthcare Dental: Medicaid menores de 21 años de edad) 1-800-516-0165 1-800-494-6262 1-877-901-7321 Beneficios dentales de valor agregado para embarazadas: (para miembros de Medicaid Liberty Dental: (STAR) mayores de 21 años de edad) 1-888-902-0349 Servicios de transporte médico-reservaciones (Access2Care) 1-844-572-8195 Si usted necesita transporte para situaciones que no sean de emergencia para llegar a sus citas médicas, TTY: 711

Where's My Ride:

1-844-572-8195

1-800-252-8263

Llamada sin costo:

1-866-566-8989

TDD/TTY:

1-866-222-4306

Access2Care puede ayudarle a coordinar los servicios. Cuentan con personal bilingüe que habla inglés y

del día, los siete días de la semana. Los miembros deben llamar al menos 2 días hábiles antes de su cita.

La Oficina del Defensor del Pueblo está diseñada para ayudar a las personas que ya tienen Medicaid pero

que necesitan ayuda para obtener los servicios de atención médica. Se les da prioridad a personas con

Línea de ayuda de atención administrada de Texas Medicaid

Recomendaciones para el lugar indicado para obtener ayuda.
Ayuda directa de su personal para ayudar a resolver problemas.

· Información sobre la cobertura del miembro.

· Orientación sobre cómo obtener servicios.

Ayuda del Defensor del Pueblo con la atención medica administrada

necesidades de salud compleja o urgente para obtener asistencia que incluye:

español y servicios de interpretación para otros idiomas sin cargo. Access2Care está disponible las 24 horas

Gracias por elegir a Cook Children's Health Plan

Cook Children's Health Plan ofrece atención médica para los tejanos cubiertos por STAR de Medicaid. Nuestra área de servicio son los condados de Denton, Hood, Johnson, Parker, Tarrant y Wise en Texas.

Tenemos una larga historia de atención a los tejanos del norte. Como parte de Cook Children's, hemos demostrado ser líderes en el cuidado de la salud. Trabajamos con una red amplia de proveedores, queremos asegurar que reciba la mejor atención cuando la necesite.

- Nuestro personal atiende a nuestros miembros y a nuestra comunidad.
- · Escuchamos y ayudamos a quienes atendemos.
- · Entendemos las necesidades de nuestros miembros.
- Trabajamos con Proveedores de Cuidados Primarios locales para satisfacer sus necesidades.

Para asegurarse de aprovechar al máximo sus beneficios de STAR, debe saber cómo funciona su plan de salud. Mantenga este Manual a mano. Contiene información sobre cómo funciona este plan médico de Medicaid y qué servicios están cubiertos. Esto le ayudará a obtener la mejor atención posible. Si necesita ayuda para entender o leer este manual, contamos con personal que habla inglés y español el cual puede ayudarle si usted: tiene dificultad para leer, tiene una discapacidad auditiva y/o habla otro idioma que no sea inglés ni español. Puede solicitar que el manual del miembro sea en audio, otros idiomas, Braille o letra más grande.

Cook Children's Health Plan tiene un departamento de Servicios para miembros que puede responder sus preguntas y ayudarle con lo siguiente:

- · Cambiar su Proveedor de Cuidados Primarios.
- Enviarle por correo una nueva tarjeta de identificación.
- · Cambiar su dirección o número de teléfono.
- · Informarle sobre los servicios que están cubiertos.
- · Escuchar sus quejas e inquietudes.
- · Programar la asistencia de un intérprete.

También puede obtener acceso a su cuenta de miembro en línea en www.cookchp.org las 24 horas del día, 7 días de la semana para:

- · verificar su elegibilidad
- actualizar su PCP, dirección o número de teléfono (para informar sobre su nueva dirección a HHSC, llame al 2-1-1 o visite yourtexasbenefits.com)
- · solicitar una nueva tarjeta de identificación
- · comunicarse con nosotros

Nuestro compromiso es con usted y su familia. Esperamos poder servirle.



Su tarjeta de identificación

¿Cuándo y dónde debo usar mi tarjeta de identificación de Cook Children's Health Plan?

Todos los miembros de nuestro plan médico reciben una tarjeta de identificación. Esta tarjeta de identificación tiene números de teléfono importantes que puede necesitar. La tarjeta de identificación proporciona información importante al doctor y al personal del consultorio.

Si recibe una tarjeta de identificación con el Proveedor de Cuidados Primarios incorrecto o si tiene información incorrecta, comuníquese con Servicios para miembros. Ellos le ayudarán a obtener una nueva tarjeta de identificación.

Cómo usar su tarjeta de identificación

Lleve siempre con usted su tarjeta de identificación de Cook Children's Health Plan y muéstresela al proveedor, clínica u hospital para recibir la atención que necesita. Ellos necesitarán los detalles que están en la tarjeta para confirmar que usted es miembro de Cook Children's Health Plan. No permita que nadie más utilice su tarjeta de identificación.

No recibirá una nueva tarjeta de identificación cada mes. Si nos llama para cambiar su Proveedor de Cuidados Primarios, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación.

Cómo leer su tarjeta de identificación de Cook Children's Health Plan o de su hijo/a

Su tarjeta de identificación indicará STAR y tendrá en ella al Cook Children's Health Plan. Su tarjeta de identificación de Cook Children's Health Plan está en inglés y español, y tiene información:

- · nombre del miembro
- · número de identificación del miembro
- · nombre y número de teléfono del Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)
- servicios para miembros
- servicios de salud conductual de Beacon Health Strategies las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- servicios para la vista de NVA
- · línea de asesoría de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana

¿Cómo reemplazar una tarjeta de identificación perdida o robada?

Si usted pierde su tarjeta de identificación o si se la roban, llame a Servicios para miembros. Ellos le enviarán su nueva tarjeta de identificación.

Esta es una muestra de la tarjeta de identificación de Cook Children's Health Plan



En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

cercana. Despues de al PCP de su hijo dentro como sea posible. Cook Children's Health Plan P.O. Box 21271 Eagan, MN 55121

Send claims to:

Línea de Consejería de enfermeras disponibles 24 horas al día: 1-866-971-2665

Servicios para Miembro: 1-800-964-2247 (8 a.m.-5 p.m.) o para dejar un mensaje (24 horas al día, 7 días a la semana)

Servicios para Proveedores: 1-888-243-3312 (8 a.m.-5 p.m.) o para dejar un mensaje (24 horas al día, 7 días a la semana)

Para visión, llame a National Vision Administrators: 1-877-236-0661

Línea gratuita para servicios de la Salud Mental llame a Beacon Health: 1-855-481-7045 (24 horas, 7 días a la semana)



Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

Cuando alguien es aceptado en el programa Medicaid, recibe la tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta habitual de Medicaid. Debe llevarla consigo debidamente protegida, tal y como lo hace con la licencia de manejar o las tarjetas de crédito. Cuando usted vaya a una cita médica, el consultorio puede usar la tarjeta para verificar que usted es beneficiario de Medicaid.

Recibirá una sola tarjeta; solo en caso de que la pierda o se la roben recibirá una nueva. Si pierde su tarjeta de Medicaid o se la roban, puede obtener una nueva llamando sin costo al 1-800-252-8263, o pedir e imprimir una tarjeta temporal por internet en **www.YourTexasBenefits.com**.

Si no está seguro de tener cobertura de Medicaid, llame sin costo al 1-800-252-8263 para informarse. También puede llamar al 2-1-1. Seleccione un idioma primero y después oprima el 2.

Su información de salud consta de una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted ha recibido a través de Medicaid. Compartimos esa información con los médicos de Medicaid para ayudarles a decidir qué tipo de atención médica necesita usted. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame sin costo al **1-800-252-8263**; o bien, visite www.YourTexasBenefits.com y elija no compartir su información de salud.

La tarjeta YTB de Medicaid tiene estos datos impresos en el frente:

- · Su nombre y número de identificación de Medicaid
- · La fecha en que se le envió la tarjeta
- El nombre del programa de Medicaid en el que está inscrito si recibe:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa Healthy Texas Women (HTW)
 - Atención para pacientes terminales
 - Programa STAR Health
 - Medicaid de Emergencia, o
 - Presunción de derecho a beneficios (PE) para mujeres embarazadas
- · Los datos que la farmacia necesita para enviar el cobro a Medicaid
- · Si está en el programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in), el nombre de su médico y farmacia

En el reverso de la tarjeta aparecen la dirección web (**www.YourTexasBenefits.com**) y el número gratuito 1-800-252-8263, recursos que puede usar si tiene preguntas sobre su nueva tarjeta YTB de Medicaid.

Si no tiene su tarjeta consigo, el médico, el dentista o la farmacia pueden verificar por teléfono o en línea que usted es beneficiario de Medicaid.

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

Puede usar el portal para beneficiarios de Medicaid para hacer todo lo siguiente (tanto para usted como para otra persona a cuya información médica o dental tenga acceso):

- · Ver, imprimir o pedir una nueva tarjeta de YTB de Medicaid
- · Ver sus planes de seguro médico y dental
- · Ver los detalles de sus beneficios
- · Ver las alertas de STAR y STAR Kids de Pasos Sanos de Texas
- Ver las alertas públicas
- Ver los diagnósticos y tratamientos
- · Ver su historial de vacunas
- · Ver los medicamentos recetados
- Elegir si da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental

Para acceder al portal, visite www.YourTexasBenefits.com.

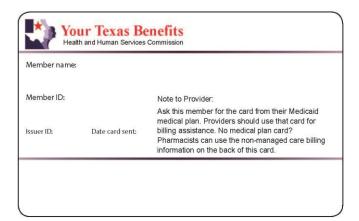
- · Haga clic en Entrar al sistema.
- Introduzca su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en Crear una cuenta.
- · Haga clic en Maneje su cuenta o sus aplicaciones.
- · Vaya a la sección "Enlaces rápidos".
- Haga clic en Servicios de Medicaid y CHIP.
- Haga clic en Ver servicios e información de salud disponibles.

Nota: El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo de los beneficiarios actuales. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

Su identificación temporal de Medicaid (Solicitud 1027A)

Usted puede solicitar una identificación temporal de Medicaid si pierde su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid de Texas. Comuníquese con su oficina local para elegibilidad de HHSC o llame al 2-1-1 para obtener información sobre cómo obtener una identificación temporal de Medicaid.

Muestra de la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits





Citas

¿Qué necesito llevar conmigo a mi cita con el doctor?

Debe llevar lo siguiente a su cita con el doctor:

- Tarjeta de identificación de miembro de Cook Children's Health Plan.
- · Su tarjeta de identificación de beneficios de Texas.
- Expedientes de inmunizaciones (vacunas)
- Lista de todos los medicamentos que está tomando.
- · Papel para tomar notas sobre la información que obtiene del doctor.

Proveedores de Cuidados Primarios

¿Qué es un Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)?

