

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS 210-358-6403

LLAME SIN CARGO 1-855-607-7827

Atascosa • Bandera • Bexar • Comal • Guadalupe • Kendall • Medina • Wilson

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

Community First Health Plans cubre a los Miembros en los condados de Atascosa, Bandera, Bexar, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina, y Wilson.

SERVICIOS PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

1-855-607-7827



TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS
STAR  Kids
Your Health Plan ★ Your Choice

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS	1
Servicios de salud mental y uso de sustancias	2
Coordinación de servicios	2
Línea de enfermera	2
Vista	2
Dental	3
Medicamentos recetados	3
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT)	3
Otros números útiles	3
Sitio web de Community First Health Plans	4
Ubicaciones de Community First Health Plans	4
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBRO	4
Su tarjeta de identificación de Miembro de Community First	4
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid	5
PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)	7
Elección de un proveedor de cuidado primario	8
Cambio de proveedor de cuidado primario	9
Hacer una cita	10
Lista de verificación de Community First	11
PASOS SANOS DE TEXAS	11
Exámenes médicos de Pasos Sanos de Texas	12
Chequeos dentales de Pasos Sanos de Texas	13
TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA	13
Cuidado médico de rutina	13
Atención médica urgente	14
Atención médica de emergencia	14
ESPECIALISTAS Y ENVÍO A SERVICIOS	16
BENEFICIOS DE SU PLAN	17
Cuadro de beneficios	17
Límites de servicios cubiertos	19
Servicios no cubiertos	20
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	21
PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	26
SERVICIOS Y APOYO A LARGO PLAZO (LTSS)	27
Cuadro de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)	28
Cuadro de servicios de Community First Choice (CFC)	28
Opciones de prestación de servicios LTSS	29
LTSS y planes estatales	29
SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS	32
Cuadro de servicios de cuidados intensivos	32

SALUD DEL COMPORTAMIENTO Y USO DE SUSTANCIAS	33
Atención Virtual de Salud Mental.....	34
Análisis Conductual Aplicado.....	34
AYUDA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA	34
Otros servicios.....	34
Intérpretes.....	34
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT).....	35
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	36
Farmacias de la red	37
Entrega de medicamentos	37
Copago.....	38
Beneficios de Medicare y medicamentos recetados.....	38
Programa Lock-in de Medicaid.....	38
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)	38
SERVICIOS DE LA VISIÓN	39
SERVICIOS DENTALES.....	39
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	40
INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA INFANCIA	40
COORDINACIÓN DE SERVICIOS.....	41
Coordinador de servicios.....	41
Instrumento de evaluación y detección STAR Kids.....	41
Especialista en transición.....	41
Salud en casa.....	42
Cuidados pediátricos prolongados prescritos.....	42
SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER	42
Atención obstétrica/ginecológica.....	42
Atención médica móvil para mujeres	43
Administración de casos para mujeres embarazadas y niños.....	43
Atención durante el embarazo	44
Notificación a su plan de salud después de dar a luz	45
PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD	45
Programa de Salud para la Mujer de Texas.....	45
Programa de Atención Primaria de Salud del DSHS	46
Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS	46
Programa de Planificación Familiar del DSHS	47
DIRECTIVAS ANTICIPADAS.....	47
RENOVAR SU COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA.....	47
FACTURACIÓN A MIEMBROS.....	48
MEDICAID Y EL SEGURO PRIVADO.....	48
CAMBIO DE DOMICILIO.....	49
MEDICAMENTO NECESARIO	49
CAMBIO DE PLANES DE SALUD	50

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO..... 51

PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN54

PROCESO DE QUEJAS.....55

PROCESO DE APELACIÓN.....55

PROCESO DE APELACIÓN ACELERADA57

AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO57

REVISIÓN MÉDICA EXTERNA58

REPORTE DE ABUSO, NEGLIGENCIA Y EXPLOTACIÓN59

DESPERDICIO, FRAUDE Y ABUSO 61

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA MIEMBROS62

ASESORES DE LOS MIEMBROS.....62

CONFIDENCIALIDAD.....63

GLOSARIO65

INTRODUCCIÓN

¡Bienvenido a Community First Health Plans! Estamos muy contentos de que nos haya elegido para sus necesidades de atención médica. Community First Health Plans fue creado teniendo en mente salud de nuestra comunidad local. Creemos que todos deben tener acceso a una atención médica de calidad y nos sentimos honrados de que haya depositado su confianza en nuestras manos.

Como el único plan local de atención médica sin fines de lucro en el Programa STAR Kids de esta área, entendemos las necesidades de atención médica únicas de nuestra comunidad. ¡Estamos orgullosos de ser tu vecino! Estamos realmente comprometidos con la salud de nuestros Miembros y podemos ayudarlo a acceder a los servicios de atención médica que necesita, incluidos médicos, hospitales y recursos comunitarios.

Lea este Manual para Miembros para obtener información sobre los beneficios de su plan de salud y lo que cubre su plan.

¿Qué sucede si necesito ayuda para comprender o leer el Manual para Miembros?

Si necesita ayuda para comprender o leer este manual, nuestros Representantes de Servicios para Miembros pueden ayudarlo en inglés y español. También puede obtener este manual en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Le enviaremos una copia sin cargo dentro de los cinco días hábiles posteriores a su solicitud y actualizaremos su registro personal con su idioma o formato preferido. En el futuro, cuando llame al Departamento de Servicios para Miembros, verificaremos esta información. Puede solicitarnos que lo actualicemos en cualquier momento.

Si prefiere este manual en un formato alternativo o desea una copia impresa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a uno de los números gratuitos que se enumeran a continuación.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS

Un Representante de Servicios para Miembros puede responder sus preguntas sobre todos los servicios cubiertos bajo su plan de atención médica. El Departamento de Servicios para Miembros también puede ayudarlo a seleccionar o cambiar su proveedor de cuidado primario (PCP), acceder a servicios que no requieren un envío a servicios de su PCP, enviarle una nueva tarjeta de identificación de Miembro y ayudarlo a resolver cualquier problema o queja.

LLAME AL	<p>1-855-607-7827 Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. (CST) Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos. Esta llamada es gratis. Para servicios de emergencia, marque 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711, las 24 horas al día, 7 días a la semana. Esta llamada es gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p>

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y USO DE SUSTANCIAS

Llame sin cargo para hablar con alguien si necesita ayuda de inmediato. No necesita un envío a servicios de salud mental o abuso de sustancias. Para una emergencia de salud conductual, llame o envíe un mensaje de texto al 988 para comunicarse con la línea de vida contra el suicidio y la crisis o vaya a la sala de emergencias más cercana.

LLAME AL	1-844-541-2347 24 horas al día, 7 días a la semana. Esta llamada es gratis. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

COORDINACIÓN DE SERVICIOS

Los Miembros de STAR Kids también pueden hablar con un Coordinador de Servicios para obtener ayuda con los beneficios. Contamos con Coordinadores de Servicios dedicados que pueden ayudarlo a comprender el programa STAR Kids, los servicios cubiertos y los recursos.

LLAME AL	1-855-607-7827 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

LÍNEA DE ENFERMERA

Community First tiene una Línea de Enfermera disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para ayudarlo a obtener la atención que necesita.

LLAME AL	1-855-607-7827, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratis. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

VISTA

Envolve brinda servicios de cuidado de la vista de rutina a nuestros Miembros. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la vista dentro de la red cerca de usted.

LLAME AL	1-855-607-7827 Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
-----------------	---

DENTAL

Llame a su plan dental de Medicaid para obtener información sobre los servicios dentales preventivos.

LLAME AL	DentaQuest 1-800-516-0165 MCNA Dental 1-855-691-6262 United Healthcare Dental: 1-877-901-7321
-----------------	--

MEDICAMENTOS RECETADOS

El asociado de Community First para los beneficios de farmacia es Navitus. Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de Identificación de Miembro de beneficios de farmacia o llame al Departamento de Servicios para Miembros de Community First para obtener información sobre sus beneficios de medicamentos recetados.

LLAME AL	1-855-607-7827 Lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
-----------------	---

TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT)

Los servicios de NEMT brindan transporte a citas de atención médica que no son de emergencia para los Miembros que no tienen otras opciones de transporte. Llame para reservar un transporte al menos 48 horas antes de su cita.

LLAME AL	Línea de reservación para Miembros: 1-888-444-0307 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. ¿Dónde está mi transporte?: 1-888-444-0824 24 horas al día, 7 días a la semana Esta llamada es gratuita. La información está disponible en inglés y español. Servicios de intérprete disponibles.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

OTROS NÚMEROS ÚTILES

Equipo de Asistencia de Atención Administrada del Defensor del Pueblo	1-866-566-8989
Línea directa del Programa de STAR Kids	1-877-782-6440
Línea directa de información y alcance de Pasos Sanos de Texas	1-877-847-8377

Para servicios de emergencia, marque 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBRO

SITIO WEB DE COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

Puede acceder a información y recursos del plan en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana en nuestro sitio web en CommunityFirstMedicaid.com, incluyendo:

- Portal seguro para Miembros
- Boletines informativos para Miembros
- Servicios de Valor Agregado disponibles para usted como Miembro de Community First STAR Kids
- Blog de Community First Health Plans con información sobre diferentes temas de salud
- Directorio de Proveedores y Farmacias

UBICACIONES DE COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

Community First Health Plans tiene tres ubicaciones para brindarle servicios:

Oficina Corporativa
Community First Health Plans
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

**Oficina Comunitaria en
Avenida Guadalupe**
Community First Health Plans
1410 Guadalupe Street, Suite 222
San Antonio, TX 78207

**El Centro de Asistencia Múltiple
en Morgan's Wonderland™ (MAC)**
5210 Thousand Oaks Dr.
San Antonio, TX 78233
(Solo por cita)

HORARIO DE OFICINA

8:30 a.m. a 5:00 p.m.

De lunes a viernes, excepto los días feriados aprobados por el estado.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBRO

Cuando se inscribe para convertirse en Miembro de Community First Health Plans, recibirá una tarjeta de Identificación de Miembro de Community First. Si no recibe una tarjeta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE COMMUNITY FIRST

La siguiente información se puede encontrar en su tarjeta de Identificación de Miembro:

- Su nombre
- Número de Identificación de Miembro:
- Fecha de vigencia (fecha de inicio de la cobertura de su plan de atención médica)
- El nombre y el número de teléfono de su proveedor de cuidado primario (PCP)
- Qué hacer en caso de emergencia
- Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros
- Cómo obtener ayuda en español u otro idioma

Tarjeta de Identificación de Miembro de Community First Health Plans - STAR Kids

COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS **STAR Kids** DUAL

Name: John M. Doe
 Member ID: 000000000
 Group Number: 00000000000000000000

LONG TERM CARE BENEFITS ONLY:
 You receive primary, acute and behavioral health services through Medicare. You receive only long term care services through Community First Health Plans.

BENEFICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO SOLAMENTE:
 Usted recibirá servicios de cuidado primario, cuidado inmediato y de salud mental a través de Medicare. Usted recibirá servicios de cuidado a largo plazo solamente por medio de Community First Health Plans.

Navitus Health Solutions RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: CFMK

Directions for what to do in an emergency
 In case of an emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.

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

AVAILABLE 24 HOURS/7 DAYS A WEEK:
 Member Services Department and Service Coordination: (Toll-Free) 1-855-607-7827
 Behavioral Health Services: (Toll-Free) 1-844-541-2347
 24/7 Suicide and Crisis Line: 988
 Nurse Advice Line: (Toll-Free) 1-855-607-7827
 Telecommunication Device for the Deaf: (TDD) 711

DISPONIBLE 24 HORAS AL DÍA/7 DÍAS A LA SEMANA:
 Departamento de servicios para Miembros y coordinación de servicios: (Gratis) 1-855-607-7827
 Servicios de salud mental: (Gratis) 1-844-541-2347
 Línea 24/7 de prevención del suicidio y crisis: 988
 Línea de consejos de enfermeras: (Gratis) 1-855-607-7827
 Dispositivo de telecomunicaciones para sordos: (Línea TDD) 711

FOR PROVIDERS AND HOSPITALS
 Notice: All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Submit requests through the Community First Provider Portal, call 210-358-6050, or fax 210-358-6382 within 24 hours.

Submit professional/other claims to:
 Community First Health Plans
 PO Box 240969, Apple Valley, MN 55124
 CFHP_1335G0V_0221

Submit electronic claims to Availity:
 Payer ID = COMMF
 Pharmacy Help Desk: 1-877-908-6023



COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS **STAR Kids** NON-DUAL

Name: John M. Doe
 Member ID: 000000000
 Group Number: 00000000000000000000
 Primary Care Physician (PCP): Provider Name
 PCP Phone Number: 001-234-5678
 PCP Effective Date: 01/01/2021

LONG TERM CARE BENEFITS ONLY:
 You receive primary, acute and behavioral health services through Medicare. You receive only long term care services through Community First Health Plans.

BENEFICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO SOLAMENTE:
 Usted recibirá servicios de cuidado primario, cuidado inmediato y de salud mental a través de Medicare. Usted recibirá servicios de cuidado a largo plazo solamente por medio de Community First Health Plans.

Navitus Health Solutions RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: CFMK

Directions for what to do in an emergency
 In case of an emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.

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

AVAILABLE 24 HOURS/7 DAYS A WEEK:
 Member Services Department and Service Coordination: (Toll-Free) 1-855-607-7827
 Behavioral Health Services: (Toll-Free) 1-844-541-2347
 24/7 Suicide and Crisis Line: 988
 Nurse Advice Line: (Toll-Free) 1-855-607-7827
 Telecommunication Device for the Deaf: (TDD) 711

DISPONIBLE 24 HORAS AL DÍA/7 DÍAS A LA SEMANA:
 Departamento de servicios para Miembros y coordinación de servicios: (Gratis) 1-855-607-7827
 Servicios de salud mental: (Gratis) 1-844-541-2347
 Línea 24/7 de prevención del suicidio y crisis: 988
 Línea de consejos de enfermeras: (Gratis) 1-855-607-7827
 Dispositivo de telecomunicaciones para sordos: (Línea TDD) 711

FOR PROVIDERS AND HOSPITALS
 Notice: All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Submit requests through the Community First Provider Portal, call 210-358-6050, or fax 210-358-6382 within 24 hours.