Un PCP es alguien que lo conoce bien y atiende sus necesidades médicas. Usted debe escoger un PCP de la lista de proveedores de Cook Children's Health Plan. Su PCP tratará la mayoría de sus necesidades de atención médica. Si el PCP no puede tratar una necesidad, le dará una recomendación médica para consultar un proveedor que sí pueda hacerlo.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de Cuidados Primarios (PCP)?

Llame a nuestro departamento de Servicios para miembros al 800-964-2247 si decide cambiar su proveedor de cuidados primarios (PCP). También puede cambiar su PCP en línea a través del portal para miembros de MyCookChildren's. Puede acceder a este portal en nuestro sitio web en cookchp.org.

Si desea obtener más información acerca de su PCP o de un especialista, por ejemplo, la especialidad de un médico, la escuela de medicina que atendió u otra información sobre el PCP, visite los sitios web a continuación:

American Medical Association

www.ama-assn.org

The Texas Medical Board

www.tmb.state.tx.us

También están disponibles los directorios de proveedores en nuestro sitio web en cookchp.org o puede llamar a Servicios para miembros al 800-964-2247 para solicitar una copia sin cargo.

¿Cuantas 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 llamándonos gratis al 1-800-964-2247 o escribiendo a:

Cook Children's Health Plan

Attn: Member Services

P. O. Box 2488

Fort Worth, TX 76113-2488

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)?

Un cambio de PCP entrará en vigencia el mismo día en que usted nos llame para cambiar a su PCP.

¿Hay alguna razón por la que se puede denegar una solicitud de cambio de Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)?

En algunos casos se puede denegar su solicitud de cambio de PCP si:

- El PCP que eligió no está recibiendo nuevos pacientes.
- El PCP que eligió ya no es parte de nuestro plan médico.

¿Una clínica puede ser mi Proveedor de Cuidados Primarios? (Clínica rural de salud/Centro de salud aprobado federalmente)

Sí, un Proveedor de Cuidados Primarios también puede ser una clínica tal como un Centro de salud aprobado federalmente (FQHC) o una Clínica rural de salud (RHC).

¿Un especialista se puede considerar alguna vez un Proveedor de Cuidados Primarios?

Si tiene necesidades de atención médica especial, tiene derecho a solicitar un especialista como Proveedor de Cuidados Primarios. Su especialista también puede hacer esta solicitud. Para aceptar esta solicitud:

- El especialista debe aceptar proporcionarle los servicios de cuidados primarios como:
 - Vacunas
 - Atención de niño sano
 - Coordinación de todos los servicios de atención médica
- · El Director médico de Cook Children's Health Plan también debe aprobar la solicitud

El Departamento de administración de la atención de Cook Children's Health Plan puede ayudarle a iniciar este proceso.

¿Qué sucede si decido ir donde otro doctor que no es mi Proveedor de Cuidados Primarios (PCP)?

Excepto en las emergencias, llame siempre a su PCP antes de ir con otro doctor o al hospital. Puede comunicarse con su PCP o el doctor de apoyo las 24 horas al día, siete días a la semana.

¿Cómo obtengo atención médica cuando el consultorio de mi Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) esté cerrado?

Si se enferma en la noche o en un fin de semana y no puede esperar para obtener atención médica, llame a su PCP para que le asesore. Su PCP u otro doctor está listo para atenderle por teléfono 24 horas al día, 7 días a la semana.

También puede llamar a nuestra Línea de asistencia de enfermería al 1-866-971-2665 para hablar con una enfermera que le ayudará a decidir lo que puede hacer.

¿Un Proveedor de Cuidados Primarios puede trasladar a mi hijo/a o a mí con otro Proveedor de Cuidados Primarios por incumplimiento?

Sí. Un Proveedor de Cuidados Primarios puede solicitar que usted o su hijo/a elijan a otro Proveedor de Cuidados Primarios si:

- Usted o su hijo/a con frecuencia no llega a sus citas y no llama para avisar que no llegará.
- No sigue lo que indica su Proveedor de Cuidados Primarios o el de su hijo/a.

Planes de incentivos para doctores

La MCO 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. En este momento, Cook Children's Health Plan no tiene un plan de incentivos para doctores.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

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

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

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

Para más información, llame a Cook Children's Health Plan al 1-800-964-2247.

Atención especializada

Para determinar cómo y cuándo obtener referencias y autorizaciones para servicios específicos, puede llamar a nuestro departamento de Servicios para miembros. También puede ver esta información en línea a través del portal para miembros de MyCookChildren's. Puede acceder a este portal en nuestro sitio web en **cookchp.org**.

¿Qué sucede si necesito consultar a un doctor especial (especialista)?

Su proveedor de atención primaria o especialista de atención puede solicitar que un especialista lo vea o que le haga pruebas especiales. Si cree que necesita ver a un médico especialista, le recomendamos que hable con su proveedor de atención primaria, especialista en atención o administrador de atención.

¿Qué es una recomendación médica?

Su proveedor de atención primaria o especialista de atención puede solicitarle o coordinar que vea a un nuevo especialista. Esto se llama una "referencia médica". Si tiene un especialista que ya lo atiende, no se necesita una referencia. Si su especialista tiene un contrato con Cook Children's Health Plan, entonces no se necesita aprobación para las visitas de especialistas. Se necesita una aprobación para que los especialistas fuera de la red ayuden con el pago de reclamaciones. Su administrador de atención también puede ayudarlo con el acceso a especialistas.

¿Qué tan rápido puedo esperar que me atienda un especialista?

Después de obtener la recomendación médica de su Proveedor de Cuidados Primarios, podrá consultar al especialista dentro de las siguientes 3 semanas para una cita de rutina; en las siguientes 24 horas para citas de atención de urgencia. Si necesita ayuda con esto, llame a su proveedor de proveedor de atención primaria, especialista en atención o administrador de atención.

¿Qué servicios no necesitan una recomendación médica?

Hay ciertos servicios que puede obtener sin una referencia médica de su proveedor de atención primaria o de Cook Children's Health Plan. Estos servicios incluyen:

- · Servicios de emergencia reales
- · Atención de ginecología/obstetricia
- Servicios de salud del comportamiento o tratamiento de drogas y alcohol.
- · Servicios de rutina para la vista
- · Planificación familiar
- Especialistas que están en la red que actualmente brindan atención

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Usted tiene derecho a que otro médico lo examine para obtener una segunda opinión si su médico le informa que tiene una enfermedad o necesita una operación. Si cree que desea que otro médico lo vea y obtenga una segunda opinión, puede informar a su médico de atención primaria, nosotros pagaremos esa visita.

Salud de la mujer

¿Qué pasa si necesito atención del ginecoobstetra?

Cook Children's Health Plan le permite escoger a cualquier ginecoobstetra, esté o no en la misma red que su proveedor de cuidado primario.

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envío a servicios del proveedor de cuidado primario. Un ginecoobstetra le puede brindar:

- Un chequeo 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 escoger a un ginecoobstetra?

Sí.

¿Cómo elijo a un ginecoobstetra?

Revise nuestro Directorio de proveedores de STAR para encontrar a un ginecoobstetra. Puede obtener una copia del directorio de proveedores en línea en **www.cookchildrens.org**, o bien, llame a Servicios para miembros.

¿Necesito una recomendación médica?

No, no necesita una recomendación médica.

Si no elijo a un ginecoobstetra, ¿tengo acceso directo?

Sí. Usted tiene derecho a escoger a un ginecoobstetra de nuestra red sin una recomendación médica.

¿Qué tan rápido me recibirán para una cita después de comunicarme con el ginecoobstetra?

Si está embarazada, puede recibirla dentro de las siguientes 2 semanas después de comunicarse con el doctor para solicitar una consulta prenatal. Si no está embarazada, la atenderán dentro de las siguientes 3 semanas después de solicitar la cita.

¿Puedo continuar con un ginecoobstetra que no esté en la red de Cook Children's Health Plan?

Si tiene más de 24 semanas de embarazo al inscribirse en el plan, puede continuar bajo el cuidado de su ginecoobstetra actual. Si lo desea, puede escoger a un ginecoobstetra que sea parte de nuestra red si el doctor acepta atenderla. Nosotros podemos ayudarla a cambiar doctores. Llame a nuestro programa Baby Steps al **1-800-862-2247**.

¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?

Llame a Administración de la atención tan pronto como sepa que usted o su hija está embarazada. Ellos le ayudarán a obtener la atención médica necesaria durante el embarazo.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de partos?

Para encontrar un centro de partos, llame a nuestro programa Baby Steps al 1-800-962-2247.

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Cook Children's Health Plan a las mujeres embarazadas?

Ofrecemos a las mujeres embarazadas nuestro programa "Baby Steps". Nuestros administradores de casos ayudan a las embarazadas a obtener los servicios que necesitan. Enviamos un paquete prenatal a todas las embarazadas. Incluye información sobre cómo mantenerse saludable, una lista de clases para el alumbramiento y mucho más.

Para hablar con un administrador de casos u obtener más información sobre el programa Baby Steps, llame al **1-800-862-2247**.

¿Puedo escoger a un Proveedor de Cuidados Primarios para mi bebé antes de que nazca?

Sí, nos gustaría que escogiera a un Proveedor de Cuidados Primarios antes de que nazca su bebé. Servicios para miembros puede ayudarle a escoger a un Proveedor de Cuidados Primarios para su bebé.

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

Puede ir con su PCP o cualquier otro doctor o clínica de planificación familiar que acepte Medicaid para ayudarle con la planificación familiar. No necesita una recomendación médica. Los servicios de planificación familiar son muy privados. No tiene que preocuparse de que alguien más sepa que usted acude allí.

¿Se necesita una recomendación médica para la planificación familiar?

No es necesario tener una recomendación médica para obtener servicios de 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 http://www.dshs.state.tx.us/famplan/locator.shtm, o puede llamar a Cook Children's Health Plan al 1-800-964-2247 para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

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

Después del nacimiento de su bebé, es posible que usted pierda su cobertura de Medicaid. Podría recibir algunos servicios de atención médica por medio del Programa Healthy Texas Women's y del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). Estos servicios son para las mujeres que solicitan los servicios y son aprobadas.

Programa de Salud para la Mujer de Texas

El Programa de Healthy Texas Women's brinda exámenes de planificación familiar, pruebas de detección relacionadas y control de la natalidad a las mujeres entre 18 y 44 años cuyos ingresos del hogar no exceden los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Usted tiene que presentar una solicitud para saber si puede recibir servicios por medio de este programa.

Para más información acerca de los servicios disponibles por medio del Programa Healthy Texas Women's, escriba, llame o visite el sitio web:

Healthy Texas Women's Program

P.O. Box 149021

Austin, TX 78714-9021 Teléfono: **1-866-993-9972**

Sitio web: https://www.healthytexaswomen.org/

Fax (gratis): 1-866-993-9971

Programa de Servicios de Atención Medica Primaria

El Programa de Servicios de Atención Medica Primaria atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden recibir la misma atención por medio de un seguro u otro programa. Este programa está disponible a personas que son residentes de Texas, tiene ingresos que no superan el 200 por ciento del nivel federal de pobreza y no sea beneficiario de otros programas o beneficios independientes de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) que brindan los mismos servicios.

La Atención Primaria de Salud se centra en la prevención de enfermedades y la detección e intervención tempranas de problemas de salud. Los servicios principales que se prestan son:

- · Educación sobre la salud
- · Servicios de emergencia
- · Servicios de planificación familiar
- Diagnóstico y tratamiento
- Pruebas de diagnóstico como radiografías y análisis de laboratorio
- · Servicios de salud preventivos, incluidas las vacunas

Usted podrá solicitar los servicios de la Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en http://txclinics.com/.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Atención Primaria de Salud, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

Sitio web: www.dshs.state.tx.us/phc/

Teléfono: (512) 776-7796

Correo electrónico: PPCU@dshs.state.tx.us

Programa de Planificación Familiar

El Programa de Planificación Familiar tiene clínicas en todo el estado que ofrecen a hombres y mujeres planificación familiar de calidad, a bajo costo y fácil de usar.

Para encontrar una clínica en su región, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en http://txclinics.com/.

Para más información acerca de los servicios que puede recibir por medio del programa de Planificación Familiar, vaya al sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: https://www.healthytexaswomen.org/family-planning-program

Teléfono: **(512) 776-7796** Fax: **(512) 776-7203**

Correo electrónico: famplan@hhsc.state.tx.us

Recién nacidos

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo le digo al encargado de mi caso?

Para que se emita una tarjeta "Your Texas Benefits Medicaid" (Sus beneficios Medicaid de Texas) para su bebé, deberá llamar al 2-1-1 y el encargado de su caso informará sobre el nacimiento a Servicios de salud y servicios sociales. También puede hacer esto en persona en la oficina local de SNAP/Medicaid. Si necesita ayuda con alimentos para usted y su bebé, llame a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas al **1-800-252-8263** para solicitar Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF).

¿Cómo y cuándo le aviso a mi plan médico?

Llame a Servicios para miembros tan pronto como sea posible cuando tenga a su bebé. Nosotros le daremos la información sobre los pasos necesarios para mantener cubierto a su bebé.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar al Proveedor de Cuidados Primarios de mi bebé?

Usted puede cambiar en cualquier momento al Proveedor de Cuidados Primarios de su bebé antes o después del nacimiento del bebé. Llame a Servicios para miembros. No hay límite de veces para cambiar a su Proveedor de Cuidados Primarios o al de su hijo/a.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Por lo menos durante 90 días después de su nacimiento, el bebé tendrá cobertura bajo el mismo plan de salud que usted. Usted puede pedir un cambio de plan de salud antes de los 90 días llamando al agente de inscripción al **1-800-964-2777**.

No puede cambiar de plan de salud mientras su bebé esté en el hospital.

Fuera del área

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

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al **1-800-964-2247** y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al **1-800-964-2247**.

¿Qué sucede si mi hijo/a o yo estamos fuera del estado?

Cuando no está en el estado de Texas, solo hay cobertura para atención de emergencia. Si se enferma o lesiona y no está en grave peligro, llame a su Proveedor de Cuidados Primarios para que le asesore.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de Cook Children's Health Plan al 1-800-964-2247. Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Cook Children's Health Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Cook Children's Health Plan, hasta que la HHSC cambie su dirección.

Cambio de planes médicos

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud? A quién llamo? Cuando va a entrar mi plan de salud en vigor?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de STAR, STAR Kids o STAR+PLUS de Texas al **1-800-964-2777**. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

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.

¿Cuántas veces puedo cambiar el plan médico?

Usted puede cambiar planes médicos la cantidad de veces que desee, pero no más de una vez al mes.

¿Cook Children's Health Plan puede pedir que me retiren de su plan médico?

Sí. Cook Children's Health Plan puede solicitar que se retire del plan a un miembro por una "buena razón". "Buena razón" podría ser, pero no está limitado a:

- amenazas o acciones físicas que conduzcan a perjudicar al personal o a proveedores de Cook Children's Health Plan
- por prestar su tarjeta de identificación de Cook Children's Health Plan STAR a otra persona para que pueda obtener servicios
- · dar declaraciones falsas
- · falta de honestidad en el uso de los servicios o instalaciones
- · continuar sin seguir las recomendaciones de su Proveedor de Cuidados Primarios
- ir repetidamente a la sala de emergencias cuando no tiene una emergencia
- negarse a cumplir las políticas y los procedimientos de Cook Children's Health Plan, como:
- · dejar que alguien use su tarjeta de identificación
- · no asistir a sus citas una y otra vez
- · ser descortés o comportarse mal con un proveedor o alguien del personal
- · continuar usando a un médico que no es proveedor de Cook Children's Health Plan

Cook Children's Health Plan no le pedirá que se retire del programa sin antes intentar arreglarlo con usted. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame a Servicios para miembros. La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas decidirá si se le puede decir a un miembro que se retire del programa.

Servicios de interprete

¿Puedo contar con alguien que interprete lo que digo durante las consultas con mi médico? ¿A quién debo llamar para solicitar un intérprete?

Si su proveedor no dispone de alguien para interpretar lo que usted diga, Cook Children's Health Plan le brinda servicios de interpretación sin cargo alguno. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-964-2247 (TTY/TDD para personas sordas o con problemas para oír: **7-1-1** o **1-800-662-4954**) para solicitar un intérprete y nosotros nos encargaremos de comunicarle al proveedor quién es la persona designada como su interprete.

¿Con cuánto tiempo de anticipación debo llamar?

Llámenos tan pronto como haga la cita con el doctor. Necesitamos que nos avise con dos días de anticipación como mínimo.

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

Cuando llame a pedir su cita, avísele a la persona con quien hable que necesita a un intérprete durante la consulta. Si ellos no pueden ayudar, llame a Servicios para miembros.

Definición de la atención

¿Qué es atención médica de rutina? ¿Qué tan rápido puedo esperar que me atiendan?

Si necesita un chequeo regular, entonces la visita es de rutina. Su doctor lo recibirá dentro de los siguientes 14 días.

Recuerde: es mejor consultar a su doctor antes de enfermarse para que pueda establecer una relación con él o ella. Es mucho más fácil llamar al doctor por sus problemas de salud si sabe quién es usted.

¿Qué es la atención médica urgente?

La atención urgente es otro tipo de atención. Hay algunas enfermedades y lesiones que quizás no sean emergencias pero pueden convertirse en una emergencia si no se tratan dentro de 24 horas. Algunos ejemplos son:

- · Quemaduras o cortadas pequeñas
- · Dolores de oído
- · Dolores de garganta
- · Torceduras o esguinces musculares

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?

Para la atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el doctor quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el doctor le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Medicaid de Cook Children's Health Plan. Para recibir ayuda, llámenos gratis al **1-800-964-2247**.

También puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermeras las 24 horas al **1-866-971-2665** para que le ayuden a obtener la atención que necesita.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

Podrá ver su doctor dentro de 24 horas para una cita de cuidado urgente. Si su doctor le dice que vaya a una clínica de cuidado urgente, no necesita llamar a la clínica antes de ir. La clínica de cuidado urgente tiene que aceptar Cook Children's Health Plan Medicaid.

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.

Padecimiento médico de emergencia significa:

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

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

Padecimiento de salud mental y abuso de sustancias 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 de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un padecimiento médico o de salud mental y abuso de sustancias de emergencia, entre ellos, los servicios de atención de posestabilización.

¿Qué tan rápido puedo esperar ser atendido?

El tiempo de espera para emergencias dependerá de sus necesidades médicas y esto lo determinará el centro de atención de emergencias que le esté atendiendo.

¿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.



Beneficios y servicios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica? ¿Cómo obtengo estos servicios?

Este es un resumen de los servicios que están cubiertos para los miembros de Medicaid. Usted puede obtener la mayoría de servicios llamando a su Proveedor de Cuidados Primarios. Su Proveedor de Cuidados Primarios tendrá que coordinar cualquier servicio que usted pueda necesitar.

Sus beneficios de atención médica en el programa STAR Medicaid incluyen:

- Servicios preventivos. Esto incluye un chequeo anual de adulto sano para pacientes de 21 años de edad en adelante
- · Servicios de ambulancia
- Servicios de audiología. Esto incluye aparatos auditivos para adultos (los servicios de audiología y aparatos auditivos para personas de 20 años de edad y menores no son un servicio con cargo fijo para el proveedor y son proporcionados por el Programa de servicios auditivos para niños).
- · Los Servicios de salud conductual incluyen:
 - servicios de salud mental para pacientes menores hospitalizados (menores de 21 años de edad)
 - servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
 - servicios psiquiátricos
- · Servicios de consejería para adultos (21 años de edad en adelante)
- · Servicios de tratamiento por trastornos por uso y abuso de sustancias para paciente ambulatorio incluyendo:
 - evaluación
 - servicios de desintoxicación
 - tratamiento de orientación
 - terapia asistida de medicamentos
- Servicios de tratamiento residencial de trastornos por uso de sustancias incluyendo:
 - servicios de desintoxicación
 - tratamiento por trastornos por uso de sustancias (incluyendo cuarto y alimentos)
- Servicios de partos proporcionados por un médico o una Enfermera con práctica avanzada en un centro de partos autorizado
- · Servicios del parto proporcionados por una enfermera comadrona certificada en un centro de partos
- · Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer
- · Servicios quiroprácticos
- · Diálisis
- · Equipo médico duradero y suministros
- · Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- · Servicios de atención médica en el hogar
- · Servicios de hospital, incluyendo pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios
- Laboratorio
- · Mastectomía, reconstrucción del seno y procedimientos de seguimiento relacionados, incluyendo:
 - Servicios para paciente hospitalizado; servicios para paciente ambulatorio proporcionados en un hospital de pacientes ambulatorios y en centro de atención médica ambulatoria según sea adecuado clínicamente, y servicios del médico y servicios profesionales proporcionados en un consultorio, centro para pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios para:
 - > todas las etapas de reconstrucción de los senos en las que se realizaron procedimientos de mastectomía necesarios médicamente;
 - > cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;

- > tratamiento de las complicaciones físicas por la mastectomía y tratamiento de linfedemas; y
- > mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer del seno.
- > Prótesis de seno externa para el seno(s) en que se haya realizado el procedimiento de la mastectomía médicamente necesario.
- Exámenes regular médicos y servicios del Programa de atención extensa (CCP) para personas de 20 años de edad y menores a través del Programa Pasos Sanos de Texas
- Evaluación oral y barniz de flúor en el centro de salud junto con un chequeo regular médico de Pasos Sanos de Texas para niños desde 6 meses de edad hasta 35 meses de edad.
- · Podología
- Atención prenatal
- · Servicios de atención primaria
- Servicios preventivos incluyendo un chequeo anual de adulto sano para pacientes de 21 años de edad en adelante
- Radiología, imágenes para diagnóstico y rayos X
- · Servicios de médico especializado
- · Terapias: fisioterapia, ocupacional y del habla
- Trasplante de órganos y tejidos
- Vista (incluye optometría y anteojos. Los lentes de contacto están cubiertos únicamente si son médicamente necesarios para corregir la vista, lo que no se puede lograr con anteojos).