Submit professional/other claims to:
 Community First Health Plans
 PO Box 240969, Apple Valley, MN 55124
 CFHP_1335G0V_0221

Submit electronic claims to Availity:
 Payer ID = COMMF
 Pharmacy Help Desk: 1-877-908-6023



¿Cómo uso mi tarjeta de Identificación de Miembro?

Lleve consigo su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First en todo momento. Muestre esta tarjeta a su médico para que sepa que está cubierto por un Programa de Medicaid.

Debe mostrar su tarjeta de Medicaid Your Texas Benefits y su tarjeta de Identificación de Community First cuando reciba servicios de atención médica.

¿Qué sucede si pierdo o me roban mi tarjeta de Identificación de Miembro de Community First?

Si pierde o le roban su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 y solicite una nueva. También puede iniciar una sesión en nuestro [Portal seguro para Miembros en CommunityFirstMedicaid.com](https://CommunityFirstMedicaid.com) para imprimir una tarjeta de Identificación temporal y/o solicitar una nueva.

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 YourTexasBenefits.com.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBRO

Si no está seguro de tener cobertura de Medicaid, llame sin costo al 1-800-252-8263 para informarse. También puede llamar al 211. 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 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 aparece la dirección web (YourTexasBenefits.com) y el número gratuito 1-800-252-8263, recursos que puede usar si tiene preguntas sobre su nueva tarjeta YTB de Medicaid.

Su Tarjeta Texas Benefits Medicaid

Your Texas Benefits
Health and Human Services Commission

Member name:

Member ID:

Issuer ID: Date card sent:

Note to Provider:
Ask this member for the card from their Medicaid medical plan. Providers should use that card for billing assistance. No medical plan card? Pharmacists can use the non-managed care billing information on the back of this card.

Need help? ¿Necesita ayuda? 1-800-252-8263

Members: Keep this card with you. This is your medical ID card. Show this card to your doctor when you get services. To learn more, go to www.YourTexasBenefits.com or call 1-800-252-8263.

Miembros: Lleve esta tarjeta con usted. Muestre esta tarjeta a su doctor al recibir servicios. Para más información, vaya a www.YourTexasBenefits.com o llame al 1-800-252-8263.

THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.

Providers: To verify eligibility, call 1-855-827-3747. Non-pharmacy providers can also verify eligibility at www.YourTexasBenefitsCard.com. Non-managed care pharmacy claims assistance: 1-800-435-4165.

Non-managed care Rx billing: RxBIN: 610084 / RxPCN: DRTXPROD / RxGRP: MEDICAID
TX-CA-1213

Si olvida su tarjeta, su médico, dentista o farmacia pueden usar el teléfono o Internet para asegurarse de que obtenga los beneficios 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 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.

¿Qué pasa si pierdo o me roban mi tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas?

Si pierde o le roban su tarjeta de Beneficios de Medicaid de Texas, puede obtener una nueva llamando al número gratuito 1-855-827-3748. Recibirá una tarjeta de Identificación temporal de Medicaid llamada Formulario 1027-A por correo hasta que se pueda imprimir la nueva. El Formulario 1027A les informa a los proveedores sobre usted o su hijo y los servicios que usted o su hijo pueden recibir durante el período de tiempo indicado.

El reverso del Formulario 1027-A le indica cómo y cuándo usar la tarjeta. También hay un recuadro que tiene información específica para proveedores. Debe llevar su Formulario 1027-A y su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First cuando reciba cualquier servicio de atención médica. Deberá mostrar estas tarjetas cada vez que necesite servicios. Puede usar esta tarjeta de Identificación temporal hasta que obtenga una nueva tarjeta de Medicaid Your Texas Benefits.

PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un proveedor de cuidado primario (PCP) es el médico o la clínica de atención médica de usted o de su hijo. Su PCP se ocupará de sus necesidades médicas y actuará como su principal proveedor de atención médica. Si se necesita un especialista o pruebas, su PCP se las solicitará mediante un Envío a Servicios y le indicará cómo programar una cita. Si usted o su hijo necesitan ser admitidos en el hospital, su PCP también puede coordinar su atención.

PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)

Un PCP puede ser un:

- Pediatra
- Médico Familiar o General
- Internista
- Obstetra/Ginecólogo
- Enfermera Practicante (NP) o Asistente Médico (PA)

Recuerde, su PCP es la persona más importante en el equipo de atención médica de usted o en el de su hijo.

NOTA: Para los Miembros de STAR Kids y STAR + PLUS que están cubiertos por Medicare, no se asignará ningún proveedor de cuidado primario.

ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO

¿Cómo puede conseguir mi hijo o yo un proveedor de cuidado primario?

Puede elegir un proveedor de cuidado primario de nuestro Directorio de Proveedores de STAR Kids en CommunityFirstMedicaid.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 si necesita ayuda. Si no elige un proveedor de cuidado primario, se seleccionará uno para usted.

¿Cuándo y por qué debería yo o mi hijo ver a un proveedor de cuidado primario?

Su proveedor de cuidado primario es su mejor recurso para obtener consejos de salud. Debe consultar a su proveedor de cuidado primario con regularidad, incluso si no tiene problemas de salud. Él/ella puede recomendar ciertas pruebas de detección según los factores de salud y brindar la atención preventiva necesaria.

¿Puede una clínica (Clínica de Salud Rural/Centro de Salud Calificado Federalmente) ser mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?

Sí. Puede elegir un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) o una Clínica de Salud Rural (RHC) de nuestro Directorio de Proveedores de STAR Kids.

¿Puede un especialista alguna vez ser considerado un proveedor de cuidado primario?

Si tiene una condición médica muy grave, puede solicitar que un especialista actúe como su proveedor de cuidado primario. El especialista debe ser aprobado por Community First Health Plans. El especialista también debe estar dispuesto a ser su proveedor de cuidado primario.

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

Para la atención de rutina, siempre debe acudir a su proveedor de cuidado primario. Si va a otro médico que no es su proveedor de cuidado primario, es posible que le pidan que firme un formulario que diga que pagará la factura. Puede ir a un médico diferente para los chequeos de Pasos Sanos de Texas o los Servicios de Planificación Familiar.

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

Si tiene un problema urgente, llame primero a su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario o un médico de guardia están disponibles para usted, ya sea en persona o por teléfono, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

También puede llamar a nuestra Línea de Enfermera las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-855-607-7827. La enfermera puede brindarle asesoramiento médico en el hogar o derivarlo a un centro de atención urgente/sala de emergencias de un hospital, si es necesario.

CAMBIO DE PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO

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

Un Representante de Servicios para Miembros puede ayudarle a elegir un nuevo proveedor de cuidado primario. Llame gratis al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827

También puede enviar una solicitud para cambiar su PCP en CommunityFirstMedicaid.com a través de nuestro [Portal para Miembros](#) seguro o escribirnos a:

Community First Health Plans

Atención: Departamento de Servicios para Miembros
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

Para obtener una lista de los PCP dentro de la red Community First, visite nuestro Directorio de Proveedores de STAR Kids en CommunityFirstMedicaid.com.

También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre las calificaciones profesionales de su PCP o para obtener una lista actualizada de PCP dentro de la red y otros proveedores.

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

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de cuidado primario, o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamándonos gratis al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

También puede enviar una solicitud para cambiar su PCP en CommunityFirstMedicaid.com a través de nuestro [Portal para Miembros](#) seguro o escribirnos a:

Community First Health Plans

Atención: Departamento de Servicios para Miembros
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?

Si cambia de proveedor de cuidado primario, el cambio entrará en vigencia de inmediato.

¿Qué sucede si mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo abandona la red de Community First Health Plans?

Le enviaremos una carta para informarle que su proveedor de cuidado primario ha abandonado nuestra red y que hemos elegido un nuevo PCP para usted o su hijo. Si prefiere seleccionar un PCP diferente, llame al Departamento Servicios para Miembros y díganos el médico que desea.

PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)

Si usted o su hijo están recibiendo tratamientos médicamente necesarios, es posible que pueda permanecer con su médico actual, incluso si abandona nuestra red, si está dispuesto a seguir atendiéndole a usted o a su hijo. Cuando encontremos un nuevo médico en nuestra red que pueda brindar el mismo tipo de atención, cambiaremos de médico.

¿Existen motivos por los que se pueda denegar una solicitud para cambiar de proveedor de cuidado primario?

Community First puede denegar su solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario si:

- El médico que eligió no acepta pacientes con sus necesidades.
- El médico que eligió no acepta nuevos pacientes.
- Se encuentra en el hospital cuando realiza la solicitud.

¿Puede mi proveedor de cuidado primario trasladarme a otro proveedor de cuidado primario por incumplimiento?

Sí, por los motivos siguientes:

- Falta a tres citas seguidas durante un período de seis meses y no se comunica con su médico antes de la cita perdida.
- No sigue los consejos de su médico.
- Usted es grosero, abusivo o no colabora con su médico o el personal de su médico.

HACER UNA CITA

¿Cómo programo una cita con mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?

Llame a su proveedor de cuidado primario (PCP) para programar una cita. Puede encontrar su número en su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First. Dígame al consultorio de su PCP que es Miembro de Medicaid de Community First Health Plans y tenga su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First y su tarjeta de Medicaid Your Texas Benefits cuando llame.

¿Qué necesito llevar a mi cita con mi médico o el de mi hijo?

- Su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First
- tarjeta de Medicaid Your Texas Benefits
- Registros de vacunación (vacunas)
- Una lista de todos los medicamentos que usted o su hijo está tomando actualmente
- Lista de verificación de Community First Health Plan

Nos preocupamos por su salud. Los servicios de atención preventiva, como los chequeos médicos regulares con su PCP, son esenciales para ayudar a crear mejores resultados de salud y ayudar a su médico a conocerle a usted o a su hijo para que puedan ayudarlo a planificar sus necesidades de atención médica futuras.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMMUNITY FIRST

Qué preguntar en su chequeo médico

5 preguntas para hacerle a su proveedor de cuidado primario (PCP)

Aquí están algunas preguntas importantes que quizás quiera hacerle a su proveedor de cuidado primario en su próximo chequeo médico. Imprima y lleve esta lista con usted a su cita o búsquela en su teléfono mientras espera que lo atiendan.

- 1 **Así es como me siento. ¿Le parecen normales estos síntomas?** Dígale a su proveedor de cuidado primario exactamente cómo se siente. Sea honesto. Pregunte si lo que siente es normal.
- 2 **¿Qué pruebas de detección necesito?** Pregúntele a su proveedor de cuidado primario si le recomienda ciertos exámenes de detección dependiendo de su edad, sexo y antecedentes familiares.
- 3 **¿Tengo un peso saludable?** Si desea bajar de peso, solicite ayuda para crear un plan de dieta y ejercicio.
- 4 **¿Hay mejores opciones de tratamiento disponibles para mi condición?** Si no está satisfecho con su medicación o tratamiento actual, pregunte por otras opciones.
- 5 **¿Qué debo hacer antes de mi próxima visita?** Pregunte cuándo es su próxima cita y en qué puede trabajar para mejorar para su próxima cita.

PASOS SANOS DE TEXAS

¿Qué es Pasos Sanos de Texas?

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

¿Qué servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

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 recibe una carta de Pasos Sanos de Texas que dice cuando 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.

INFORMACIÓN DEL PLAN DE INCENTIVOS PARA EL MÉDICO

Community First Health Plans no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los servicios médicamente necesarios cubiertos para los Miembros. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de cuidado primario (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al 1-855-607-7827 para más información.

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 Community First Health Plans 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.

¿Mi hijo tiene que ser parte de la red de Community First Health Plans para un chequeo de Pasos Sanos de Texas?

No. Puede utilizar cualquier proveedor de Pasos Sanos de Texas en el estado.

¿Tengo que tener un Envío a Servicios para un chequeo de Pasos Sanos de Texas?

No necesita un Envío a Servicios para recibir un chequeo de Pasos Sanos de Texas.

¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?

Llame a su médico o dentista lo antes posible si no puede asistir a la visita médica o dental de Pasos Sanos de Texas de su hijo. Ellos pueden ayudarlo a reprogramar la cita.

¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad y mi hijo debe someterse a un chequeo de Pasos Sanos de Texas?

Si se ha mudado o está fuera de la ciudad cuando vence el examen de Pasos Sanos de Texas de su hijo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 para obtener ayuda.

¿Y si soy un trabajador agrícola viajero?

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

EXÁMENES MÉDICOS DE PASOS SANOS DE TEXAS

Durante un chequeo médico de Pasos Sanos de Texas, usted o su hijo recibirán lo siguiente:

- Examen físico, medición de altura y peso.

- Historia de salud y desarrollo
- Revisión auditiva y ocular
- Una buena dieta
- Vacunas (cuando sea necesario)
- Análisis de sangre (cuando sea necesario)
- Examen de detección de TB (tuberculosis)

CHEQUEOS DENTALES DE PASOS SANOS DE TEXAS

Su hijo puede comenzar a recibir chequeos dentales cada seis meses entre el 1 y los 20 años. Su hijo puede ver a cualquier dentista que acepte Medicaid. No necesita un Envío a Servicios para recibir atención dental. Durante un chequeo médico de Pasos Sanos de Texas, usted o su hijo recibirán lo siguiente:

- Examen y limpieza de dientes (una vez cada seis meses)
- Atención de emergencia (cuando sea necesario)
- Tratamientos con flúor para prevenir las caries.
- Frenos (cuando sea médicamente necesario)

Estos son servicios que su dentista brindará en su consultorio. Es posible que el dentista deba brindar servicios adicionales en un hospital o en algún otro lugar que no sea su consultorio. Necesitará la aprobación de Community First para esos servicios adicionales.

¿TIENE PREGUNTAS SOBRE LOS PASOS SANOS DE TEXAS?

LLAME AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MiembroS AL **1-855-607-7827** O A PASOS SANOS DE TEXAS AL **1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS)** SIN CARGO SI:

- Necesita ayuda para encontrar un médico o dentista.
- Necesita ayuda para programar un chequeo.
- Tiene preguntas sobre chequeos o Pasos Sanos de Texas.
- Necesita ayuda para encontrar y obtener otros servicios.

Si no puede llevar a su hijo al chequeo, es posible que Medicaid pueda ayudarlo. Los niños con Medicaid y sus padres pueden obtener transporte gratuito de ida y vuelta al médico, dentista, hospital o farmacia. Llame al 1-888-444-0307 para obtener ayuda con el transporte médico que no sea de emergencia.

TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA

CUIDADO MÉDICO DE RUTINA

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina es la atención regular que recibe de su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudarlo a mantenerse saludable, como chequeos regulares. Puede llamar a su PCP para programar una cita para recibir atención médica de rutina. La atención médica de rutina incluye:

- Chequeos regulares
- Tratamiento cuando está enfermo

TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA

- Atención de seguimiento cuando se realice pruebas médicas
- Recetas médicas

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

Comuníquese con su PCP para programar una cita para atención médica de rutina, incluidos chequeos médicos regulares.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Puede esperar recibir atención médica de rutina dentro de dos semanas.

ATENCIÓN MÉDICA URGENTE

¿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:

- 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 médico le dirá qué hacer. En algunos casos, el médico quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el médico 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 Community First Health Plans.

Los Miembros de Community First también pueden obtener atención médica de urgencia en el hogar, para el mismo día, a través de DispatchHealth. Pida una cita llamando al 210-245-7120 o visite Request.DispatchHealth.com.

Para recibir ayuda, llámenos gratis al Departamento de Servicios para Miembros 1-855-607-7827. También puede llamar a nuestra Línea de Enfermera las 24 horas al 1-855-607-7827 para que le ayuden a obtener la atención que necesita.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

Podrá ver a su médico dentro de 24 horas para una cita de cuidado urgente. Si su médico le dice que vaya a una clínica de Cuidado Urgente, no necesita llamar a la clínica antes de ir. La clínica de cuidado urgente tiene que aceptar Community First Health Plans Medicaid.

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

¿Qué es la atención médica de emergencia?

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

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 significa:

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 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.

¿Qué hago en caso de una verdadera emergencia?

- Diríjase a la sala de emergencias más cercana
- Llame al 911 si necesita ayuda para llegar al hospital.
- Llame a su médico personal lo antes posible después de su atención de emergencia.
- Su médico personal le brindará atención de seguimiento.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan para recibir atención de emergencia?

Será atendido lo antes posible. Es posible que deba esperar si su lesión no es grave. Si tiene una lesión potencialmente mortal, recibirá atención médica de inmediato.

¿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 1-855-607-7827 o llame al 911.

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

Community First 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.

ESPECIALISTAS Y ENVÍO A SERVICIOS

- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.
- Hospital, doctores y servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

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

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al 1-855-607-7827 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 1-855-607-7827.

¿Qué pasa si estoy fuera del estado?

Cubrimos verdaderas emergencias en cualquier lugar de Estados Unidos.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

ESPECIALISTAS Y ENVÍO A SERVICIOS

¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos ver a un médico especial (especialista)?

Su PCP lo enviará a ver a un especialista si necesita más atención o servicios diferentes.

¿Qué es un envío a servicios?

Si su médico cree que necesita ver a un especialista, es posible que necesite la aprobación de Community First. Su médico se encargará del papeleo, llamado Envío a Servicios, y puede ayudarle a programar la cita. Si necesita ayuda adicional, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué tan pronto puedo esperar mi hijo o yo ser atendido por un especialista?

Debería ser atendido dentro de dos semanas. Si tiene un problema urgente, el especialista debe atenderlo dentro de las 48 horas. Si no puede obtener una cita dentro de estos plazos, llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

¿Puedo obtener una segunda opinión?

Siempre puede obtener una segunda opinión. El segundo médico debe estar en nuestra red. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar otro médico.

¿Qué servicios no necesitan un envío a servicios?

- Servicios de salud conductual
- Servicios de embarazo y parto
- Exámenes de la vista para todos los Miembros
- Anteojos para Miembros menores de 21 años
- Chequeos de Pasos Sanos de Texas de cualquier proveedor de Medicaid
- Servicios de planificación familiar de cualquier proveedor de Medicaid

BENEFICIOS DE SU PLAN

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica o los de mi hijo? ¿Cómo puedo obtener estos servicios?

Su proveedor de cuidado primario trabajará con usted para asegurarse de que reciba los servicios que usted o su hijo necesitan. Estos servicios deben ser brindados por su médico o su médico debe derivarlos a otro proveedor . A continuación, se incluye una lista de algunos de los beneficios de atención médica que puede obtener como Miembro de Community First:

CUADRO DE BENEFICIOS

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
Servicios de ambulancia	Emergencia y no emergencia
Servicios de audiología	Incluye audífonos para niños y adultos
Servicios de salud conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años) • Servicios de salud mental aguda para pacientes hospitalizados para adultos • Servicios de salud mental • Servicio de psiquiatría • Servicios de rehabilitación de salud mental (MHR) • Servicios de asesoramiento para adultos (mayores de 21 años) • Servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Evaluación ◦ Servicios de desintoxicación ◦ Consejo ◦ Terapia asistida por medicamentos • Servicios residenciales de tratamiento de trastornos por uso de sustancias, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Servicios de desintoxicación ◦ Tratamiento de trastornos por uso de sustancias (incluidos alojamiento y comida)
Servicios de parto	Proporcionado por un médico o una Enfermera Partera Certificada (CNM) en un centro de maternidad autorizado
Servicios relacionados con el cáncer	Detección, diagnóstico y tratamiento
Servicios de quiropráctica	
Diálisis	
Equipo Médico Duradero (DME) y suministros relacionados	
Servicios de Intervención de Temprana Infancia (ECI)	

BENEFICIOS DE SU PLAN

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
Servicios de emergencia	
Servicios de planificación familiar	
Servicios de atención médica a domicilio	
Servicios hospitalarios	<p>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes hospitalizados por afecciones psiquiátricas agudas en un hospital psiquiátrico independiente en lugar de un entorno hospitalario de atención aguda para pacientes hospitalizados • Servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias en un centro de tratamiento por dependencia de sustancias químicas en lugar de un entorno hospitalario para pacientes hospitalizados de atención aguda • Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno hospitalario
Servicios de laboratorio	
Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados	<p>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios brindados en un hospital para pacientes ambulatorios y en un centro de atención médica ambulatoria según sea clínicamente apropiado • Servicios médicos y profesionales proporcionados en un consultorio, paciente hospitalizado o ambulatorio para: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Todas las etapas de la reconstrucción de las mamas en las que se han realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios ◦ Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr un aspecto simétrico ◦ Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. ◦ Mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de mama • Prótesis mamaria externa para las mamas en las que se han realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios
Servicios de chequeos médicos y del Programa de Atención Integral (CCP)	<p>Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años) a través del programa Pasos Sanos de Texas, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de enfermería privada • Servicios del Centro de Atención Pediátrica Extendida Recetada (PPECC), • Servicios de médico certificado en cuidados respiratorios • Terapias <ul style="list-style-type: none"> ◦ Habla ◦ Ocupacional ◦ Física

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
Evaluación oral y barniz de flúor	Junto con el chequeo médico de Pasos Sanos de Texas para niños (de 6 meses a 35 meses)
Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios	Incluyendo medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por farmacias y administrados por proveedores
Podología	
Cuidado prenatal	Proporcionado en un centro de maternidad autorizado por un: <ul style="list-style-type: none"> • Médico • Enfermeras Obstetricas (CNM) • Enfermera Practicante (NP) • Especialistas en Enfermería clínica (CNS) • Asistente Médico (PA)
Servicios de cuidados primarios	
Servicios de prevención	Incluye un chequeo médico anual para adultos para pacientes de 21 años o más
Radiología, imágenes y rayos X	
Servicios de médicos especializados	
Administración de Casos Específicos de Salud Mental (TCM)	
Servicios de Rehabilitación de Salud Mental (MHR)	
Terapia	Incluye física, ocupacional y del habla
Trasplante de órganos y tejidos.	
Vista	Incluye optometría y anteojos. Los lentes de contacto solo están cubiertos si son médicamente necesarios para la corrección de la vista que no se puede lograr con anteojos
Telemedicina	
Tele-monitorización	En la medida en que lo cubra el Código de Gobierno de Texas §531.01276
Telesalud	

¿Cómo puedo obtener más información sobre estos servicios?

Para obtener más información sobre sus beneficios o los de su hijo como Miembro de Community First, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

LÍMITES DE SERVICIOS CUBIERTOS

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?

Es posible que haya límites para algunos servicios cubiertos según su edad. Si tiene preguntas sobre los límites de los servicios cubiertos, consulte a su médico o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

¿Qué servicios no están cubiertos?

La siguiente es una lista de algunos de los servicios **NO** cubiertos por el Programa STAR Kids o Community First Health Plans.

- Atención de rutina fuera del área
- Servicios fuera de Estados Unidos
- Cirugía o procedimientos experimentales
- Cirugía ocular para corregir la miopía, la hipermetropía o la visión borrosa
- Abortos no cubiertos por las regulaciones federales y estatales
- Acupuntura
- Tratamientos de infertilidad, incluida la inseminación artificial y la fertilización invitro
- Reversión de la esterilización voluntaria
- Cuidado de custodia como cocinar, limpiar, bañar y alimentar, que no son médicamente necesarios
- Artículos de conveniencia personal, como televisión, teléfono o artículos de aseo personal, que no son médicamente necesarios.
- Cirugía plástica o cosmética que no sea médicamente necesaria
- Cirugía de cambio de sexo
- Autopsia

Si tiene preguntas sobre si un servicio está cubierto o no, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO

¿Qué beneficios adicionales obtengo como Miembro de Community First Health Plans?

Community First Health Plans ofrece los servicios de valor agregado a nuestros Miembros. Estamos aquí para ayudarle a usted y a su familia en cada paso del camino.

Los Miembros de Community First del programa STAR Kids reciben los siguientes servicios de valor agregado sin costo:*

SERVICIO DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Ayuda adicional para obtener transporte (pases de autobús) para los miembros, sus hermanos y sus padres o tutores legales a lugares como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El supermercado • Servicios comunitarios • Eventos organizados por Community First • Clases de educación para la salud • Reuniones del grupo asesor de miembros • WIC (El Programa para Mujeres, Bebés y Niños) • Oficinas de la administración del seguro social para presentar solicitudes de empleo y vivienda • Sitios de votación para votar elecciones locales y nacionales • Médico autorizado por la administración del seguro social para las citas solicitadas para la determinación y los servicios de incapacidad 	<p><i>No se proporcionan pases de autobús a niños menores de 18 años a menos que estén con sus padres o tutores. Son sólo para uso no médico. Este servicio está disponible solo para rutas de servicio de autobús dentro de San Antonio, y las rutas las ofrece VIA Metropolitan Transit.</i></p>
<p>Manejo de enfermedades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de pérdida de peso Y - 16 Semanas para el bienestar: Un programa sin costo para personas interesadas en implementar y mantener un estilo de vida saludable. El programa incluye una membresía gratuita de 4 meses en YMCA para dos adultos y hasta 4 niños • Programa de prevención de diabetes de YMCA: Un programa gratuito, de un año de duración y basado en evidencia para ayudar a las personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El programa incluye una membresía gratuita de 4 meses en YMCA para dos adultos y hasta 4 niños 	<p><i>Debe asistir a las sesiones educativas 1 a 4 para recibir membresía de YMCA.</i></p> <p><i>Los miembros deben tener 18 años o más para participar en el programa de prevención de diabetes de la YMCA y 13 años o más para participar en el programa de pérdida de peso de la Y.</i></p>

SERVICIO DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Servicios de visión adicionales, que incluyen hasta \$125 para monturas o \$75 para lentes de contacto</p>	<p><i>Tanto las monturas como los lentes de contacto deben ser médicamente necesarios. Disponible todos los años para miembros de 20 años o menos. Las gafas o lentes de contacto sólo se pueden reemplazar cuando hay un cambio en la visión. Los anteojos o lentes de contacto perdidos o rotos se pueden reemplazar según lo permita el programa de beneficios.</i></p>
<p>Servicios de farmacia/beneficios de venta libre, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una asignación de \$30 por trimestre para productos de venta libre para la familia del miembro, que incluye artículos para el hogar, cuidado personal, cuidado bucal y artículos para niños/as. • Hasta 80% de descuento en medicamentos recetados para familiares de miembros que no tienen cobertura de Medicaid o CHIP 	<p><i>La asignación excluye cerveza, vino, alcohol, cigarrillos y artículos cubiertos por los beneficios de farmacia del plan.</i></p>
<p>Exámenes físicos deportivos y escolares Un examen físico gratuito por año calendario para uso deportivo, escolar u otras actividades físicas</p>	<p><i>Para miembros de 20 años o menos. El proveedor puede realizar el examen físico junto con una visita de pasos sanos de Texas, un examen de niño sano o una visita de cuidados intensivos.</i></p>
<p>Ayuda para miembros con asma que participan en el asma importa: programa de manejo del asma, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 mascarilla con cámara de aerosol tamaño adulto o niño cada año • 1 funda de almohada protectora antialérgica cada año • Tarjeta de regalo de \$10 por completar la educación sobre el asma • Tarjeta de regalo de \$10 por recibir la vacuna contra la gripe • Hasta \$80 en tarjetas de regalo por completar visitas domiciliarias con San Antonio Kids BREATHE <ul style="list-style-type: none"> ◦ \$35 por la primera visita ◦ \$10 por segunda visita ◦ \$35 por tercera visita 	<p><i>Las tarjetas de regalo no se deben utilizar para comprar cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni medicamentos de venta libre.</i></p>
<p>Visitas domiciliarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 comidas preparadas y entregadas en casa después de una estadía en el hospital 	

SERVICIO DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Asistencia telefónica para miembros de STAR Kids que califiquen para el programa federal Lifeline. Los miembros pueden obtener un teléfono inteligente gratuito con minutos, mensajes de texto, almacenamiento y llamadas internacionales según lo determine el proveedor. Llamadas ilimitadas a Servicios para miembros, defensores de miembros y coordinadores de servicios a través de nuestra línea gratuita y mensajes de texto gratuitos de educación sobre salud.</p>	<p><i>Limitado a uno por hogar. El/la miembro puede obtener un teléfono celular gratis o usar el suyo. El servicio se brinda a través de las siguientes opciones de plan según el área de cobertura: SafeLink Wireless y Life Wireless.</i></p>
<p>Ayuda adicional para mujeres embarazadas que participan en el programa de maternidad expectativas saludables, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mami y Yo Baby Shower • Un asiento de seguridad para bebés o corral de bebé y cuna portátil gratuito • Bolsa de pañales gratuita con artículos para bebé, incluidas toallitas húmedas y otros artículos • Regalos gratis para los padres que asisten al Mami y Yo Baby Shower con mamá <p>Para miembros embarazadas que participan tanto en expectativas saludables como en el club maternal Community Health:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un educador de salud asignado a usted para ayudarla a encontrar servicios de salud, recursos comunitarios y guiarla durante el embarazo y más allá • Educación sobre el embarazo, parto, posparto y el bebé • Asiento de seguridad para bebés o corral de bebé y cuna portátil gratuito, lo que no se haya recibido en el Mami y Yo Baby Shower 	<p><i>Limitado a un Baby Shower por embarazo, a menos que tenga más de un bebé (es decir, gemelos). Los miembros recibirán una bolsa de pañales y la opción de un asiento de seguridad para bebés o corral de bebé y cuna portátil.</i></p> <p><i>El club de salud comunitario materno está limitado a miembros embarazadas que también estén en el programa expectativas saludables.</i></p>