¿Hay algún límite para cualquier servicio cubierto?

- Los servicios quiroprácticos están limitados a 12 tratamientos para cada miembro por período de beneficio de 12 meses. Los beneficios no pueden exceder de un tratamiento por día.
- · La terapia de mantenimiento no es un beneficio cubierto.
- Los implantes cocleares y aparatos auditivos anclados al hueso para personas de 20 años de edad y menores son un servicio cubierto por Medicaid. Estos aparatos auditivos no son proporcionados por el Programa de servicios auditivos para niños.
- Los exámenes regulares de Pasos Sanos de Texas no incluyen exámenes para deportes a menos que el chequeo regular de Pasos Sanos de Texas toque al mismo tiempo.
- Los servicios de atención para la vista están limitados a un chequeo cada 24 meses para los adultos de 21 años de edad en adelante.
- Los miembros de 20 años de edad y menores son elegibles para un chequeo con refracción con el fin de obtener anteojos por cada año fiscal del estado del 1 de septiembre al 31 de agosto.

¿Qué servicios no están cubiertos?

Hay algunos servicios que no están cubiertos por STAR Medicaid. Estos servicios incluyen, pero no están limitados a:

- servicios de autopsia
- suministros relacionados con cirugía cosmética excepto lo necesario para reparar rápidamente una lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo, o cuando haya sido autorizado previamente para fines específicos por TMHP (incluyendo la eliminación de cicatrices queloides)
- terapia de biorretroalimentación
- · atención de custodia
- infertilidad
- · globo intragástrico por obesidad
- · mamo plastia por ginecomastia
- · procedimientos y servicios considerados experimentales o de investigación
- tratamiento de condiciones de pie plano únicamente con fines cosméticos y la orden médica de aparatos de apoyo (incluyendo zapatos especiales), el tratamiento de subluxaciones del pie
- · operaciones de cambio de sexo
- · inyecciones de silicona
- · reversión de esterilización
- · servicios no aprobados por su Proveedor de Cuidados Primarios
- · servicios o suministros que no son necesarios médicamente

¿Qué significa médicamente necesario?

Médicamente necesario significa:

- 1. Para los miembros desde 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
 - g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

Recetas médicas

Puede encontrar información importante sobre los beneficios de farmacias, por ejemplo, retiro de medicamentos del mercado o ubicaciones de farmacias que forman parte de la red cercanas a usted en línea en nuestro sitio web en **cookchp.org**.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta médica?

Medicaid paga la mayoría de medicamentos que su doctor dice que usted necesita. Su doctor escribirá una receta médica para que pueda llevarla a la farmacia, o es posible que pueda enviar por usted la receta médica. Los adultos, al igual que los niños, pueden obtener tantas recetas médicas como sea necesario médicamente.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado por usted.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Si necesita encontrar una farmacia, puede:

- · Llamar a Servicios para miembros.
- Ingresar en el sitio web de Cook Children's Health Plan en www.cookchp.org.
- Consultar su Directorio de proveedores de STAR.

¿Qué sucede si voy a una farmacia que no es parte de la red?

Si va a una farmacia que no es parte de nuestra red, esa farmacia puede llamar al número de la Línea de ayuda para el farmacéutico que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de Cook Children's Health Plan. Ellos pueden ayudarle a obtener su receta médica.

¿Qué debo llevar conmigo a la farmacia?

Debe llevar su tarjeta de identificación de Cook Children's Health Plan cuando vaya a la farmacia para obtener un medicamento con receta médica.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?

Si desea obtener una lista de farmacias que hacen entregas, puede:

· Ilamar a Servicios para miembros

¿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 3 días.

Llame a Cook Children's Health Plan al **1-800-964-2247** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Llame a Servicios para miembros.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

Los medicamentos perdidos o robados no son un beneficio cubierto. Puede llamar a su farmacia para solicitar que lo surtan de nuevo y pagarlo.

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

Ciertos equipos médicos duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los miembros, Cook Children's Health Plan paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros artículos y equipo si son médicamente necesarios. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Cook Children's Health Plan también paga artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales.

Llame a 1-800-964-2247 para más información sobre estos beneficios.

Pasos Sanos de Texas

¿Qué es Pasos Sanos de Texas?

Existe un programa especial de atención de la salud para menores. Se llama Texas Health Steps. Este programa es para menores y adolescentes de 0 a 20 años de edad que reciben Medicaid y está diseñado para mantener sanos a los menores. Si usted hace los controles de su hijo, el médico puede detectar y atender los problemas antes de que estos se agraven.

¿Cuáles servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

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

Pasos Sanos de Texas le brinda al niño:

- Exámenes médicos periódicos gratis, a partir del nacimiento.
- · Exámenes dentales gratis a partir de los 6 meses.
- Un administrador de casos que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtener estos servicios.

Los exámenes de Pasos Sanos de Texas:

- Encuentran problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- Evitan problemas de salud que dificultan que su hijo aprenda y crezca como otros niños de su edad.
- · Ayudan a su hijo a tener una sonrisa sana.

Cuándo programar un examen:

- 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.

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 tipos de atención médica.
- Tratamiento de otros padecimientos médicos.

Llame a Cook Children's Health Plan o gratis a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) si usted:

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

Si no tiene cómo llevar a su hijo al examen, Medicaid tal vez pueda ayudar. Los niños con Medicaid y sus padres reciben transporte gratis de ida y vuelta al doctor, dentista, hospital o a la farmacia. Llame al Cook Children's Health Plan para obtener más información.

¿Cómo y dónde realizo los controles médicos y dentales de Texas Health Steps para mi hijo?

Todos los padres desean que sus hijos sean felices y estén saludables. Mantenerlos al día con todos los controles es una de las maneras de promover su bienestar. Sus hijos deben visitar al médico para sus controles de Texas Health Steps en estas ocasiones:

INFANCIA:

- · Al momento del nacimiento mientras todavía está en el hospital
- Entre los 3 y 5 días de vida
- · A las 2 semanas
- A los 2, 4, 6 y 9 meses

INFANCIA TEMPRANA:

- A los 12, 15 y 18 meses
- A los 2, 3 y 4 años

INFANCIA TARDÍA:

A los 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 años

ADOLESCENCIA:

A los 14, 15, 16, 17, 18 y 20 años

¿Mi doctor de Pasos Sanos de Texas tiene que ser parte de la red de Cook Children's Health Plan?

No. Su hijo/a puede ir con cualquier proveedor de Pasos Sanos de Medicaid de Texas para recibir los servicios de Pasos Sanos de Texas.

¿Tengo que tener una recomendación médica?

No.

¿Puedo obtener ayuda para hacer la cita de Pasos Sanos de Texas?

Sí, Nuestro equipo de Outreach puede ayudarle para hacer una cita. Llame al 1-800-974-2247 y pida que le comuniquen con Outreach.

¿Qué sucede si necesito cancelar una cita de Pasos Sanos de Texas?

Llame al consultorio de su PCP o dentista si necesita cancelar una cita de Pasos Sanos de Texas. Vuelva a programar el chequeo regular tan pronto como pueda para que su hijo/a pueda mantenerse sano.

¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad y a mi hijo/a le toca un chequeo regular de Pasos Sanos de Texas?

Si está fuera de la ciudad y a su hijo/a le toca un chequeo regular de Pasos Sanos de Texas, llame al equipo de Outreach en Cook Children's Health Plan. Nosotros le ayudaremos a programar una visita con su doctor tan pronto regrese a casa.

¿Y si soy trabajador de campo migrante?

Si piensa salir de la región, puede recibir su chequeo más pronto.

Servicios de administracion de casos para ninos y mujeres embarazadas

¿Necesita ayuda para encontrar y recibir servicios?

Quizás un administrador de casos pueda ayudarle.

¿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 gratis al programa Pasos Sanos de Texas al **1-877-847-8377**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Para saber más, vaya a: https://hhs.texas.gov/es/servicios/salud/medicaid-chip/pasos-sanos-de-texas

Programas de administración de la atención

Estamos aquí para ayudarle. Como miembro del plan de salud Cook Children's Health Plan, es posible que sea elegible para uno de nuestros programas de Administración de la atención sin costo para usted.

Programa de salud y bienestar

Este programa promueve exámenes de salud recomendados y programas de bienestar para tener una mejor salud. Ofrecemos herramientas de autogestión que le brindan la información que necesita para su salud y bienestar, incluidas las siguientes:

- · Mantenimiento de un peso saludable
- · Dejar de fumar.
- · Motivación para realizar actividad física
- · Alimentación saludable
- · Control del estrés
- · Evitar el consumo riesgoso de alcohol
- · Identificación de los síntomas de depresión
- · Educación sobre diabetes

Programas de manejo de enfermedades

Si tiene asma o diabetes, nuestro programa puede ayudarle. Le enviaremos por correo información que puede ayudarle a entender y controlar su afección. También podría recibir un llamado de uno de nuestros Enfermeros Administradores de Casos del Programa de Manejo de Enfermedades. Ellos:

- Le ayudarán a fijar metas de salud y a crear un plan para ayudarle a alcanzarlas.
- · Lo apoyarán a través de llamadas telefónicas personalizadas.
- · Le proporcionarán información acerca de los recursos de apoyo locales.
- · Le responderán cualquier pregunta que pueda tener acerca de su afección y su plan de tratamiento.
- · Coordinarán su atención con sus proveedores de atención de la salud.

Programa Baby Steps

El embarazo es un periodo maravilloso para una mujer. También puede ser un momento lleno de preguntas. El equipo de enfermeros y asistentes de salud comunitaria de Baby Steps está aquí para responder sus preguntas. Le enviarán materiales educativos sobre embarazo, posparto y recién nacidos. Si tiene un embarazo de "alto riesgo", tendrá una Enfermera Administradora de Casos personal. Ella responderá sus preguntas y le ayudará a buscar los servicios que pueda necesitar. Un embarazo de "alto riesgo" significa que usted tiene algo que eleva las probabilidades de su bebé de tener problemas de salud o un parto anticipado (prematuro).