SERVICIO DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Servicios de salud y bienestar, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento elevado gratuito para niños de 4 a 10 años que estén al día con sus controles de pasos sanos de Texas • Apoyo gratuito y personalizado y las herramientas y estrategias para mantenerlo/a motivado/a y ayudarlo a dejar de fumar por teléfono o en línea. Incluye entrenamiento, educación, actividades y más • Servicios notariales gratuitos para documentos como poderes médicos, agentes de salud registrados y testamentos en vida • Oportunidad de asistir de forma gratuita a eventos especiales de educación sanitaria estacionales y comunitarios, tanto presenciales como virtuales, en los que los miembros pueden recibir formación sanitaria sobre temas como la telesalud, los hábitos saludables, nuevos beneficios, etc. 	<p><i>El asiento elevado para niños pequeños debe usarse de acuerdo con las pautas de seguridad.</i></p> <p><i>Para recibir servicios notariales, los miembros deben tener una tarjeta de identificación o licencia de conducir válida emitida por el estado.</i></p>
<p>Programas de ejercicio y juego saludable, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$150 de subsidio por año para un campamento a elección del miembro. • Clases de Zumba gratuitas para los miembros y sus familias con un obsequio de gimnasia gratuito, que incluye la opción de un disco volador (frisbee), una botella de agua o bandas de ejercicio • Programa gratuito de seguridad y reparación de bicicletas con obsequio gratuito 	<p><i>Válido para miembros de 3 a 20 años. El campamento debe ser aprobado por el departamento de coordinación de servicios de Community First 30 días antes de la fecha de inicio del campamento. La asignación se pagará directamente al proveedor del campamento. El miembro debe estar al día con los controles de pasos sanos de Texas. Los miembros que reciben un servicio igual o similar en una exención HHSC y/o de un recurso federal, del gobierno estatal o comunitario no son elegibles.</i></p>
<p>Cuidados de relevo a domicilio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de relevo a domicilio, hasta 8 horas de servicios de relevo en el hogar por año para miembros de STAR Kids sin exención 	
<p>Programa de incentivos de seguimiento para pacientes hospitalizados para miembros que participan en mente sana: programa de salud del comportamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de regalo de \$25 por completar una visita de seguimiento con un proveedor de salud conductual dentro de los 7 días posteriores al alta de un hospital o centro de salud mental, previa solicitud 	<p><i>Las restricciones de las tarjetas de regalo incluyen que no se puede comprar cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni medicamentos sin receta.</i></p>

SERVICIO DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Recursos de salud mental en línea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una página dedicada a recursos e información en CommunityFirstMedicaid.com 	
<p>Programas de regalos, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$90 en tarjetas de regalo por completar los exámenes de pasos sanos de Texas y la evaluación de salud de Community First entre los 2 y los 30 meses • Hasta \$180 en tarjetas de regalo por completar cada uno de los exámenes de pasos sanos de Texas y la evaluación de salud de Community First entre las edades de 3 y 20 años • Hasta \$25 en tarjetas de regalo por completar la evaluación de salud de Community First y recibir vacunas para adolescentes (para niños de 9 a 13 años) • Tarjeta de regalo de \$10 para los nuevos miembros de Community First STAR Kids que completen la evaluación de salud de Community First y proporcionen una dirección de correo electrónico • Hasta \$20 en tarjetas de regalo por completar la serie de vacunación contra el rotavirus para miembros de 42 días a 8 meses de edad • Hasta \$60 en tarjetas de regalo para miembros con diabetes que participan en diabetes en control: programa de manejo de la diabetes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tarjeta de regalo de \$20 por completar la evaluación de diabetes de Community First ○ Tarjeta de regalo de \$10 por completar educación sobre la diabetes ○ Tarjeta de regalo de \$10 por recibir un examen de la vista con dilatación de pupilas ○ Tarjeta de regalo de \$10 una vez cada seis meses por enviar resultados de A1c 	<p><i>Las restricciones de las tarjetas de regalo incluyen que no se puede comprar cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni medicamentos sin receta.</i></p>

SERVICIO DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Programas de regalos, continuado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$150 para miembros embarazadas que participan en el programa de maternidad expectativas saludables: <ul style="list-style-type: none"> ◦ \$30 por asistir al Mami y Yo Baby Shower ◦ \$30 por completar la evaluación de maternidad de Community First y aceptar recibir mensajes de texto de educación sobre la salud ◦ \$30 por completar una visita prenatal ◦ \$30 por recibir la vacuna contra la gripe durante el embarazo ◦ \$30 por completar una visita posparto entre 7 y 84 días después del parto • Reembolso de hasta \$30 por clases de preparación al parto o artículos relacionados con el embarazo, como una almohada para embarazadas 	<p><i>La fecha de la visita prenatal debe ocurrir en el primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción en Community First.</i></p> <p><i>La fecha de la visita posparto debe ocurrir antes de que finalice la elegibilidad del Miembro.</i></p> <p><i>Community First reembolsará las clases de parto en el hospital en las que el miembro de Community First STAR Kids dé a luz a su bebé.</i></p>

*Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Llame al 210-358-6055 o envíe un correo electrónico a healthyhelp@cfhp.com para ver si califica para servicios de valor agregado específicos.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Para saber cómo puede recibir estos beneficios como Miembro de Community First Health Plans en el programa STAR Kids, llame al 210-358-6055.

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece Community First Health Plans?

Además de los beneficios adicionales, Community First también ofrece programas de educación para la salud sin costo para ayudarlo a mantenerse saludable. Nuestros programas de salud y bienestar incluyen:

- **Diabetes en control, programa de control de la diabetes:** los Miembros participantes recibirán información continua sobre temas como el control de su nivel de azúcar en sangre, consejos para hablar con su médico, pruebas de detección de diabetes de rutina, su función para comprender la diabetes y prevenir complicaciones, pruebas y suministros de azúcar en sangre y qué hacer cuando está enfermo.
- **El asma importa, programa de manejo del asma:** los Miembros participantes recibirán información continua para ayudarlo a comprender las causas o los desencadenantes de su asma; cómo trabajar hacia una función pulmonar normal o casi normal; cómo participar de forma segura en la actividad física sin tener síntomas de asma; consejos para disminuir la frecuencia y severidad de los brotes; cómo tener un sueño más relajado; y aumentar su calidad de vida.

- **Programa de maternidad Expectativas Saludables:** los Miembros participantes recibirán información continua sobre la salud prenatal; un baby shower con regalos; visitas domiciliarias para embarazos de alto riesgo; información sobre cómo cuidar a su bebé después de que nazca; acceso a un asesor de lactancia; y más.
- **Vida saludable, programa de manejo de estilo de vida saludable:** los Miembros participantes recibirán información continua y apropiada para su edad sobre el manejo del estrés; dejar de fumar; ejercicios; un estilo de vida saludable para el corazón; y una lista de recursos comunitarios que ofrecen clases de nutrición, dejar de fumar y ejercicios.
- **Corazón sano, programa de control de la presión arterial:** los Miembros participantes recibirán educación continua y apropiada para su edad sobre la presión arterial alta; uso apropiado de medicamentos; ejercicio; y enfermedad renal. También se les proporciona una lista de recursos comunitarios que ofrecen programas de presión arterial, nutrición y acondicionamiento físico.
- **Mente sana, programa de administración de salud conductual:** los Miembros participantes recibirán orientación para ayudar a determinar el tipo de asistencia de salud conductual necesaria e información para ayudarle a elegir un consejero profesional o médico u otros servicios de salud mental, incluidos los servicios de asesoramiento para pacientes ambulatorios; asesoramiento individual, familiar y grupal; y tratamientos alternativos.

Su médico puede recomendarle a usted o a su hijo participar en uno de los programas de salud y bienestar de Community First. Si está interesado o desea obtener más información sobre estos programas, visite CommunityFirstHealthPlans.com/Health-and-Wellness-Programs o envíe un correo electrónico a healthyhelp@cfhp.com.

Los Miembros también recibirán educación sobre la salud en todos los chequeos de Pasos Sanos de Texas.

Community First también ofrece otras herramientas para ayudar a brindar servicios personalizados de atención médica preventiva, que incluyen:

- Evaluaciones de riesgos para la salud de los Miembros
- Recordatorios de la vacuna contra la gripe
- Recordatorios de salud para mujeres
- Recordatorios de chequeos médicos

SERVICIOS Y APOYO A LARGO PLAZO (LTSS)

Los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) son beneficios que lo ayudan a mantenerse seguro e independiente en su hogar o comunidad. LTSS lo ayuda con necesidades funcionales como bañarse, vestirse, tomar medicamentos o preparar comidas.

Los Miembros de STAR Kids que tienen una necesidad evaluada de LTSS, identificada por el Instrumento de Evaluación y Detección de STAR Kids (SK-SAI), pueden recibir los servicios que se enumeran a continuación.

SERVICIOS Y APOYO A LARGO PLAZO (LTSS)

CUADRO DE SERVICIOS Y APOYO A LARGO PLAZO (LTSS)

LTSS	DESCRIPCIÓN
Servicios de salud durante el día (DAHS) para Miembros de 18 a 20 años	DAHS incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería y cuidado personal • Servicios de extensión de terapia • Servicios de nutrición • Servicios de transporte • Otros servicios de apoyo
Servicios de Cuidado Personal (PCS)	Servicios que brindan asistencia con las actividades de la vida diaria (AVD)
Centro de Cuidados Prolongados Pediátricos Recetados (PPECC)	PPECC es una instalación que brinda servicios básicos fuera del hogar, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos, de enfermería, psicosociales, terapéuticos y de desarrollo para Miembros menores de 21 años (hasta 12 horas por día)
Enfermería Privada (PDN)	PDN son servicios de enfermería para Miembros que: <ul style="list-style-type: none"> • Cumplen con los criterios de necesidad médica, y • Que requieren atención especializada individualizada y continua

Los Miembros de STAR Kids que tienen una necesidad evaluada de LTSS y que cumplen con un nivel institucional de atención (LOC), pueden recibir el siguiente servicio a través de Community First Choice.

CUADRO DE SERVICIOS DE COMMUNITY FIRST CHOICE (CFC)

LTSS	DESCRIPCIÓN
Servicios de Asistencia Personal (PAS)	Servicios que brindan asistencia con las actividades de la vida diaria (ADLs)
Habilitación	Servicios que brindan la adquisición, el mantenimiento y la mejora de las habilidades necesarias para que los Miembros realicen actividades de la vida diaria
Servicios de Respuesta a Emergencias (ERS)	Sistemas y soportes electrónicos de respaldo
Gestiones de apoyo	Capacitación brindada a los Miembros, Representantes Legalmente Autorizados (LAR) o Representantes Autorizados (AR) sobre cómo administrar y despedir a sus asistentes

SERVICIOS ADICIONALES DEL PROGRAMA PARA NIÑOS MÉDICAMENTE DEPENDIENTES

Los Miembros de STAR Kids en el Programa para Niños Medicamente Dependientes (MDCP) son elegibles para servicios adicionales como una alternativa rentable a vivir en un centro de enfermería. El recibo de los servicios de MDCP no afecta la elegibilidad

de un Miembro para otros LTSS disponibles para STAR Kids. Los servicios adicionales disponibles para los Miembros de STAR Kids en MDCP incluyen:

- Ayudas adaptativas
- Asistencia en relación con el empleo
- Servicios de administración financiera
- Servicios de apoyo familiar flexibles
- Modificaciones menores en el hogar
- Servicios de relevo
- Apoyo al empleo
- Servicios de asistencia de transición

OPCIONES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS LTSS

¿Cómo puede recibir mi hijo o yo los beneficios de LTSS?

Los Miembros de STAR Kids pueden elegir entre tres opciones de entrega de servicios para la entrega de su LTSS.

1. Opción de agencia

Los Miembros que elijan el modelo de agencia seleccionarán una agencia de una lista de proveedores de Community First contratados para brindar servicios a largo plazo

2. Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDS)

Los Miembros que eligen CDS tienen la autoridad para autodirigir ciertos servicios. CDS permite más opciones y control. Con CDS, puede encontrar, seleccionar, capacitar, contratar y despedir (si es necesario) a las personas que le brindan servicios (su personal). Si elige estar en CDS, contratará a una Agencia de Servicios de Administración Financiera (FMSA). FMSA proporcionará capacitación, manejará la nómina y presentará sus impuestos.

3. Opción de Responsabilidad del Servicio (SRO)

En el modelo SRO, una agencia es el empleador del asistente y maneja los detalles del negocio (por ejemplo, el pago de impuestos y la nómina). La agencia también orienta a los asistentes a las políticas y estándares de la agencia antes de enviarlos al hogar del Miembro.

Comuníquese con su Coordinador de Servicios o llame a Coordinación de Servicios de Community First al 210-358-6403 para obtener más información sobre los beneficios de LTSS y las opciones de entrega.

¿Cómo puedo obtener estos servicios u obtener más información sobre LTSS?

Para obtener servicios u obtener más información sobre LTSS, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

LTSS Y PLANES ESTATALES

Estoy recibiendo servicios del Programa de Niños Medicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo recibiré los Servicios de Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de una Enfermera Particular (PDN) y Community First Choice (CFC), así como todos los servicios del MDCP, se prestarán a través de la Community First Health Plans STAR Kids. Favor de comunicarse con su Coordinador de Servicios de Community First Health Plans si necesita ayuda con el acceso a estos servicios.