Administración de casos/Administración de casos complejos y Administración de servicios/Programas de coordinación de servicios

Nuestros miembros con necesidades de atención médica especializada (MSHCN) son elegibles para estos programas. Un paciente con MSHCN es alguien que:

- Tiene una enfermedad grave en curso, una afección crónica o compleja, o una discapacidad que probablemente durará mucho tiempo, y
- que requiere tratamiento y evaluación en forma continua y regular para la afección por parte de personal médico apropiado

Usted tendrá su propio Administrador de caso o Administrador/coordinador de servicios. Le ayudarán a obtener los servicios que necesita al:

- · Realizar una evaluación para identificar sus necesidades
- · Crear un plan de servicios o un plan de cuidados para satisfacer sus necesidades
- · Discutir el plan con usted para asegurarse de que usted entienda y esté de acuerdo con el plan
- · Trabajar con usted y sus médicos para ayudarle a obtener los servicios que necesita

Cook Children's Health Plan tiene varias maneras para que los miembros sean considerados para obtener servicios de administración de casos complejos, incluidas, pero sin limitarse a las siguientes:

- 1. Referencia al programa de tratamiento médico
- 2. Referencia al planificador de alta
- 3. Referencia para el miembro o el cuidador
- 4. Referencia para el médico

Proceso de Referencia:

Cada referencia es examinada para inscribir a los miembros en Administración de Casos Complejos en función de la información disponible y la evaluación telefónica del miembro. La participación en este programa es voluntaria y gratuita para todos los miembros elegibles de Cook Children's Health Plan. Si desea obtener más información acerca de la elegibilidad para este programa, llame al 1-800-964-2247 (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora local).

Cómo unirse a uno de nuestros programas de administración de casos

Usted no necesita obtener una referencia de su médico para unirse a uno de nuestros programas. Si cumple los requisitos para cualquiera de estos programas, puede llamarnos al 1-800-964-2247 (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora local). Los miembros que son elegibles para cualquiera de estos programas que requieren contacto entre ellos y el personal de Cook Children's Health Plan recibirán la siguiente información:

- Cómo se volvieron elegibles para participar en el programa
- · Cómo usar los servicios del programa
- · Cómo inscribirse en el programa o excluirse de este

Las comunicaciones y el control permanente para nuestros miembros del programa de administración de la salud se llevarán a cabo por teléfono. Todas las llamadas son en vivo entre los Administradores de casos y el miembro. Si no desea participar en estos programas, puede excluirse en cualquier momento llamando al mismo número. Esto significa que lo borraremos del programa, pero esto no afectará sus beneficios.

Intervencion temprana en la infancia

Que es Intervención Temprana en la Infancia (ECI)?

Si tiene un hijo (desde su nacimiento hasta los 36 meses) con retraso del desarrollo o discapacidad, los servicios de Intervención Temprana en la Infancia (ECI) pueden ayudarlo a usted y a su hijo. Los servicios se brindan en el hogar y otros lugares a los que su hijo va regularmente, por ejemplo, un centro de cuidado infantil, un parque, una biblioteca u otro entorno comunitario.

Característica de los servicios de ECI:

- · Proceso de planificación individualizado.
- · Servicios centrados en la familia.
- Gestión de casos.
- · Configuraciones familiares.
- · Proveedores profesionales.
- · Planes de servicios continuos.

Los siguientes servicios se proporcionan sin costo para la familia, independientemente de los ingresos:

- · Resultado de la evaluación.
- · Servicios de traducción e interpretación.
- Los programas de ECI brindan servicios en todos los condados de Texas.

¿Necesito una referencia para esto?

Una referencia a ECI ocurre cuando un padre u otra persona, como el médico de un niño, se comunican con ECI para recomendar que se evalúe a un niño. La evaluación determina si un niño es elegible para los servicios de ECI.

A los pocos días de recibir una referencia, alguien del programa local de ECI más cercano a su hogar se comunicará con usted para programar la visita. La visita debe realizarse dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que ECI recibió la referencia. Este es un momento para que ECI aprenda sobre su hijo y su familia, así como para brindarle información sobre ECI.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

ECI está aquí para ayudar y puede convertirse en un recurso importante para todas las familias. Para obtener más información sobre ECI, llame a la línea de consultas de Servicios Humanos y de Salud (HHS) al **1-800-628-5115.** También puedes ir a su página web **https://hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services**.

¿Qué es la gestión de servicios para miembros con necesidades especiales de atención médica?

La administración de servicios para los miembros con necesidades especiales de atención médica es un servicio que el Cook Children's Health Plan le brinda. Usted y su administrador de servicios del Cook Children's Health Plan trabajarán juntos para encontrar cuáles son sus necesidades de salud.

Con su ayuda, también creará un plan de atención, organizará todos sus servicios y hará un seguimiento de su progreso hacia sus objetivos de atención médica. Cuando se inscriba en el Cook Children's Health Plan, se le asignará un equipo de administración de servicios que lo ayudará con todas sus necesidades.

¿Qué hará un administrador de servicios por mí?

- · Obtenga respuestas a cualquier pregunta o inquietud que tenga
- Identifique qué tipos de servicios puede necesitar su hijo
- · Desarrolle un plan de atención con el médico de su hijo
- · Obtenga referencias, haga citas y asegúrese de tener acceso a la atención que su hijo necesita
- · Ayudarle a solicitar una Pre-Apelación

¿Cómo puedo hablar con un administrador de servicio?

Puede hablar con un administrador de servicios llamando a Cook Children's Health Plan: 1-800-964-2247.

Servicios especiales Necesidades especiales de atención médica

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

Puede llamar a Administración de la atención para obtener ayuda con las necesidades especiales de atención médica. Podemos informarle sobre los servicios que están en su área o los recursos comunitarios en su área.

Asistencia DFPS para adopción

¿Está pensando en adoptar pero no está seguro si podrá cubrir todos los gastos relacionados con ello? El Departamento Familiar y de Servicios de Protección de Texas (Department of Family and Protective Services - DFPS) tiene un programa de asistencia para la adopción para ayudar a costear algunos de los gastos asociados con la adopción de un menor con necesidades especiales.

Beneficios del programa

- Cobertura de atención de la salud de Medicaid para los menores adoptados. Este beneficio ayuda con la atención médica, odontológica, de la vista, equipo médico duradero e insumos, atención psiquiátrica/conductual y el transporte médico del menor.
- Reembolso de ciertos gastos únicos relacionados con los trámites para completar el proceso de adopción (gastos no recurrentes de adopción). Este beneficio ofrece un reembolso de hasta \$1,200 por adopción para gastos razonables y necesarios directamente relacionados con los trámites para completar el proceso de adopción. Estos gastos pueden incluir costos pagados directamente a agencias de posicionamiento de menores así como gastos de tribunales, abogados y otros gastos directamente relacionados con el cierre legal de la adopción.
- Pagos mensuales para ayudar con las necesidades del menor. Los pagos de ayuda mensuales para la adopción se determinan en base a las necesidades del menor y las circunstancias de la familia adoptiva. La ayuda se considera para los siguientes tipos de necesidades especiales:
 - a. Gastos iniciales excepcionales de posicionamiento,
 - b. mantenimiento especial,
 - c. guardería,
 - d. necesidades educativas de apoyo,
 - e. mantener contacto con hermanos/otro contacto familiar, y
 - f. mantenimiento de rutina cuando sea necesario.

Fuentes de la asistencia para la adopción

DFPS proporciona asistencia para la adopción a partir de dos fuentes. La primera fuente es:

- El Título IV-E de la Ley Federal de Seguro Social y
- · La asistencia para la adopción del propio estado de Texas

Requisitos de elegibilidad para el Título IV

Los siguientes cinco requisitos se deben cumplir para que un menor sea elegible para la asistencia para la adopción financiada por el Título IV-E:

- 1. El menor debe calificar como con "necesidades especiales", como se describe a continuación, al momento en el que el acuerdo para su posicionamiento para la adopción se firme.
- 2. Se deben hacer los esfuerzos razonables para ubicar al menor sin asistencia para la adopción, excepto cuando el hacerlo sea contrario para el bienestar del menor.
- 3. El menor deber ser puesto en adopción por parte de DFPS, o una agencia de posicionamiento privada, con licencia y sin fines de lucro. Tanto para posicionamientos con familiares como con no familiares, el hogar adoptivo debe cumplir con todos los requisitos para ser aprobado bajo los estándares mínimos de licencia, incluida la revisión de antecedentes penales
- 4. El menor debe estar en posicionamiento adoptivo y cumplir una de las siguientes cuatro condiciones:
 - a. El menor debe ser elegible para beneficios de Ingreso suplementario de seguridad (Supplemental Security Income - SSI), como se determina por la Administración del Seguro Social (SSA) durante el posicionamiento en adopción,
 - b. El menor es elegible para AFDC tanto en el mes en el que los procesos judiciales se iniciaron y que resultaron en la orden para retirar al menor del hogar y en el mes en el que la solicitud para la adopción fue ingresada,
 - c. Al menor se le consideró como elegible para la asistencia para cuidados de adopción temporal según el Título IV-E tanto al momento en el que el menor entró en los cuidados y en el mes en el que la solicitud para la adopción fue ingresada, o
 - d. El menor vive con un padre menor de edad en adopción temporal, y los costos del menor están incluidos en los pagos de adopción temporal del Título IV-E que se realizan en nombre del padre menor de edad.
- 5. El acuerdo de asistencia para la adopción se debe firmar antes de que la adopción se dé por consumada.

Requisitos estatales para la asistencia para la adopción

Los siguientes seis requisitos se deben cumplir para que un menor sea elegible para la asistencia estatal para la adopción:

- 1. El menor no debe ser elegible para la asistencia para la adopción según el Título IV-E.
- 2. El menor debe calificar como con "necesidades especiales", como se describe a continuación, al momento en el que el acuerdo para su posicionamiento para la adopción se firme.
- 3. Se deben haber hecho los esfuerzos razonables para posicionar al menor sin asistencia para la adopción, excepto cuando el hacerlo fuera contrario para el bienestar del menor.
- 4. El menor debe ser puesto en un lugar adoptivo aprobado con DFPS como el tutor a cargo del menor. Tanto para posicionamientos con familiares como con no familiares, el hogar adoptivo debe cumplir con todos los requisitos para ser aprobado bajo los estándares mínimos de licencia, incluida la revisión de antecedentes penales.
- 5. Los recursos del menor deben ser menores a los \$10,000
- 6. El acuerdo de asistencia para la adopción se debe firmar antes de que la adopción se dé por consumada.

Beneficios y servicios

Requisitos para los gastos no recurrentes de la adopción

Estos gastos pueden incluir costos pagados directamente a agencias de posicionamiento de menores así como gastos de tribunales, abogados y otros gastos directamente relacionados con el cierre legal de la adopción.

Los menores que cumplen con los requisitos de elegibilidad para la ayuda estatal o del Título IV-E para la adopción automáticamente califican para el reembolso de los gastos no recurrentes de la adopción.

Sin embargo, el reembolso no se hará hasta que la adopción sea consumada. No es necesario presentar una solicitud para asistencia por separado.

Para las adopciones que no califican para la asistencia estatal o del Título IV-E, se debe cumplir con los siguientes cuatro requisitos para obtener el reembolso de los gastos no recurrentes de adopción.