Estoy recibiendo Servicios de Empoderamiento Juvenil (programa opcional YES).

¿Cómo recibiré los Servicios de Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de una Enfermera Particular (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de Community First Health Plan de STAR Kids. Los servicios del programa opcional YES se prestarán a través del Departamento Estatal de Servicios de Salud. Favor de comunicarse con su Coordinador de Servicios de Community First Health Plans si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al Administrador de Casos de la Autoridad Local de Servicios de Salud Mental (LMHA) con preguntas específicas sobre el Programa Opcional YES.

Estoy recibiendo servicios del Programa Opcional de Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS). ¿Cómo recibiré los Servicios de Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de una Enfermera Particular (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de Community First Health Plans de STAR Kids. Sus servicios opcionales del Programa CLASS se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. Favor de comunicarse con su Coordinador de Servicios de Community First Health Plans si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al Administrador de Casos de CLASS con preguntas específicas sobre el Programa Opcional CLASS.

Estoy recibiendo Servicios del Programa Opcional para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo recibiré los Servicios de Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de una Enfermera Particular (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de Community First Health Plans de STAR Kids. Los servicios opcionales del DBMD se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. Favor de comunicarse con su Coordinador de Servicios de Community First Health Plans si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al Administrador de Casos del DBMD con preguntas específicas sobre el programa opcional para DBMD.

Estoy recibiendo servicios del Programa Opcional de Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS). ¿Cómo recibiré los Servicios de Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de una Enfermera Particular (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de Community First Health Plans de STAR Kids. Los servicios opcionales de HCS se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. Favor de comunicarse con su Coordinador de Servicios de Community First Health Plans si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al Coordinador de Servicios de HCS por medio de la Autoridad Local de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (LIDDA) con preguntas específicas sobre el programa opcional de HCS.

Estoy recibiendo servicios del Programa Opcional de Texas para Vivir en Casa (TxHmL). ¿Cómo recibiré los Servicios de Apoyo a Largo Plazo (LTSS)?

Los LTSS de un plan estatal, tales como Servicios de Atención Personal (PCS), Servicios de una Enfermera Particular (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de Community First Health Plans de STAR Kids. Los servicios opcionales de TxHmL se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. Favor de comunicarse con su Coordinador de Servicios de Community First Health Plans si necesita ayuda con el acceso a estos servicios. También puede contactar al Coordinador de Servicios de TxHmL por medio de la Autoridad Local de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (LIDDA) con preguntas específicas sobre el programa opcional de TxHmL

¿Cambiarán mis beneficios de STAR Kids si mi hijo o yo estamos en un centro de enfermería?

No. Sus beneficios y servicios de STAR Kids no cambiarán si ingresa a un centro de enfermería.

¿Seguiré recibiendo los beneficios de STAR Kids si ingreso a un Centro para Convalecientes?

Un Miembro de STAR Kids que ingresa en un Centro para Convalecientes o centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID) seguirá siendo Miembro de STAR Kids. Cuando un Miembro de STAR Kids es residente de un Centro para Convalecientes o ICF/IID, Community First Health Plans tiene que brindar coordinación de servicios y cualquier servicio cubierto que ocurra fuera del Centro para Convalecientes o ICF/IID. Durante la estancia en el Centro para Convalecientes o ICF/IID, de Community First Health Plans STAR Kids tiene que trabajar con el Miembro y el Representante Legalmente Autorizado (LAR) para identificar programas de Servicios en la Comunidad (CS) y programas de servicios de apoyo a largo plazo (LTSS) que le ayudarán al Miembro a volver a la comunidad.

SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS

El cuidado intensivo es un nivel de atención médica en el que se trata a un paciente por necesidades a corto plazo. El cuidado intensivo a menudo se realiza en un hospital o en el consultorio del médico para un tratamiento rápido y urgente. Su médico trabajará con usted para asegurarse de que reciba los servicios que necesita. Los servicios de cuidados intensivos que se enumeran a continuación están cubiertos por su plan.

CUADRO DE SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS

SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS	DESCRIPCIÓN
Servicios de ambulancia	
Servicios de audiología	Incluye prótesis auditiva
Servicios de salud conductual	Incluye los siguientes servicios <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios • Servicios de dependencia de sustancias químicas para pacientes ambulatorios niños • Servicios de desintoxicación • Servicio de psiquiatría
Servicios de parto	Proporcionados por un médico o partera certificada en un centro de maternidad
Servicios de quiropráctica	
Diálisis	
Equipo Médico Duradero (DME) y suministros relacionados	
Servicios de intervención en la Temprana infancia (ECI)	
Servicios de emergencia	
Servicios de planificación familiar	
Servicios de atención médica a domicilio	
Servicios hospitalarios	Incluye servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios
Servicios de laboratorio	
Servicios de chequeos médicos y del Programa de Atención Integral (CCP)	Incluye Pasos Sanos de Texas para niños menores de 20 años
Evaluación oral y barniz de flúor	Junto con el chequeo médico de Pasos Sanos de Texas para niños (de 6 meses a 35 meses)
Optometría	Incluye anteojos y lentes de contacto, si es médicamente necesario
Podología	
Cuidado prenatal	
Servicios de cuidados primarios	

SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS	DESCRIPCIÓN
Radiología, imágenes y rayos X	
Servicios de médicos especializados	
Terapias	Incluye terapia física, ocupacional y del habla
Trasplante de órganos y tejidos.	
Servicios de la visión	

Los Miembros de STAR Kids que tienen otro seguro, como Medicare o un seguro privado, recibirán la mayoría de sus servicios de atención aguda a través de su seguro primario. Los Miembros reciben atención dental a través de su aseguradora principal, a través de su Organización de Mantenimiento Dental (DMO) de Medicaid seleccionada o mediante un modelo de pago por servicio de Medicaid.

¿Cómo puedo obtener servicios de cuidados intensivos y obtener más información sobre ellos?

Para obtener más información sobre los servicios de cuidados intensivos cubiertos por su plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

SALUD DEL COMPORTAMIENTO Y USO DE SUSTANCIAS

¿Cómo obtengo ayuda si mi hijo o yo tenemos problemas de salud conductual (mental), alcoholismo o drogas?

Los beneficios de salud del comportamiento de Medicaid cubren:

- Atención de problemas mentales o emocionales.
- Atención para trastornos por consumo de sustancias o problemas con el alcohol

Llame a la línea directa de salud conductual de STAR Kids al 1-844-541-2347 si tiene un problema urgente. Puede pedir ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Para una emergencia de salud conductual, llame o envíe un mensaje de texto al 988 para comunicarse con la línea de vida contra el suicidio y la crisis o vaya a la sala de emergencias más cercana.

¿Necesito un envío a servicios para esto?

No necesita un envío a servicios de salud mental o abuso de sustancias. Si tiene un problema debido a una enfermedad mental, alcohol o drogas, llámenos. Puede pedir ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un Representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a encontrar profesionales cerca de usted.

¿Qué son los servicios de Rehabilitación de Salud Mental (MHR) y la Administración de Casos Específicos de Salud Mental (TCM)? ¿Cómo puedo obtener estos servicios?

Estos son servicios que ayudan a los Miembros con enfermedades mentales graves, problemas de comportamiento o emocionales. Podemos ayudar a los Miembros a obtener acceso a la atención y el apoyo de la comunidad a través de MHR y TCM de salud mental. Para obtener ayuda, llame al 1-855-607-7827.

AYUDA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA

ATENCIÓN VIRTUAL DE SALUD MENTAL

Community First Health Plans se ha asociado con Charlie Health para ofrecer a los miembros de 11 a 33 años servicios virtuales de salud mental que incluyen terapia individual, grupal y familiar. Para obtener más información sobre Charlie Health u obtener estos servicios, llame al 1-866-935-3297 o visite [CharlieHealth.com](https://charliehealth.com).

ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO

El análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) es un enfoque de tratamiento para niños diagnosticados con el trastorno del espectro autista (ASD, por sus siglas en inglés). Los analistas de conducta autorizados (LBA) pueden brindar servicios de ABA si a su hijo/a le han diagnosticado ASD. ABA puede ayudar a fomentar comportamientos positivos y adaptativos y aplicar habilidades en entornos cotidianos, ayudando a mejorar la salud, la seguridad o la independencia de su hijo/a. Para solicitar una evaluación para ver si su hijo/a califica para los servicios ABA de Medicaid, llame a:

- El proveedor de atención primaria de su hijo/a.
- Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827.

AYUDA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA

OTROS SERVICIOS

¿Qué otros servicios puede ayudarme a obtener Community First Health Plans?

Community First Health Plans puede ayudar a los Miembros a obtener servicios no capitados. Los servicios no capitados son programas y servicios de Texas Medicaid que no están incluidos en los servicios cubiertos de Community First Health Plans. Sin embargo, los Miembros pueden ser elegibles para recibir servicios de proveedores de Medicaid de Texas, que incluyen:

- Servicios para niños menores de 21 años.
- Servicios de audiología y audífonos para niños menores de 21 años
- Rehabilitación de salud mental del DSHS

Community First puede ayudarle si tiene preguntas sobre estos u otros servicios no capitados. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 para obtener más información.

INTÉRPRETES

¿Puede alguien interpretarme cuando hablo con mi médico?

Sí. El Departamento de Servicios para Miembros puede proporcionar servicios de interpretación.

¿A quién llamo para pedir un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al menos 24 horas antes de su visita médica al 1-855-607-7827.

Se pueden programar intérpretes para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esto incluye días festivos y fines de semana.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio de un proveedor ?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros y programaremos un intérprete para que lo ayude durante su visita.

TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT)**¿Qué son los servicios NEMT?**

Los servicios de NEMT proporcionan transporte a las citas médicas que no son de emergencia para los Miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen los traslados al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares en los que usted recibe servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen los viajes en ambulancia.

¿Qué servicios son parte de los servicios NEMT?

- Pases o boletos para transporte como el transporte público dentro y entre ciudades o estados, incluso por tren o autobús.
- Servicios de transporte de aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, que es el transporte de ida y vuelta: en autobuses privados, camionetas o sedanes, incluidas camionetas con acceso para sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso de millas para un Participante de Transporte Individual (ITP) a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo de las comidas asociadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria de las comidas es de \$25 por día, por persona.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo del alojamiento asociado con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento son limitados con la estancia de una noche y no incluyen ningún servicio usado durante su permanencia, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios autorizados de NEMT.
- Si necesita un asistente para viajar a su cita con usted, los servicios de NEMT cubrirán los costos de transporte de su asistente.

Los niños menores de 14 años deben estar acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado. Los niños de 15 a 17 años deben estar acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado o tener el consentimiento de un padre, tutor u otro adulto autorizado en el archivo para viajar solos. No se requiere el consentimiento de los padres si el servicio de atención médica es confidencial.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

¿Cómo consigo transporte?

Community First Health Plans le proporcionará información sobre cómo solicitar los servicios de NEMT. Debe solicitar los servicios NEMT lo antes posible y al menos 48 horas antes de que necesite el servicio NEMT. En determinadas circunstancias, puede solicitar el servicio NEMT con menos anticipación. Estas circunstancias incluyen:

- Ser recogido después de ser dado de alta de un hospital;
- Viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y
- Viajes por condiciones urgentes. (Una condición urgente es una condición de salud que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de las 24 horas).

Debe notificar a Community First antes del viaje aprobado y programado si se cancela su cita médica.

Para programar un viaje, llame a:

Línea de reservaciones para Miembros de NEMT: 1-888-444-0307 (TTY 711)

lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Información disponible en inglés y español. Servicios de intérprete disponibles.

Cuando llame, esté preparado para proporcionar:

- Número de identificación de Medicaid (de la tarjeta de identificación de Medicaid de Your Texas Benefits).
- El nombre, la dirección y el número de teléfono del lugar al que se dirige.
- El motivo médico de su visita.

Usted también puede reservar un viaje en línea en [MedicalTrip.net](https://www.MedicalTrip.net).

Su conductor le llamará, le dará su hora para ir por usted y le proporcionará su número de teléfono directo. Lleve este número con usted.

Si necesita ayuda fuera del horario de oficina o no puede comunicarse con su conductor, llame al:

¿Dónde está mi transporte?: 1-888-444-0824 (TTY 711)

24 horas al día, 7 días a la semana.

Información disponible en inglés y español. Servicios de intérprete disponibles.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

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.

Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 o visite [CommunityFirstMedicaid.com](https://www.CommunityFirstMedicaid.com) para usar el [localizador de farmacias](#).

¿Qué llevo conmigo a la farmacia?

Debe traer su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First Health Plans y la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid. Muestre ambas tarjetas al farmacéutico.

¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827. Podemos trabajar con usted y su farmacia para asegurarnos de que obtenga los medicamentos que necesita.

¿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 reciban un suministro de emergencia para 3 días. Llame a Community First al Departamento de Servicio para Miembros al 1-855-607-7827 para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué pasa si pierdo mi(s) medicamento(s)?

Si pierde sus medicamentos, llame a su médico para que le ayude. Si el consultorio de su médico está cerrado, es posible que la farmacia donde obtuvo sus medicamentos pueda ayudarlo. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda al 1-855-607-7827.

FARMACIAS DE LA RED**¿Cómo encuentro una farmacia de la red?**

Puede llamar a Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar una farmacia de la red. También puede encontrar una lista de farmacias de la red en CommunityFirstMedicaid.com.

¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está en la red?

Si va a una farmacia que no está en la red, es posible que su receta no esté cubierta. Es posible que usted sea responsable de los cargos del medicamento recetado. Deberá llevar su receta a una farmacia que acepte Community First Health Plans.

¿Cómo transfiero mis recetas a otra farmacia de la red?

Si necesita transferir su(s) receta(s), siga los siguientes pasos:

1. Llame a la nueva farmacia de la red a la que le gustaría transferir su(s) receta(s) y brinde la información necesaria al farmacéutico; o
2. Lleve el envase de su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Cómo obtengo mi medicamento si estoy de viaje?

Community First Health Plans tiene farmacias de la red en los 50 estados. Si necesita un resurtido durante las vacaciones, llame a su médico para que le dé una nueva receta.

ENTREGA DE MEDICAMENTOS**¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?**

Es posible que le envíen sus medicamentos por correo. El asociado de Community First para los beneficios de farmacia es Navitus. Su asociado de pedidos por correo es H-E-B. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 si desea ver si su farmacia ofrece entrega de medicamentos por correo.