- 1. El menor debe calificar como con "necesidades especiales" al momento que el acuerdo para su posicionamiento para la adopción se firme.
- 2. El posicionamiento en adopción debe ocurrir de acuerdo con las leyes estatales y federales pertinentes relacionadas con el posicionamiento del menor. The adoptive parents must be residents of Texas.
- 3. Los padres adoptivos deben ser residentes de Texas.
- 4. Los padres adoptivos deben firmar un acuerdo para recibir el reembolso de los gastos no recurrentes con antelación a la consumación de la adopción.

Adopción por parte de padrastros

Por política federal, las adopciones por parte de padrastros no califican para el reembolso de los gastos no recurrentes por adopción.

Adopción internacional

Una adopción internacional puede calificar para este beneficio si el menor tiene "necesidades especiales" al momento del posicionamiento en adopción y el acuerdo para la asistencia para la adopción se firma antes de la consumación de la misma.

Definición de necesidades especiales

El menor deber tener menos de 18 años de edad y cumplir con uno de los siguientes criterios cuando el acuerdo para el posicionamiento en adopción se firme:

- 1. El menor tiene al menos seis años de edad;
- 2. El menor tiene al menos dos años de edad y es miembro de una minoría que tradicionalmente tiene barreras para la adopción;
- 3. El menor está siendo adoptado junto con un hermano o para reunirlo con uno, o
- 4. El menor tiene una discapacidad física, mental o emocional verificable, determinado por un profesional debidamente calificado por medio de un diagnóstico que considere; (a) cuál es la afección; y (b) que la afección es en realidad una discapacidad.

El estado debe determinar que el menor no puede y no debe ser regresado al hogar de sus padres. Se debe hacer un esfuerzo razonable para encontrar un posicionamiento en adopción sin proporcionar asistencia para la adopción, al menos que hacerlo sea contrario para el bienestar del menor.

Menores bajo la jurisdicción de DFPS

DFPS es responsable de determinar la elegibilidad y negociar los acuerdos para la asistencia para la adopción de menores que sean posicionados para adopción bajo diversas circunstancias. Sobre toda estas responsabilidades se encuentran determinaciones para menores bajo la tutela administrada de DFPS, independientemente de la ubicación del posicionamiento. Estas responsabilidades también se extienden a menores quienes se encuentran bajo los cuidados legales o han sido posicionados para adopción por una agencia de posicionamiento con licencia cuando el menor es posicionado con una familia con residencia en Texas. La agencia de posicionamiento de menores no necesita tener licencia en Texas pero, al menos, debe tener licencia/estar certificada en otro estado para proporcionar servicio de posicionamiento para la adopción.

DFPS también determina la elegibilidad y negocia los acuerdos para los menores quienes han recibido previamente la asistencia para la adopción según el Título IV-E o de la asistencia estatal para la adopción y cuya adopción concluyó debido a la muerte de los padres adoptivos o por la terminación de sus derechos a la paternidad/ maternidad y que a la vez no estén bajo el cuidado de otra agencia pública para el bienestar de los menores del estado. DFPS también asumirá la responsabilidad por los menores que tengan padres adoptivos subsecuentes que residan en Texas al momento del posicionamiento para la adopción. Si el menor recibió asistencia para la adopción previamente por parte del estado, DFPS asumirá la responsabilidad independientemente del estado de residencia de los padres adoptivos.

Límites de los pagos de asistencia para la adopción

Los límites de pagos son establecidos por la junta directiva de DFPS y se basan en dos montos por separado. Para menores cuyo nivel de servicio es básico al momento del posicionamiento para la adopción el límite es de \$400 por mes. Para menores cuyo nivel de servicio es moderado o mayor al momento del posicionamiento para la adopción el límite es de \$545 por mes. El límite de pago no se puede exceder y no se proporciona automáticamente a cualquier menor.

¿Qué sucede si necesito cambiar mi domicilio?

- El padre adoptivo del cuidador de la asistencia de atención permanente debe contactar (o ser referido) al Especialista de Elegibilidad para la Asistencia para la Adopción (AAES) del Departamento Familiar y de Servicios de Protección de Texas que le fue asignado a su caso.
- Si ellos no saben quién es su AAES, pueden llamar a la línea de ayuda de DFPS, 1-800-233-3405, para averiguar quién es su especialista de elegibilidad asignado.
- El AAES entonces podrá ayudarles con el cambio de domicilio

Servicios de transporte médico

¿Qué es el MTP?

El MTP es un programa de la HHSC que ayuda con el transporte de clientes de Medicaid, que pueden recibir beneficios y que no tienen otras opciones de transporte a citas de atención médica que no son emergencias. El MTP puede ayudar con el transporte para ir al doctor, dentista, hospital, farmacia y cualquier otro lugar donde recibe servicios de Medicaid.

¿Cuáles servicios ofrece el MTP?

- · Pases o boletos para transporte, como el transporte público entre y dentro de ciudades
- · Viajes aéreos
- Taxi, camioneta para pasajeros con silla de ruedas y otros medios de transporte
- · Reembolso de millaje para el participante inscrito de transporte individual (ITP).

El ITP inscrito puede ser la parte responsable, un miembro de la familia, amigo, vecino o cliente.

- Comidas de un proveedor contratado (por ejemplo, la cafetería de un hospital)
- · Alojamiento en un hotel o motel contratado
- Servicios de ayudante (la parte responsable, como un padre o tutor, etc., que acompaña al cliente a un servicio de atención médica)

Cómo obtener transporte

Llame a LogistiCare

Reservaciones por teléfono: 1-855-687-3255

Where's My Ride (servicio de transporte): 1-877-564-9834

Horas: LogistiCare acepta solicitudes de transporte de rutina, por teléfono, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. El transporte de rutina se debe programar 48 boras (2 días laborales) antes de la cita

p.m. El transporte de rutina se debe programar 48 horas (2 días laborales) antes de la cita.

Otra información importante

Evaluación de nuevas tecnologías

CCHP sigue los cambios y avances en la atención médica al examinar nuevos tratamientos, medicamentos, procedimientos y dispositivos. Esto también se denomina "nueva tecnología". El estado (Medicaid y Servicios Humanos y de salud de Texas) también sigue los avances y siempre está haciendo cambios en los servicios cubiertos por Medicaid y comunica esto a todos los planes de salud.

CCHP evalúa la nueva tecnología para asegurarse de que los miembros tengan acceso a atención médica segura y efectiva, pero, también, que la necesidad médica haya sido demostrada para la nueva tecnología y que la tecnología alternativa existente no esté cumpliendo o no pueda satisfacer las necesidades médicas actuales del miembro. Las solicitudes para examinar una nueva tecnología pueden provenir de un miembro, un médico solicitante o de otro miembro del personal.

Las fuentes de revisión para la necesidad médica de las nuevas tecnologías pueden incluir búsquedas de bibliografía, recomendaciones del gobierno (incluida la FDA), consultores de especialidad internos de CCHP o médicos expertos externos, pautas de organizaciones profesionales nacionales, nuestras fuentes aceptadas de criterios para exámenes médicos, entre otras.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi atención médica?

Si está enfermo y no puede tomar decisiones por sí mismo, puede hacer que alguien tome las decisiones por usted llenando un formulario llamado una directiva anticipada. Para obtener más información sobre directiva anticipadas, llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros al **1-800-964-2247.**

¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada le permite tomar decisiones sobre su atención médica antes de estar demasiado enfermo. Este formulario le permite informar a su familia y a sus médicos qué tipo de atención desea si no puede y si quiere que alguien tome decisiones sobre su tratamiento. Estos son los dos tipos más comunes de directivas anticipadas:

- Un testamento en vida explica sus deseos de atención médica en el caso de que tenga una enfermedad terminal o una lesión y no pueda tomar decisiones.
- Un poder notarial duradero para la atención médica le permite nombrar a alguien para que tome las decisiones sobre su atención médica en caso de que no pueda hacerlo.

Una directiva anticipada puede ser cancelada en cualquier momento.

¿Cómo obtengo una instrucción anticipada?

Usted puede obtener los formularios para escribir las instrucciones anticipadas llamando a su manejadora de casos o Servicios para miembros. Ellos le ayudarán a obtener la información que necesita para completar estos formularios. También puede ir a: https://hhs.texas.gov/laws-regulations/forms/miscellaneous/form-livingwill-directive-physicians-family-or-surrogates

¿Qué pasa si tengo otro seguro médico?

Medicaid y el seguro privado

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

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

Puede llamar gratis a la línea directa al 1-800-846-7307.

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

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

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis (6) 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.

Información disponible cada año

Como miembro de Cook Children's Health Plan, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes.
- · Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los trámites de queja, apelación y audiencia imparcial.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- · Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia
 - Las reglas sobre la posestabilización.
- · Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta.
- · Las pautas de práctica de Cook Children's Health Plan.

¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación? Como renovar

Las familias deben renovar la cobertura de Medicaid de sus hijos cada año. En los meses previos a la finalización de la cobertura de un niño, HHSC enviará a la familia un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación contiene una aplicación. También incluye una carta solicitando una actualización sobre los ingresos y las deducciones de costos de la familia.

La familia necesita:

- · Revisar la información en la solicitud de renovación.
- Repare cualquier información que no sea correcta.
- · Firmar y fechar la solicitud.
- · Observe las opciones de los planes de salud, si los planes de salud de Medicaid están disponibles.
- Devuelva la solicitud de renovación y los documentos de prueba antes de la fecha de vencimiento.

Una vez que la HHSC recibe la solicitud de renovación y los documentos de prueba, el personal verifica si los niños de la familia aún califican para su programa actual o si califican para un programa diferente. Si un niño es referido a otro programa, HHSC le envía a la familia una carta para informarle sobre la referencia y luego ver si el niño puede obtener beneficios en el otro programa.

Si el niño califica, la cobertura en el nuevo programa comienza el mes siguiente al último mes de la cobertura del otro programa.

Durante la renovación, la familia puede elegir nuevos planes médicos y dentales llamando al centro de atención de CHIP/Children's Medicaid al **1-800-964-2777**.

Completando el proceso de renovación

Si el niño aún califica para la cobertura en el programa actual (Medicaid), HHSC enviará a la familia una carta que muestra la fecha de inicio para el nuevo período de cobertura.

La renovación de Medicaid se completa cuando la familia firma y envía a HHSC el Formulario de inscripción / transferencia apropiado si la familia elige un nuevo plan médico o dental.

Para obtener más información sobre cómo renovar su cobertura de salud, llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-800-964-2247**.

Salud mental y abuso de sustancias

¿Cómo obtengo ayuda si yo o mi hijo/a tenemos problemas de salud conductual (mental) o por alcohol o drogas? ¿Necesito una recomendación médica para esto?

Cook Children's Health Plan hizo arreglos para que Beacon proporcione servicios confidenciales de salud mental y por abuso de alcohol o drogas. No necesita una recomendación médica para obtener acceso a estos servicios.