COPAGO

¿Tendré un copago por mis medicamentos o los de mi hijo?

Los Miembros de Medicaid no tienen copago por medicamentos recetados.

¿Qué sucede si pagué de mi bolsillo un medicamento y deseo que se me reembolse?

Si tuvo que pagar por un medicamento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 para obtener ayuda con el reembolso.

BENEFICIOS DE MEDICARE Y MEDICAMENTOS RECETADOS

¿Qué pasa si también tengo Medicare?

Si tiene tanto Medicare como Medicaid, sus medicamentos recetados los paga un plan Medicare Rx. Si tiene preguntas o desea cambiar los planes de Medicare Rx, llame al 1-800-633-4227.

Bajo Medicare Rx:

- Puede elegir entre planes de medicamentos recetados.
- Todos los planes requieren que pague de \$1 a \$5 por cada receta.
- No hay límite en la cantidad de recetas que puede surtir cada mes.

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

Si se encuentra en un centro de enfermería, el centro de enfermería le proporcionará sus medicamentos. La farmacia que utiliza su centro de enfermería continuará facturando a su plan de Medicare (si tiene Medicare) y facturará a Navitus, el asociado de Community First para los beneficios de farmacia, por sus medicamentos cubiertos por Medicaid.

PROGRAMA LOCK-IN DE MEDICAID

¿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 Community First Health Plans al 1-855-607-7827.

EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)

¿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, Community First Health Plans 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), Community First Health Plans 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 1-855-607-7827 para más información sobre estos beneficios.

SERVICIOS DE LA VISIÓN

¿Cómo obtenemos mi hijo o yo servicios de cuidado de la vista?

Community First Health Plans se asocia con Envolve para brindar servicios de cuidado de la vista de rutina a nuestros Miembros. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 para obtener ayuda para encontrar un proveedor Envolve cerca de usted.

También puede buscar proveedores de Envolve en nuestro sitio web en CommunityFirstMedicaid.com o visitando VisionBenefits.EnvolveHealth.com.

¿Cuáles son los beneficios de la vista para mí o para mi hijo?

Los Miembros de STAR Kids de Community First desde el nacimiento hasta los 20 años reciben un examen de la vista al año. Los Miembros de 21 años o más reciben un examen de la vista cada dos años.

Debe obtener los servicios de cuidado de la vista de los proveedores de cuidado de la vista de la red de Community First. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

SERVICIOS DENTALES

¿Qué servicios dentales cubre Community First Health Plans para los niños?

Community First 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.

Community First 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.

Community First 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.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

¿Qué hago si mi hijo o yo necesitamos atención dental de emergencia?

Durante el horario laboral normal, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista principal está cerrado, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 o llame al 911.

¿Qué hago si mi hijo o yo necesitamos atención dental de rutina?

Los servicios dentales de rutina se brindan a través de DentaQuest, MCNA Dental, o United Healthcare Dental. Puede elegir la Organización de Mantenimiento Dental (DMO) de su elección.

DentaQuest: 1-800-516-0165

MCNA Dental: 1-855-691-6262

United Healthcare Dental: 1-877-901-7321

También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda para programar una cita dental de rutina o para obtener más información.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar? ¿Necesito un envío a servicios para esto?

Para obtener servicios de planificación familiar, puede acudir a cualquier proveedor que acepte Medicaid. No necesita un envío a servicios de su proveedor de cuidado primario. También debe hablar con su médico sobre la planificación familiar. Él / ella puede ayudarlo a elegir un proveedor de Planificación Familiar. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de Planificación Familiar?

Puede encontrar en internet la dirección de los proveedores de Planificación Familiar cercanos en HealthyTexasWomen.org, o puede llamar a Community First Health Plans al 1-855-607-7827 para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de Planificación Familiar.

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA INFANCIA

¿Qué es la Intervención Temprana en la Infancia (ECI)?

ECI es un programa estatal para familias con niños, desde el nacimiento hasta los tres años, con discapacidades y retrasos en el desarrollo. ECI apoya a las familias para ayudar a sus hijos a alcanzar su potencial a través de los servicios de desarrollo. Los servicios son proporcionados por una variedad de agencias y organizaciones locales a lo largo de Texas.

¿Necesito un envío a servicios para esto?

Puede solicitar un envío a servicios del proveedor de cuidado primario de su hijo para los servicios de ECI. Sin embargo, no se requiere un envío a servicios. Puede llamar a ECI directamente y solicitar una evaluación sin un envío a servicios.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Puede buscar un proveedor de ECI en su área utilizando la herramienta de búsqueda del programa ECI en Citysearch.HHSC.State.TX.us. Usted también puede llamar a la oficina del defensor del pueblo al 1-877-787-8999, seleccionar un idioma y luego seleccionar la opción 3.

COORDINACIÓN DE SERVICIOS**¿Qué es la coordinación de servicios?**

La coordinación de servicios permite a Community First trabajar junto con usted y su equipo de atención para identificar y abordar mejor sus necesidades. Recopilaremos información y crearemos un plan de servicio individual (ISP) para abordar esas necesidades, solo para usted. La coordinación de servicios incluye:

- Asistencia para asegurar un acceso oportuno y coordinado a proveedores y servicios;
- Atención para abordar las necesidades únicas de los Miembros; y
- Coordinación de los beneficios de Medicaid con los servicios y apoyos que no son de Medicaid, según sea necesario y apropiado.

COORDINADOR DE SERVICIOS**¿Qué puede hacer un Coordinador de Servicios por mí o mi hijo?**

Los Coordinadores de Servicios están capacitados para satisfacer las necesidades de quienes más necesitan ayuda, incluidas las personas que tienen afecciones crónicas o complejas. Un Coordinador de Servicios trabajará junto con su proveedor de cuidado primario y proveedores de atención especializada para asegurarse de que reciba todos los servicios cubiertos. En algunos casos, los servicios que generalmente no están cubiertos también pueden estar cubiertos.

¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de Servicios?

Su Coordinador de Servicios le proporcionará un número para llamarlo directamente. Si no se le ha asignado un Coordinador de Servicios o si desea obtener más información sobre la coordinación de servicios, llame al 1-855-607-7827.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Y DETECCIÓN STAR KIDS**¿Qué es el Instrumento de Evaluación y Detección de Niños STAR Kids (SK-SAI)?**

Todos los Miembros de STAR Kids reciben una evaluación integral de sus necesidades físicas y funcionales por parte de un Coordinador de Servicios que utiliza el Instrumento de Evaluación y Detección de STAR Kids (SK-SAI), anualmente. Si usted o su hijo tienen un cambio significativo en su condición, Community First reevaluará y actualizará su plan de servicio individual (ISP) y autorizará los servicios necesarios, si es necesario.

ESPECIALISTA EN TRANSICIÓN**¿Qué es un Especialista en Transición? ¿Qué hará un Especialista en Transición por mí o mi hijo?**

Un Especialista en Transición es un Coordinador de Servicios especialmente capacitado que lo ayudará a usted, su familia y su Coordinador de Servicios de Community First a planificar su futuro. A partir de los 10 años, pero regularmente a los 15, usted, su familia y su equipo de cuidadores se reunirán y establecerán sus metas y objetivos para ese año. Cada año, hasta que cumpla los 21 años, su equipo está con usted. Le ayudarán

SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER

a planificar la transición de cuidado y los servicios de salud infantil a la atención y los servicios de salud para adultos.

¿Cómo puedo hablar con un Especialista en Transición?

Puede hablar con un Especialista en Transición llamando a su Coordinador de Servicios personal. También puede llamar al 1-855-607-7827.

SALUD EN CASA

¿Qué es salud en casa?

Salud en casa es un enfoque basado en la persona para satisfacer sus necesidades de manera integral. Brinda servicios y apoyo más allá de lo que su proveedor de cuidado primario puede brindar. STAR Kids salud en casa opera a través de una práctica de atención primaria o una práctica de atención especializada y utiliza un enfoque de equipo. El objetivo es brindar atención de calidad que sea de fácil acceso y esté coordinada entre los proveedores.

CUIDADOS PEDIÁTRICOS PROLONGADOS PRESCRITOS

¿Qué es un Centro de Cuidados Pediátricos Prolongados Prescritos (PPECC)?

Los Centros de Cuidados Pediátricos Prolongados Prescritos permiten que los niños y jóvenes desde el nacimiento hasta los 20 años con condiciones médicamente complejas reciban atención médica diaria en un entorno no residencial. Los Miembros que califiquen pueden asistir a un PPECC hasta un máximo de 12 horas por día para recibir servicios médicos, de enfermería, psicosociales, terapéuticos y de desarrollo para su condiciones médicas y estado de desarrollo.

SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER

ATENCIÓN OBSTÉTRICA/GINECOLÓGICA

AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER

¿Qué pasa si necesito atención obstétrica/ginecológica? ¿Tengo derecho yo/mi hija a elegir un obstetra/ginecólogo?

Community First Health Plans 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 una ginecoobstetra sin un envío a servicios del PCP. Una ginecoobstetra le puede brindar:

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

¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?

Puede encontrar una lista de los médicos obstetras/ginecólogos disponibles en el Directorio de Proveedores de STAR Kids en [CommunityFirstMedicaid.com](https://www.communityfirstmedicaid.com). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 si necesita ayuda para elegir un OB/GYN.

Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tiene mi hija o yo acceso directo? ¿Necesitaré un envío a servicios?

Sí, todavía tiene acceso directo a un obstetra/ginecólogo, incluso si no elige uno. No necesita un envío a servicios.

¿Qué tan pronto puedo ser atendida después de comunicarme con mi obstetra/ginecólogo para una cita?

La verán dentro de dos semanas.

¿Puedo seguir con mi obstetra/ginecólogo si no pertenece a Community First Health Plans?

- Si su obstetra/ginecólogo no está en nuestra red y usted NO está embarazada, tendrá que elegir un nuevo obstetra/ginecólogo del Directorio de Proveedores de STAR Kids. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo.
- Si **ESTÁ** embarazada y su obstetra/ginecólogo no está en nuestra red, llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda.

ATENCIÓN MÉDICA MÓVIL PARA MUJERES

Community First se asocia con Betty's Co. para ofrecer servicios de atención médica para niñas y mujeres jóvenes de 13 a 45 años en clínicas boutique móviles ubicadas en todo el condado de Bexar y sus alrededores. El modelo de atención de Betty se basa en la confianza y la inclusión y elimina barreras a la atención, como la falta de transporte. Cada visita incluye atención de ginecología, salud mental y bienestar. Para obtener más información o programar una cita, llame al 210-572-4931 o visite BettysCo.com.

ADMINISTRACIÓN DE CASOS PARA MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS**¿Qué es la Administración de Casos para niños y mujeres embarazadas?**

La Administración de Casos para niños y mujeres embarazadas es un beneficio de Medicaid de Texas para pacientes elegibles que tienen necesidades médicas relacionadas que podrían afectar su atención médica. Las pacientes deben ser elegibles para Medicaid y ser:

- Un niño desde el nacimiento de hasta los 20 años con una condición de salud o riesgo de salud, o
- Una mujer de cualquier edad que tiene un embarazo de alto riesgo

¿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.

SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER

- 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 obtener un administrador de casos?

Comuníquese con Community First Health Plans al 1-855-607-7827 para obtener más información o llame a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377 (llamada gratuita), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

- Administración de casos de Community First 210-413-8649 o chelp@cfhp.com
- Community First sitio web: CommunityFirstMedicaid.com

ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

¿Y si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 y podemos ayudarle a elegir un obstetra/ginecólogo. Es muy importante que comience su atención prenatal de inmediato.

¿Qué tan pronto puedo ser atendida después de comunicarme con mi obstetra/ginecólogo para una cita?

Debería recibir atención prenatal dentro de las dos semanas posteriores a su solicitud. Si no puede conseguir una cita dentro de las dos semanas, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Para encontrar una lista de los hospitales participantes para dar a luz, utilice nuestro Directorio de Proveedores en CommunityFirstMedicaid.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un hospital participante.

¿Qué otros servicios/educación/actividades ofrece Community First a las mujeres embarazadas?

Community First Health Plans tiene un programa prenatal especial para Miembros embarazadas llamado Programa de Maternidad Expectativas Saludables. Expectativas Saludables proporciona material educativo y otros recursos para ayudarla a aprender cómo mantener saludables a usted y a su recién nacido antes y después del parto.

Obtenga más información sobre Expectativas Saludables al revisar la sección programas de salud y bienestar en este Manual para Miembros. También puede visitar CommunityFirstHealthPlans.com/Health-And-Wellness-Programs, llamar al 210-358-6055 o enviar un correo electrónico a healthyhelp@cfhp.com para obtener más información.

NOTIFICACIÓN A SU PLAN DE SALUD DESPUÉS DE DAR A LUZ**¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido en la cobertura de atención médica?**

Si usted es Miembro de Community First cuando tiene a su bebé, su bebé también se convierte automáticamente en Miembro de Community First en su fecha de nacimiento. Community First obtendrá información del hospital para agregar a su bebé como nuevo Miembro. El hospital también notificará a Medicaid sobre el nacimiento del bebé.

Aún es importante que se comunique con la oficina del Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) para informar también el nacimiento de su bebé. Esto garantizará que su bebé pueda obtener todos los servicios de atención médica cubiertos que necesita.

Después de dar a luz, ¿cómo y cuándo le informo a mi plan de salud?

Debe informar a Community First lo antes posible sobre el nacimiento de su bebé. Es posible que ya tengamos la información sobre el nacimiento de su bebé, pero llámenos para que podamos verificar la fecha correcta de nacimiento de su bebé y también confirmar que el nombre que tenemos para su bebé es correcto.

Después de dar a luz, ¿cómo y cuándo le digo a mi Trabajador Social?

Llame a su Trabajador Social de Medicaid lo antes posible después de que nazca su bebé. De esa manera, su bebé puede obtener un número de Medicaid y comenzar a recibir beneficios de inmediato.

¿A quién llamo si mi hijo o yo tenemos necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude?

Community First ofrece servicios de Administración de Casos y Coordinación de Servicios a Miembros con necesidades especiales de atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 si necesita ayuda.

PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD**¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé (y ya no recibir 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 de Salud para la Mujer de Texas 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 Salud para la Mujer de Texas 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 (185% del nivel federal de pobreza). Usted tiene que presentar una solicitud para saber si puede recibir servicios por medio de este programa.

PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD

Para más información acerca de los servicios disponibles por medio del Programa de Salud para la Mujer de Texas, escriba, llame o visite el sitio web:

Healthy Texas Women Program

P.O. Box 14000

Midland, TX 79711-9902

Teléfono: 1-800-335-8957

Sitio web: HealthyTexasWomen.org

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

PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL DSHS

El Programa de Atención Primaria de Salud del DSHS atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden recibir la misma atención por medio de un seguro u otro programa. Para recibir servicios por medio de este programa, los ingresos de las personas no deben exceder los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Las personas aprobadas para recibir servicios tendrán que pagar un copago, pero a nadie se le niega los servicios por falta de dinero.

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:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de salud preventivos, incluso vacunas y educación sobre la salud, así como pruebas de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico adecuados.

Los servicios secundarios que se podrían prestar son servicios de nutrición, pruebas de detección, atención médica en casa, servicios dentales, transporte a las citas médicas, medicamentos que ordena el doctor (medicamentos recetados), equipo médico duradero, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies (servicios de podología) y servicios sociales.

Usted podrá solicitar los servicios de 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 211Texas.org.

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: HHS.Texas.gov/Services/Health/Primary-Health-Care-Services-Program

Teléfono: 512-776-7796

Correo electrónico: primaryhealthcare@hhs.texas.gov

PROGRAMA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD AMPLIADO DEL DSHS

El programa Atención Primaria de Salud Ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección a las mujeres de 18 años o más cuyos ingresos no exceden los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se prestan a través de clínicas comunitarias contratadas por el

DSHS. Los trabajadores comunitarios de salud ayudan a asegurar que las mujeres reciban los servicios de prevención y detección que necesitan. Algunas clínicas podrían ofrecer ayuda con la lactancia materna.

Usted puede solicitar estos servicios 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 211Texas.org.

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

Sitio web: HHS.Texas.gov/Services/Health/Primary-Health-Care-Services-Program

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

Correo electrónico: PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL DSHS

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 211Texas.org.

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: HHS.Texas.gov/Providers/Health-Services-Providers/Womens-Health-Services/Family-Planning

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

Correo electrónico: famplan@hhs.texas.gov

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

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

Puede dar instrucciones sobre su atención médica futura antes de enfermarse. Estos se denominan “directivas anticipadas”.

¿Qué son las directivas anticipadas? ¿Cómo obtengo una directiva anticipada?

Las directivas anticipadas son instrucciones escritas para su familia sobre qué hacer si se enferma gravemente. Community First tiene un folleto con información sobre las directivas anticipadas que podemos enviarle sin cargo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 para solicitar este folleto.

RENOVAR SU COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Debe renovar su cobertura de Medicaid o la de su hijo cada año. En los meses previos a la finalización de su cobertura o la de su hijo, la HHSC le enviará un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación contiene una solicitud. También incluye

FACTURACIÓN A MIEMBROS

una carta solicitando una actualización sobre los ingresos y las deducciones de costos de su familia.

También se pueden encontrar instrucciones e información adicional en YourTexasBenefits.com. Aquí usted puede:

- Registrarse para recibir alertas en “Configuración de alertas” para recibir un correo electrónico o mensaje de texto cuando sea el momento de renovar sus beneficios.
- Verificar su fecha de renovación en línea.
- Renovar sus beneficios en línea.
- Verificar el estado de su renovación.

¿Qué tengo que hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Community First Health Plans si necesita ayuda para completar su solicitud de renovación.

¿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.

FACTURACIÓN A MIEMBROS

¿Qué pasa si recibo una factura de mi médico?

No debe recibir una factura de su médico por ningún servicio cubierto por Medicaid. Es posible que reciba una factura si va a un médico que no está en la red de Community First. También puede recibir una factura si recibe tratamiento en una sala de emergencias por un problema que no es una emergencia.

¿A quién le llamo? ¿Qué información necesitarán?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe una factura médica. Podemos ayudarlo a descubrir qué hacer. Asegúrese de tener una copia de la factura frente a usted cuando llame.

¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?

No. No le pueden enviar una cuenta por los gastos de participación en los costos de Medicare, lo cual incluye deducibles, coaseguro y copagos.

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.

CAMBIO DE DOMICILIO

¿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 Community First Health Plans al 1-855-607-7827. Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Community First a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Community First hasta que la HHSC cambie su dirección.

MEDICAMENTO NECESARIO

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba debe ser médicamente necesaria. Esto significa que debe ser razonable y necesario para prevenir o tratar enfermedades o condiciones de salud o discapacidades.

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;

CAMBIO DE PLANES DE SALUD

- 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 .

CAMBIO DE PLANES DE SALUD

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

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.

¿Community First Health Plans puede solicitar que me retiren de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Sí, por los motivos siguientes:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio
- Ingresa a un centro de cuidados paliativos o de cuidados a largo plazo
- No sigue las políticas y procedimientos de Community First
- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación de Miembro de Community First
- Usted es grosero, abusivo o no colabora con su médico o el personal de su médico.
- No cumple o no sigue los consejos de su médico.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

DERECHOS DEL MIEMBRO

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
 - a) Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b) Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
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 derecho a utilizar cada reclamo y proceso de apelación disponible a través de la organización de administración de salud y a través de Medicaid, y obtener una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales estatales. Esto incluye el derecho de:
 - a) Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b) Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c) Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d) Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e) Solicitar una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese proceso.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

6. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a) Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b) Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c) Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d) Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - e) Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
10. Usted tiene derecho a hablar con los médicos de su hijo y otros proveedores en privado, y a que los registros médicos de su hijo se mantengan privados. Usted tiene el derecho de revisar y copiar los registros médicos de su hijo y de solicitar cambios en esos registros.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a) Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b) Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c) Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a) Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b) Escoger su plan de salud y su proveedor de cuidado primario sin demora.
 - c) hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de cuidado primario, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d) Acudir a las citas programadas.
 - e) Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f) Siempre llamar primero a su proveedor de cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia;

- g) Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista;
 - h) Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su proveedor de cuidado primario toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
- a) Informar a su proveedor de cuidado primario sobre su salud.
 - b) Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c) Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
- a) Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b) Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c) Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d) Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e) Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.
5. Al solicitar servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT), usted tiene la responsabilidad de:
- a) Cuando solicite servicios de NEMT, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
 - b) Debe seguir todas las normas y reglamentos que afectan a sus servicios de NEMT
 - c) Debe devolver los fondos anticipados que no haya utilizado. Debe proporcionar un comprobante de que acudió a su cita médica antes de recibir futuros fondos anticipados.
 - d) No debe agredir o acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicite o reciba servicios de NEMT.
 - e) No debe perder los boletos de autobús o las fichas y debe devolver los boletos de autobús o las fichas que no utilizó. Debe utilizar los boletos o las fichas de autobús únicamente para acudir a su cita médica.
 - f) Solo debe utilizar los servicios de NEMT para ir y volver de sus citas médicas.
 - g) Si ha hecho arreglos para un servicio de NEMT, pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse lo antes posible con la persona que le ayudó a programar el transporte.

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 [HHS.gov/OCR](https://www.hhs.gov/OCR).

PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN

La toma de decisiones de Administración de Utilización (UM) se basa únicamente en la propiedad de la atención, servicio y la existencia de cobertura. Community First Health Plans no otorga a proveedores u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los responsables de la toma de decisiones de la Administración de Utilización no reciben una recompensa económica para tomar decisiones que provocan una subutilización.

Para tomar decisiones de UM, Community First Health Plans utiliza la recomendación del médico solicitante y los criterios y pautas reconocidos a nivel nacional, y aplica los criterios de una manera justa, imparcial y coherente que sirve al mejor interés de nuestros Miembros. Para garantizar que los Miembros reciban la atención médica más adecuada, Community First Health Plans revisa su atención antes, durante y después de que la reciba para asegurarse de que esté cubierta.

La revisión previa al servicio se realiza antes de recibir atención. La revisión posterior al servicio ocurre antes de que se pague el reclamo cuando recibe atención que no fue autorizada por adelantado. Generalmente, su médico solicita autorización previa de Community First Health Plans antes de recibir atención; sin embargo, es responsabilidad del Miembro asegurarse de seguir las reglas de Community First Health Plans para acceder a la atención.

Si está recibiendo atención de un proveedor fuera de la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 para solicitar la revisión de su atención por parte de Community First. La atención fuera de la red que no está aprobada por adelantado por Community First no está cubierta.

También revisamos su cuidado mientras se encuentra en el hospital y trabajamos con el personal del hospital para ayudarlo a garantizar que tenga una transición sin problemas a su hogar o al próximo entorno de atención. Nuestro experimentado personal clínico revisa todas las solicitudes. Las necesidades de los Miembros que no cumplen con los criterios estándar son revisadas por nuestro personal médico para la cobertura del plan y la necesidad médica. Community First aprueba o deniega servicios en función de si el servicio es médicamente necesario y es un beneficio cubierto.

Cómo obtener información sobre el proceso de UM y la autorización de la atención:

El personal de UM está disponible para ayudarlo con cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con respecto al proceso de UM y la autorización de la atención. Puede hablar con un Miembro del personal de UM llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 durante el horario laboral normal, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., fines de semana y día feriados llamando al mismo número de teléfono y avisando al servicio de contestador de su necesidad de hablar con un Miembro del personal de UM.

PROCESO DE QUEJAS

¿Qué hago si tengo una queja?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al 1-855-607-7827 para explicarnos el problema. Un Representante de Servicios para Miembros de Community First Health Plans puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al 1-855-607-7827. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Community First, 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:

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

Si tiene acceso a internet, puede enviar la queja a HHS.Texas.gov/Managed-Care-Help.

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

Puede presentar una queja ante Community First en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?

Le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días para informarle que hemos recibido su queja. Luego, le enviaremos por correo nuestra decisión dentro de los 30 días.

PROCESO DE APELACIÓN

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí o mi hijo que está cubierto, pero Community First Health Plans lo niega o lo limita?

Community First puede negar un servicio de atención médica o un medicamento si no es médicamente necesario. También se puede negar un medicamento:

- Si el medicamento no funciona mejor que otros medicamentos de la lista de medicamentos preferidos de Community First.
- Si hay otro medicamento similar que debe probar primero que no haya usado antes.

Si no está de acuerdo con la denegación, puede solicitar una apelación.

¿Cómo sabré si se niega un servicio o medicamento?

Recibirá una carta que le informará si se le ha denegado un servicio o medicamento. También recibirá un formulario de apelación.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Puede apelar si no está satisfecho con la decisión. También puede solicitar una apelación si Community First rechazó el pago de los servicios en su totalidad o en parte.

¿Cómo presento una apelación?

Puede proporcionar información sobre la apelación por teléfono, por escrito o en persona.

Si desea que alguien presente una apelación en su nombre, puede nombrar a un representante por escrito enviando una carta con su nombre a Community First. Un médico u otro proveedor médico puede ser su representante.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827

¿Puede alguien de Community First ayudarme a presentar una apelación?

Sí, un Representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar una apelación.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

Debe solicitar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha de su notificación de la denegación, reducción o suspensión de servicios previamente autorizados. Tiene derecho a solicitar una extensión de hasta 14 días si desea proporcionar más información en su apelación.

Se le enviará una carta en un plazo de cinco (5) días para informarle que hemos recibido su apelación. Luego, le enviaremos por correo nuestra decisión dentro de los 30 días.

Si Community First necesita más información, podríamos solicitar una extensión de hasta 14 días calendario. Si necesitamos una extensión, lo llamaremos lo antes posible para explicarle que se necesita más información y que la demora es en su interés (el del Miembro). También le enviaremos una notificación por escrito del motivo de la demora.

Community First resolverá su apelación lo antes posible según su estado de salud y no más tarde de la extensión de 14 días. Si no está satisfecho con la demora, puede presentar una queja llamando a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

¿Puedo seguir recibiendo servicios médicos mientras Community First procesa mi apelación?

Tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio médico actual que Community First ya haya aprobado mientras procesamos su apelación, si presenta su apelación en o antes:

- 10 días a partir de la fecha en que recibió nuestra carta de decisión, o
- La fecha en que nuestra carta de decisión indica que sus servicios médicos se reducirán o finalizarán.

Si los servicios que son objeto de la apelación no se aprueban durante la apelación, es posible que usted sea responsable del costo de los servicios que recibió durante la apelación.

¿Qué pasa si no estoy satisfecho con la decisión? ¿Cuándo puedo solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal?

Puede solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal a más tardar 120 días después de la fecha en que Community First Health Plans le envíe por correo el aviso de decisión de apelación.

También tiene la opción de solicitar solo una revisión de audiencia imparcial estatal a más tardar 120 días después de que Community First Health Plans le envíe por correo el aviso de decisión de apelación.

PROCESO DE APELACIÓN ACELERADA

¿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 pido una apelación acelerada y a quién le puedo pedir ayuda?

Un Representante de Servicios para Miembros de Community First puede ayudarlo a presentar una apelación acelerada. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 para obtener ayuda.

¿Mi solicitud de apelación acelerada tiene que ser por escrito?

Su solicitud NO tiene que ser por escrito. Puede proporcionar información sobre la apelación acelerada por teléfono, por escrito o en persona, dentro del tiempo limitado de la apelación acelerada.

Tiene derecho a solicitar una extensión de hasta 14 días si desea proporcionar más información en su apelación.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Si tenemos toda la información que necesitamos, tendremos una respuesta dentro de 1 a 3 días después de recibir su apelación acelerada.

¿Qué sucede si Community First rechaza mi solicitud de apelación acelerada?

Le notificaremos si denegamos su solicitud de apelación acelerada. Luego, su solicitud se trasladará al proceso de apelación normal. Le enviaremos un aviso por escrito de este cambio por correo dentro de los dos (2) días calendario.

AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO

¿Puedo pedir una Audiencia Imparcial ante el Estado?

Si usted, como Miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión interna del plan, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial. Puede nombrar a alguien para que le represente escribiendo una carta al plan de salud y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que le represente. Un proveedor puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por el plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial dentro de 120 días posteriores a la fecha en la carta del plan de salud con la decisión de apelación interna. Si no pide la audiencia imparcial dentro de los 120 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial. Para pedir una audiencia imparcial, usted o su representante debe llamar al 1-855-607-7827 o enviar una carta al plan de salud a:

Community First Health Plans
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

REVISIÓN MÉDICA EXTERNA

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado o reducido, por lo menos hasta oír la decisión final de la audiencia, si pide una audiencia imparcial a más tardar: (1) 10 días de calendario después de la fecha en que el plan le envíe la notificación de acción, o (2) la fecha en que el servicio será reducido o suspendido según la carta del plan. Si no pide una audiencia imparcial antes de esta fecha, el servicio que el plan de salud le negó será suspendido.