Llame a Beacon Health Strategies al 1-855-481-7045. Ellos pueden ayudarle 24 horas al día, 7 días a la semana.

¿Qué son servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos dirigida a salud mental? ¿Cómo obtengo estos servicios?

Los servicios de rehabilitación de salud mental incluyen capacitación y servicios que ayudan al miembro a mantener la independencia en el hogar y la comunidad, como los siguientes:

- Capacitación y apoyo de medicamentos: capacitación y guía basada en el currículum que sirve como orientación inicial para que el miembro entienda la naturaleza de su enfermedad mental o trastornos emocionales y el papel de los medicamentos para garantizar la reducción de los síntomas y mayor ocupación en la comunidad.
- Servicios de rehabilitación psicosocial: intervenciones sociales, educativas, vocacionales, conductuales o
 cognitivas para mejorar el potencial del miembro para las relaciones sociales, logros ocupacionales o educativos y
 desarrollo de destrezas para la vida.
- Capacitación y desarrollo de destrezas: capacitación de destrezas o intervenciones de apoyo que se enfocan
 en mejorar las destrezas de comunicación, los comportamientos interpersonales apropiados y otras destrezas
 necesarias para la vida independiente o, cuando tengan la edad apropiada, funcionen de manera efectiva con la
 familia, los colegas y los maestros.
- Intervención de crisis: servicio intensivo personalizado basado en la comunidad proporcionado a los miembros que requieren los servicios para controlar síntomas agudos que ponen al miembro en un riesgo inmediato de hospitalización, encarcelamiento o colocación en un entorno de tratamiento más restrictivo.
- Programa de día para necesidades agudas: tratamiento a corto plazo basado en el sitio en modalidad de grupo para una persona que requiere tratamiento multidisciplinario para estabilizar los síntomas psiquiátricos agudos y prevenir la admisión en un entorno más restrictivo o reducir la cantidad de tiempo en un entorno más restrictivo.
- Llame a Beacon Health Strategies al 1-855-481-7045. Ellos pueden ayudarle 24 horas al día, 7 días a la semana.

Servicios de atención para la Vista/Ojos

¿Cómo obtengo servicios de atención para los ojos?

Usted puede obtener atención de rutina para la vista con un proveedor de NVA de atención de la vista. No necesita una recomendación médica de su Proveedor de Cuidados Primarios para recibir atención de rutina para la vista.

Dental

¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?

El plan dental de Medicaid de su hijo ofrece servicios dentales, entre ellos, 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.

Cook Children's Health Plan cubre los servicios dentales de emergencia que su hijo reciba en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. Esto incluye servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia.

¿Qué servicios dentales cubre Cook Children's Health Plan para los niños?

Cook Children's Health Plan cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro de servicio ambulatorio, lo cual incluye, pero no limitado a, el pago para lo siguiente:

- · Tratamiento para luxación de la mandíbula.
- · Tratamiento para lesiones traumáticas a los dientes y las estructuras de soporte.
- · Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.

Cook Children's Health Plan cubre el hospital, doctores y servicios médicos relacionados de los padecimientos anteriores. Esto incluye los servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia u otros medicamentos.

Cook Children's Health Plan también es responsable de pagar el tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

El plan dental de Medicaid de su hijo ofrece todos los otros servicios dentales, entre ellos, 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

¿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 gratis al **1-800-964-2247** o llame al 911.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia por el plan de salud?

Cook Children's Health Plan cubre servicios limitados dentales de emergencia en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, lo cual incluye el pago para 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.

Beneficios adicionales

¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro de Cook Children's Health Plan? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Los miembros de Cook Children's Health Plan obtienen los siguientes servicios de valor agregado y beneficios adicionales. Educación para la salud.

Beneficios adicionales	¿Cómo funciona?	¿Cómo obtenerlos?
Línea de Asistencia de Enfermería	Usted puede hablar con una enfermera las 24 horas del día, 7 días a la semana. Pueden responder sus preguntas o ayudarle a decidir lo que puede hacer en cuanto a sus necesidades médicas.	Llame al: 1-866-971-2665
Clases prenatales	Hasta \$100 por programa para clases preparadas de parto y lactancia materna por cada embarazo con educadores de salud u hospitales contratados con Cook Children's Health Plan. Las clases pueden ser en línea o en persona.	Llame a Servicios para miembros: 1-800-964-2247
Programa de recompensas Healthy Me	Una recompensa de \$50 por cada embarazo para miembros que reciben una visita prenatal con un doctor aprobado durante su primer trimestre de embarazo, en o antes de la fecha de inicio de la inscripción o dentro de los 42 días después de inscribirse a Cook Children's Health Plan.	
	Una recompensa de \$50 para miembros que completen una visita de posparto con un doctor aprobado entre 7 a 84 días después del parto.	
	(Las recompensas se cargarán en una tarjeta recargable. La tarjeta se vencerá 6 meses después de que termine la cobertura del miembro con Cook Children's Health Plan.)	
	Una recompensa de \$25 para los miembros de edades 2 a 21 años que completan un examen de Pasos Sanos de Tejas.	
	Una recompensa de \$15 para los miembros que completan un examen de Pasos Sanos de Tejas a las 2 semanas, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, y 18 meses de edad.	Llame a Servicios para miembros: 1-800-964-2247
	Cook Children's Health Plan les ofrecerá a los miembros de 18 años o más con un diagnóstico de diabetes una recompensa de \$25 por cada uno de los siguientes que completen por año (hasta \$150). Este beneficio no se aplica a los miembros de CHIP ni a los miembros diagnosticados con diabetes gestacional:	
	 Evaluación de riesgos para la salud de la diabetes, Prueba de hemoglobina A1c, Hemoglobina A1c<8%, Prueba de proteína en la orina, Mantener la presión arterial (140/90, (se excluyen las lecturas tomadas en, el consultorio de un médico o en un, hospital para pacientes, hospitalizados), Examen ocular de retina 	
	(Las recompensas se cargarán en una tarjeta recargable. La tarjeta se vencerá 2 meses después de que termine la cobertura del miembro con Cook Children's Health Plan.)	
Beneficio dental prenatal	Hasta \$350 por servicios dentales básicos para miembros que están cubiertos bajo PREG Medicaid (TP40 y el programa de Baby Steps de Cook Children's Health Plan). *No cubre servicios de ortodoncia o servicios cosméticos.	Llame a Liberty Dental a: 1-888-902-0349
Extra Servicios de Visión	Miembros son elegibles para un beneficio de \$125 para anteojos recetados (monturas y lentes) o \$75 para lentes de contacto y costos de ajustes. *Los reemplazos no están cubiertos.	Llame a NVA Vision: 1-877-236-0661
Examen físico escuela/deportes	Un examen físico para deportes/escuela en adición al examen anual para los miembros de 3 a 18 años de edad cada año con cualquier proveedor participante.	Call Member Services: 1-800-964-2247
Libro de Baby Basics	Un Libro de Baby Basics para mujeres embarazadas al inscribirse en el programa Baby Steps de Cook Children's Health Plan.	Llame a administración de la atención: 1-800-862-2247
Rodillera de Baño	Una almohadilla de rodillas para la bañera para los miembros de Cook Children's Health Plan entre las edades de 3 meses a 3 años para ayudar a prevenir ahogos durante el baño. Uno por cada hogar.	Llame a Servicios para miembros: 1-800-964-2247

Educación para la salud

¿Qué clases de educación para la salud ofrece Cook Children's Health Plan?

Tenemos un programa de Baby Steps especial para madres embarazadas. Este programa le da información para tener un embarazo saludable y las cosas importantes que debe hacer para su bebé. También trabajará con alguien quien le ayudará durante el tiempo de su embarazo. Esta persona también le ayudará con lo que debe hacer cuando nazca su bebé.

¿Qué otros servicios puede ayudarme a obtener Cook Children's Health Plan?

Su salud y bienestar son importantes para nosotros. Tenemos muchos servicios y agencias con las que trabajamos para ayudarle a obtener la atención que necesita. Algunos de estos servicios/agencias incluyen:

- · Medicamentos con receta médica
- · Departamentos de Salud Pública
- · Salud y Servicios Humanos (HHS)
- · Intervención Temprana en la Infancia (ECI)
- · Servicio de transporte médico
- · Centro de cuidados paliativos
- Servicios dentales para niños

Para obtener más información sobre estos servicios, llame a Servicios para miembros.

Costos/Dinero

¿Qué sucede si recibo una factura de mi doctor? ¿A quién debo llamar? ¿Qué información necesitarán?

Su doctor no debería cobrarle por un servicio cubierto. Si recibe una factura de un doctor, llame al consultorio del doctor y asegúrese de que tengan su información de Medicaid (STAR). Toda la información que necesita su doctor para facturar a Cook Children's Health Plan por el servicio está en su tarjeta de identificación o la de su hijo/a. Si siente que no debería haber recibido una factura o necesita ayuda para entender el cobro, llame a Servicios para miembros. Podemos hablar con el consultorio del doctor para explicar los beneficios de su hijo/a. Cuando nos llame, tenga con usted su tarjeta de identificación y la factura del doctor para que podamos ayudarle.



Quejas

¿Qué es una queja?

Si no está satisfecho con la atención o los servicios que recibe del médico, el personal del consultorio, o los servicios o el personal de Cook Children's Health Plan, eso constituye una queja. Un defensor de miembros puede tomar nota de la queja y explicarle el proceso.

¿Qué hago si tengo una queja?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al **1-844-843-0004** para explicarnos el problema. Un Defensor de Servicios para Miembros de Cook Children's Health Plan puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al **1-844-843-0004**. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Cook Children's Health Plan, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando gratis al **1-866-566-8989**. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor, envíela a la siguiente dirección:

Ombudsman Managed care Assistance Team

P.O. Box 13247

Austin, Texas 78711-3247

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

¿Cuáles son los requisitos y plazos para la presentación de quejas?

No existe un límite de tiempo para la presentación de quejas ante Cook Children's Health Plan. Nosotros le enviaremos una carta de respuesta haciéndole saber lo que hicimos al respecto de su queja.

¿Cuánto tarda procesar una queja?

La mayoría de las ocasiones le podemos ayudar de inmediato o dentro de unos cuantos días. Usted recibirá una carta con la respuesta dentro de 30 días desde que su queja sea recibida en Cook Children's Health Plan.

¿Puede alguien de Cook Children's Health Plan ayudarme a presentar una queja? Sí, un defensor de miembros puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al 1-844-843-0004.

How do I file a complaint with HHSC, once I have gone through Cook Children's Health Plan's complaint process?

Una vez que haya concluido el proceso de queja de Cook Children's Health Plan, usted puede presentar una queja a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando sin costo al **1-866-566-8989.**

Si desea realizar su queja por escrito, favor de enviarla a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission

Health Plan Operations - H-320

ATTN: Resolution Services

P.O. Box 85200

Austin, TX 78708-5200

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su queja por correo electrónico a: HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us

Apelaciones

¿Qué es una apelación?

Una apelación es el proceso en el que usted o alguien que actúa en su representación puede solicitar cuando no está de acuerdo con una acción de Cook Children's Health Plan y desea una revisión.

Una acción significa la denegación o autorización limitada de un servicio solicitado. Incluye:

- Denegación total o parcial del pago de un servicio.
- · Denegación de un tipo o nivel de servicio.
- Reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado.
- · No prestar los servicios de manera oportuna
- · No actuar dentro de los plazos regulatorios

¿Qué puedo hacer si mi médico pide un servicio o medicamento para mí que tiene cobertura pero Cook Children's Health Plan lo niega o lo limita?

Puede pedirle a Cook Children's Health Plan otra revisión de la decisión. A esto se le llama una "apelación". Usted puede llamar al departamento de Atención a Clientes y pedir hablar con un defensor de miembros. Ellos le ayudarán.

¿Cuándo tengo derecho a pedir una apelación? ¿Mi solicitud debe estar por escrito?

Usted tiene derecho a pedir una apelación dentro de los 60 días calendario después de que haya recibido la carta en la que le indican que el servicio fue negado. Usted puede solicitar una apelación de manera oral o por escrito.

Cualquier solicitud oral de apelación se debe confirmar por una apelación por escrito que esté firmada por usted o su representante al menos que se solicite una apelación expedita. Usted puede presentar una apelación por la negación de pagos en forma total o parcial.

Si actualmente recibe servicios autorizados y le gustaría continuar recibiéndoles mientras la apelación está pendiente, debe solicitar una apelación a más tardar 10 días después de que Cook Children's Health Plan:

- · envíe por correo la notificación de la acción; o
- · la fecha efectiva prevista de la determinación adversa de beneficios.

También puede obtener una extensión si Cook Children's Health Plan muestra que existe la necesidad de más información y si el retraso es para beneficio del miembro. Si Cook Children's Health Plan necesita extender los beneficios, usted recibirá una notificación por escrito de la razón del retraso.

¿Cómo averiguaré si se me han negado servicios?

Si sus servicios son negados, usted y su médico recibirán una carta que le indique la razón de la negación. La carta le dirá cómo presentar una apelación y cómo solicitar una Audiencia Estatal Justa.

¿Cuáles son los marcos de tiempo para el proceso de apelación?

Cook Children's Health Plan cuenta con 30 días calendario para decidir si su solicitud de atención es médicamente necesaria y si cuenta con cobertura. Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días. En algunos casos usted tiene el derecho a una decisión dentro de un día hábil.

Usted puede recibir una decisión rápida si su salud o habilidad para funcionar podría verse seriamente dañada por esperar. La resolución de su apelación se puede extender hasta por catorce (14) días calendario a partir de la apelación si usted solicita más tiempo, o si Cook Children's Health Plan puede demostrar que necesitamos más información. Solo podemos hacer esto si proporcionarle más tiempo le ayudará. Nosotros le enviaremos una carta haciéndole saber por qué solicitamos más tiempo.

Quejas y apelaciones

¿Puede alguien de Cook Children's Health Plan ayudarme a enviar una apelación?

Sí. Los defensores de miembros están disponibles para ayudarle a enviar una apelación. Una vez que le hayan ayudado a enviarla, ellos le enviarán una carta y le pedirán que usted o alguien que actúe en su representación firme un formulario y lo regrese a Cook Children's Health Plan.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de Cook Children's Health Plan en la apelación, usted tiene el derecho de pedir una Audiencia Estatal Justa. Usted puede solicitar una Audiencia Estatal Justa en cualquier momento después de que el proceso de apelación del plan de salud se haya completado.

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada ocurre cuando el plan de salud tiene que tomar rápidamente una decisión debido a su estado de salud, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo puedo solicitar una queja expedita?

Usted puede solicitar este tipo de apelaciones por escrito o por teléfono. Asegúrese de escribir "Deseo una decisión rápida o una apelación expedita" o "Creo que mi salud/la salud de mi hijo podría verse afectada por esperar una decisión estándar". Para solicitar una decisión rápida por teléfono, llame a su coordinador de servicios o a un defensor de miembros al **1-844-843-0004**.

¿Mi solicitud para una apelación expedita debe estar por escrito?

Podemos aceptar su solicitud oralmente o por escrito. Usted puede enviar sus peticiones a:

Cook Children's Health Plan

Attn: Appeals P.O. Box 2488

Fort Worth, TX 76113-2488

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación expedita?

Usted puede solicitar una apelación expedita si cree que ocurrirán problemas médicos serios. Nuestro director médico revisará su solicitud dentro de un día hábil. A usted se le indicará, por teléfono y por escrito, la decisión. Si necesita ayuda para presentar una apelación, favor de llamar al **1-844-843-0004**.

¿Qué sucede si Children's Health Plan niega la solicitud para una apelación expedita?

Si Cook Children's Health Plan niega una apelación expedita, la apelación se procesa por medio del proceso normal de apelación, el cual se resolverá dentro de los 30 días. Usted recibirá una carta explicando el motivo y qué otras opciones podrían estar a su disposición.

¿Cuáles son los marcos de tiempo para una apelación expedita?

Cook Children's Health Plan debe tomar una decisión sobre estas apelaciones dentro de un día hábil a partir del momento que recibimos la información y la solicitud.



Derechos y responsabilidades del miembro

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

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.
- 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.
- 4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
- 5. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones y audiencias imparciales. Esto incluye el derecho de:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
- 6. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.

- d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
- e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
- 7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
- 8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
- 9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
- 10. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
- 11. Tiene la responsabilidad de seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con su proveedor.
- 12. La responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento con su proveedor de atención medica.

Responsabilidades del miembro:

- 1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
- 2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b. Escoger su plan de salud y su proveedor de cuidado primario sin demora.
 - c. hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de cuidado primario, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. siempre llamar primero a su proveedor de cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia;
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista;
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
- 3. Tiene que compartir con su proveedor de cuidado primario toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Informar a su proveedor de cuidado primario sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.

Derechos y responsabilidades del miembro

- 4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.
- 5. La responsabilidad de seguir los planes y las instrucciones de atención que hayan acordado con sus médicos.
- 6. La responsabilidad de comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas, en la medida de lo posible.
- 7. La responsabilidad de proporcionar información (en la medida de lo posible) que la organización y sus profesionales y proveedores necesitan para brindar atención.

Responsabilidades adicionales del miembro al usar Access2Care para servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT).

- 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) de EE. UU. al **1-800-368-1019**. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en **www.hhs.gov/ocr**.

Abuso, negligencia y explotación

¿Cómo denuncio sospechas de abuso, negligencia y explotación?

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, incluso estar libre de abuso, maltrato, descuido y explotación.

¿Qué es abuso, maltrato, descuido y explotación?

El abuso o maltrato es daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir estos daños.

El **descuido** causa hambre, deshidratación, exceso o falta de medicación, condiciones de vida insalubres, etc. El descuido también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La **explotación** es el mal uso de los recursos de otra persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye cobrar cheques de Seguro Social o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), abusar de una cuenta de cheques conjunta y tomar propiedad y otros recursos.

Cómo reportar el abuso, maltrato, descuido y la explotación

La ley requiere que usted informe sobre sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación, incluso el uso no aprobado de restricciones o aislamiento cometido por un proveedor.

Llame al 9-1-1 para situaciones de emergencia o que ponen en peligro la vida. Informe por teléfono (si no es una emergencia); las 24 horas del día, los 7 días de la semana, gratis

Informe al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) llamando al 1-800-647-7418 si la persona que sufre abuso, maltrato, descuidado o explotación vive en o recibe servicios de alguno de los siguientes:

- · Un centro para convalecientes;
- · Un centro de asistencia con la vida diaria;
- · Un centro de cuidado de adultos durante el día;
- · Un proveedor de cuidado temporal de adultos con licencia, o
- Una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o una agencia de servicios de salud en casa.

Las sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación cometidos por una HCSSA también se tienen que reportar al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS). Informe al DFPS sobre cualquier otra sospecha de abuso, maltrato, descuido o explotación llamando al **1-800-252-5400**.

Informe electrónicamente (si no es una emergencia)

Vaya a **https://txabusehotline.org**. Este es un sitio web seguro. Usted tendrá que crear una cuenta y un perfil protegidos por una contraseña.

Información útil al presentar un informe

Al informar sobre el abuso, maltrato, descuido o la explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y los teléfonos de cada persona involucrada.

Fraude y abuso

¿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 cometiendo una infracción. 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 el malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite https://oig.hhsc.texas.gov/report-fraud, haga clic en el enlace "Continue to IG's Fraud Reporting Form" y siga los pasos para llenar una forma en línea; O
- · Denúncielo directamente al plan de salud:

Cook Children's Health Plan

Attn: Fraud, Waste, and Abuse

P.O. Box 2488

Fort Worth, TX. 76113-2488

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

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

Subrogación

¿Qué es subrogación?

Nosotros podemos pedir el pago por gastos médicos para tratar una lesión o enfermedad que fue causada por alguien más. Esta es una disposición de "derecho de subrogación". Según nuestro derecho de subrogación, tenemos el derecho de obtener de regreso el costo de los beneficios médicos pagados cuando un tercero es (o puede ser) responsable de causarle la enfermedad o lesión. Nosotros podemos pedirle de regreso el costo de los gastos médicos si usted recibe gastos de la otra parte.

Cook Children's Health Plan P.O. Box 2488, Fort Worth,

Oficial de Privacidad: Kathleen Roman Correo electrónico: Teléfono: 682-885-2866

kathy.roman@cookchildrens.org Sitio web: www.cookchp.org

Texas 76113-2488

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revisela con cuidado.

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.
- Corregir su historial médico y de reclamos.
- · Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

> Ver página 53 para mayor información sobre estas opciones v cómo ejercerlas.

> Ver página 53-54 para mayor información

sobre estos usos y

divulgaciones.

> Ver página 52

cómo ejercerlos.

para mayor información

sobre estos derechos y

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe.
- · Dirigimos nuestra organización.
- · Pagamos por sus servicios médicos.
- Administramos su plan médico.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- · Realizamos investigaciones médicas.
- · Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Nuestros usos y divulgaciones

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos el historial médico y de reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

 Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios
 Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence
 Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/
 privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles
 en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- · Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- · Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

Dirigir nuestra

organización

· Podemos utilizar su información médica y

compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

Pagar por sus servicios médicos

 Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

Administrar su plan

 Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

• Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

 Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

- Responder a las solicitudes de Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
 - Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

 Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Cook Children's Health Plan nunca anuncia o vende su informacion personal.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Efectivo- 09/07/2013

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Cook Children's Health Plan



CookChildren's. Health Plan