Si pide una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se hacen por teléfono. En la audiencia, usted o su representante puede decir por qué necesita el servicio que el plan de salud le negó.

La HHSC le dará la decisión final dentro de 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?

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

REVISIÓN MÉDICA EXTERNA

¿Puede un Miembro solicitar una revisión médica externa?

Si un Miembro, como Miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, el Miembro tiene derecho a solicitar una revisión médica externa. Una revisión médica externa es un paso opcional y adicional que el Miembro puede tomar para obtener la revisión del caso antes de que ocurra la audiencia imparcial estatal.

El Miembro puede nombrar a alguien para que lo represente poniéndose en contacto con el plan de salud y dando el nombre de la persona que el Miembro desea que lo represente. Un proveedor puede ser el representante del Miembro. El Miembro o el representante del Miembro debe solicitar la revisión médica externa dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que el plan de salud envía la carta con la decisión de apelación interna. Si el Miembro no solicita la revisión médica externa dentro de los 120 días, el Miembro puede perder su derecho a una revisión médica externa. Para solicitar una revisión médica externa, el Miembro o el representante del Miembro pueden:

- Completar el “Formulario de solicitud de revisión médica externa y audiencia imparcial estatal” proporcionado como un anexo al aviso para Miembros de la decisión de apelación interna de MCO, por sus siglas en inglés, y enviarlo por correo o fax a Community First Health Plans utilizando la dirección o el número de fax en la parte superior del formulario.
- Llamar a Community First Health Plans al 1-855-607-7827; o
- Enviar un correo electrónico a Community First Health Plans a qmappeals@cfhp.com.

Si el Miembro solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días posteriores al momento en que el Miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, el Miembro

tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado, basado en servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal. Si el Miembro no solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días posteriores al momento en que el Miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, el servicio que el plan de salud denegó se detendrá.

El Miembro puede retirar la solicitud del Miembro para una revisión médica externa antes de que se asigne a una organización de revisión independiente o mientras la organización de revisión independiente está revisando la solicitud de revisión médica externa del Miembro. Una organización de revisión independiente es una organización de terceros contratada por HHSC que realiza una revisión médica externa durante los procesos de apelación de los Miembros relacionados con las determinaciones adversas de beneficios basadas en la necesidad funcional o la necesidad médica. No se puede retirar una revisión médica externa si una organización de revisión independiente ya ha completado la revisión y tomado una decisión.

Una vez que se recibe la decisión de revisión médica externa, el Miembro tiene el derecho de retirar la solicitud de audiencia imparcial estatal. Si el Miembro continúa con la audiencia imparcial estatal, el Miembro también puede solicitar que la organización de revisión independiente esté presente en la audiencia imparcial estatal. El Miembro puede hacer ambas solicitudes comunicándose con Community First Health Plans al 1-855-607-7827 o con el equipo de admisión de HHSC a: EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us.

Si el Miembro continúa con una audiencia imparcial estatal y la decisión de la audiencia imparcial estatal es diferente de la decisión de la organización de revisión independiente, es la decisión de la audiencia imparcial estatal la que es definitiva. La decisión de audiencia imparcial estatal solo puede confirmar o aumentar los beneficios de los Miembros de la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su vida o salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, usted, su padre o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una revisión médica externa de emergencia y una audiencia estatal imparcial de emergencia escribiendo o llamando a Community First Health Plans. Para calificar para una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de Community First Health Plans.

REPORTE DE ABUSO, NEGLIGENCIA Y EXPLOTACIÓN

Tiene derecho al respeto y la dignidad, incluida la libertad de abuso, negligencia 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.

REPORTE DE ABUSO, NEGLIGENCIA Y EXPLOTACIÓN

- **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 911 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 a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando al 1-800-458-9858 si la persona que sufre abuso, maltrato, descuido 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 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 de gran ayuda tener el nombre, la edad, la dirección y los teléfonos de cada persona involucrada.

Informe a la policía local

Si sospecha de abuso, negligencia o explotación, pero no está seguro de a quién informar, comuníquese con la policía local y con el DFPS. Si se trata de una emergencia, llame al 911.

¿Sabrá alguien que hice la denuncia? Will anyone know I made the report?

La HHSC mantiene confidencial su nombre y el de la otra persona, a menos que la ley exija su divulgación. Sin embargo, si usted decide permanecer en el anonimato, HHSC no tiene manera de hacerle saber los resultados de la investigación. La HHSC también puede remitir su denuncia a otra entidad si debe ser denunciada o investigada por esa entidad.

DESPERDICIO, 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 malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la línea directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite OIG.HHS.Texas.gov
 - Debajo de la caja marcada “I WANT TO” clic “Report Waste, Abuse, and Fraud Online” para llenar una forma en línea; o
- Denúncielo directamente al plan de salud llamando al 1-855-607-7827 o escribiendo a la siguiente dirección:

Community First Health Plans
 12238 Silicon Drive, Suite 100
 San Antonio, TX 78249

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

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA MIEMBROS

Como Miembro de Community First Health Plans, 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 procedimientos de quejas, apelaciones, revisión médica externa y audiencias imparciales estatales.
- 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 reglas de práctica de Community First Health Plans.

ASESORES DE LOS MIEMBROS

Community First Health Plans proporciona a los Miembros de STAR Kids acceso a los asesores de Miembros ubicados físicamente dentro de nuestra área de servicio.

Los asesores de Miembros deben informar a los Miembros de lo siguiente:

1. Sus derechos y responsabilidades,
2. Las funciones y la información de contacto de la oficina del defensor del pueblo del consejo de seguridad sanitaria,

3. Proceso de denuncia,
4. El proceso de apelación,
5. Servicios cubiertos disponibles para ellos, incluidos los servicios preventivos, y
6. Servicios no capitulados a su disposición.

Los asesores de los Miembros están capacitados y conocen el proceso de quejas y resolución de conflictos de Community First. Los asesores de Miembros deben ayudar a los Miembros a comprender y usar el proceso de quejas de Community First, incluyendo cómo escribir una queja por escrito. Los asesores de Miembros también son responsables de monitorear las quejas de las que tienen conocimiento a través del proceso de quejas de Community First.

Los asesores Miembros están capacitados y conocen el proceso de apelaciones de Community First. Los asesores de Miembros deben ayudar a los Miembros y a los LAR (representantes legales) de los Miembros a escribir o presentar una apelación y monitorear la apelación a través del proceso de apelaciones de Community First hasta que se resuelva el problema.

Los asesores de Miembros son responsables de hacer recomendaciones a la administración sobre cualquier cambio necesario para mejorar la atención brindada o la forma en que se da la atención. Los asesores de Miembros también son responsables de ayudar o referir a los Miembros a los recursos comunitarios disponibles para satisfacer las necesidades de los Miembros que no están disponibles en Community First como servicios cubiertos.

Los asesores de los Miembros deben estar capacitados para manejar las quejas relacionadas con la coordinación de servicios. Los asesores de Miembros deben trabajar con el personal apropiado de Community First para abordar las quejas sobre los coordinadores de servicio, ya sea solicitando una reasignación o trabajando con el Miembro, el coordinador de servicio y otro personal apropiado de Community First para facilitar la resolución.

Community First debe garantizar el acceso a los asesores de Miembros de habla hispana o a los asesores de Miembros que hablen idiomas de otros grupos de población importantes, si se solicita.

CONFIDENCIALIDAD

Estamos comprometidos a garantizar que su información médica personal sea segura y confidencial. Nuestros médicos y otros proveedores deben hacer lo mismo. El uso de Community First de la información médica protegida (PHI) solo se utilizará para administrar su plan de salud y cumplir con los requisitos estatales y federales. Su información médica personal no se compartirá con nadie más sin su expresa aprobación por escrito. Tiene derecho a acceder a cualquiera de sus registros médicos. Tiene derecho a dar su consentimiento por escrito para que determinadas personas tengan acceso a su PHI. Las autorizaciones otorgadas por usted se compartirán con las personas que se indiquen específicamente en su aprobación por escrito.

Community First cuenta con salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento para proteger su información. La información oral, escrita o electrónica está protegida. Las

CONFIDENCIALIDAD

políticas y procedimientos de Community First establecen que todos los empleados de Community First deben proteger la confidencialidad de su PHI. Un empleado solo puede acceder a la PHI cuando tenga una razón adecuada para hacerlo. Cada empleado debe firmar una declaración de que comprende la política de privacidad de Community First. Anualmente, Community First enviará un aviso a los empleados para recordarles esta política. Cualquier empleado que no siga las políticas de privacidad de Community First está sujeto a medidas disciplinarias. Esto puede incluir hasta el despido.

Para obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, visite nuestro sitio web en [CommunityFirstHealthPlans.com](https://www.CommunityFirstHealthPlans.com).

GLOSARIO

Apelación: una solicitud para que su organización de atención administrada revise una denegación o una queja nuevamente.

Atención en la sala de emergencias: servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Atención de enfermería especializada: servicios de enfermeras con licencia en su propio hogar o en un hogar de enfermería. Especialista: un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Atención de urgencia: atención por una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Atención hospitalaria: para pacientes ambulatorios : atención en un hospital que, por lo general, no requiere pasar la noche en el hospital.

Autorización previa: una decisión de su asegurador o plan de salud de que un servicio de cuidado médico, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero que usted o su proveedor han solicitado es médicamente necesario. Esta decisión o aprobación, a veces llamada autorización previa, aprobación o certificación previas, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Cobertura de medicamentos recetados: seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos recetados y los medicamentos.

Condición médica de emergencia: una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Copago: una cantidad fija (por ejemplo, \$ 15) que paga por un servicio de cuidado médico cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de salud cubierto.

Equipo Médico Duradero (DME): equipo solicitado por un proveedor de cuidado de salud para uso diario o prolongado. La cobertura de DME puede incluir, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.

Hospitalización: cuidado en un hospital que requiere admisión como paciente internado y, por lo general, requiere pasar la noche en el hospital.

Médicamente necesario: servicios o suministros de cuidado médico necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, enfermedad o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

Medicamentos con receta: medicamentos que por ley requieren receta.

Médico de atención primaria: un médico (MD - Doctor en medicina o DO - Doctor en medicina osteopática) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Plan: un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención médica.

Prima: la cantidad que debe pagarse por su plan o seguro médico.

Proveedor: un médico (MD - Doctor en Medicina o DO - Doctor en Medicina Osteopática), un profesional de la salud o un centro de atención de la salud con licencia, certificación o acreditación según lo requiera la ley estatal.

Proveedor de Cuidado Primario: un médico (MD - Doctor en medicina o DO - Doctor en medicina osteopática), enfermero practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor no participante: un proveedor que no tiene contrato con su aseguradora de salud o plan para brindarle servicios cubiertos.

Queja: una queja formal que usted comunica a su plan o aseguradora de salud.

Queja formal: una queja a su seguro médico o plan.

Red: las instalaciones y los proveedores con los que su aseguradora o plan de salud ha contratado para brindar servicios de cuidado médico. **Servicios médicos:** servicios de atención médica que proporciona o coordina un médico con licencia (MD - Doctor en medicina o DO - Doctor en medicina osteopática).

Seguro médico: contrato que requiere que su aseguradora pague los costos de cuidado médico cubiertos a cambio de una prima. **Cuidado médico en el hogar:** servicios de atención médica que una persona recibe en un hogar.

Servicios excluidos: servicios de cuidado médico que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Servicios de emergencia: evaluación de una condición médica de emergencia y tratamiento para evitar que la enfermedad empeore.

Servicios de hospicio u hospital de cuidados paliativos: servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios de cuidado médico, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que una persona estaba enferma, herida o discapacitada.

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia terrestre o aérea para una condición médica de emergencia.

Non-Discrimination Notice

Community First Health Plans, Inc. (Community First) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Community First does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation.

Community First provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with our organization, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other written formats)

Community First also provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, please contact Community First Member Services at the number on the back of your Member ID card or 1-800-434-2347. If you're deaf or hard of hearing, please call 711.

If you feel that Community First failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a complaint with Community First Executive Director of Compliance & Risk Management by phone, fax, or email at:

Kethra Barnes

Executive Director of Compliance & Risk Management

Phone: 210-510-2607 | TTY: 711

Fax: 210-358-6014

Email: DL_CFPHP_Regulatory@cfhp.com

If you need help filing a complaint, Community First is available to help you. If you wish to file a complaint regarding claims, eligibility, or authorization, please contact Community First Member Services at 1-800-434-2347.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

You may also file a complaint by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Phone: 1-800-368-1019 | TTY: 1-800-537-7697

Complaint forms are available at:

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Aviso sobre no discriminación

Community First Health Plans, Inc. (Community First) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual. Community First no excluye o trata de manera diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual.

Community First proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nuestra organización, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros)

Community First también ofrece servicios gratuitos lingüísticos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Community First al 1-800-434-2347. TTY (para personas con problemas auditivos) al 711.

Si usted cree que Community First no proporcionó servicios lingüísticos gratuitos o se siente que fue discriminado/a de otra manera por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual, usted puede comunicarse con la directora de calidad y cumplimiento por teléfono, fax, o correo electrónico a:

Kethra Barnes

Director ejecutivo de cumplimiento y gestión de riesgos

Teléfono: 210-510-2607 | Línea de TTY gratuita: 711

Fax: 210-358-6014

Correo electrónico: DL_CFPHP_Regulatory@cfhp.com

Si usted necesita ayuda para presentar una queja, Community First está disponible para ayudarlo. Si usted desea presentar una queja sobre reclamos, elegibilidad o autorización, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First llamando al 1-800-434-2347.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de quejas de derechos civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

También puede presentar una queja por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019 | Línea de TTY gratuita: 1-800-537-7697

Los formularios de queja están disponibles en:

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR KIDS

COMMUNITY FIRST
HEALTH PLANS

12238 Silicon Drive, Ste. 100
San Antonio, Texas 78249
CommunityFirstMedicaid.com