

CENTRO DE ENFERMERÍA MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR+PLUS



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS 210-358-6403
NÚMERO GRATUITO 1-855-607-7827

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

CENTRO DE ENFERMERÍA MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR+PLUS

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+PLUS
1-855-607-7827



TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS
STAR+PLUS
Your Health Plan ★ Your Choice

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
NÚMEROS PARA RECORDAR	2
Servicios para Miembros	2
Servicios de emergencia.....	3
Servicios de salud mental, uso de sustancias y crisis.....	3
Coordinación de servicios	3
TTY	4
Línea de Asesoramiento de Enfermería.....	4
Cuidado de la visión.....	4
Cuidado dental	4
Medicamentos recetados	4
Transporte médico que no es de emergencia	4
UBICACIONES DE COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS.....	5
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE COMMUNITY FIRST	6
MEDICAID	8
Su tarjeta Medicaid de beneficios de Texas (YTB).....	8
El portal del cliente de Medicaid YourTexasBenefits.com.....	9
Medicaid y seguro privado.....	10
Renovar su cobertura de Medicaid	10
Cambio de dirección.....	11
PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	12
Cambiar de proveedor de atención primaria.....	13
Hacer una cita	14
Lista de verificación de Community First	15
ESPECIALISTAS	15
SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER	16
Atención de ob/ginecólogo/a	16
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	17
DEFINICIÓN DE CUIDADO	18
Atención médica de rutina.....	18
Atención médica urgente	18
Atención de emergencia.....	19
Médicamente necesario.....	20
AYUDA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA	21
Intérpretes.....	21
Servicios de transporte.....	21
Telesalud	21
DEFENSORES DE LOS MIEMBROS.....	22
SUS BENEFICIOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.....	23
Cuidados intensivos.....	23
Límites a los servicios cubiertos	25
Servicios no cubiertos.....	25

SERVICIOS Y SOPORTES A LARGO PLAZO (LTSS)	26
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	28
Servicios de valor agregado STAR+PLUS centro de enfermería (Solo Medicaid)	28
Servicios de valor agregado STAR+PLUS centro de enfermería (Doble Elegible)	30
PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	32
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL (SALUD MENTAL Y TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS)	33
Atención virtual de salud mental	34
SERVICIOS DE FARMICA	35
Beneficios de medicamentos recetados	35
Medicamentos de la red	35
Envío de medicamentos	36
Programa de bloqueo de medicaid	36
SERVICIOS DE VISIÓN	37
SERVICIOS DENTALES	37
COORDINACIÓN DE SERVICIOS	38
DIRECTIVAS ANTICIPADAS	39
FACTURACIÓN AL MIEMBRO	39
CAMBIAR PLANES DE SALUD	40
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	41
Información disponible para los Miembros	44
PROCESO DE QUEJA	45
PROCESO DE APLEACIÓN	46
Proceso de apelación de emergencia	47
PROCESO DE APELACIÓN EXTERNA	48
Audiencia estatal justa	48
Revisión médica externa	49
DENUNCIAR ABUSO, ABANDONO Y EXPLOTACIÓN	51
Denunciar abuso, abandono y explotación	51
FRAUDE, MALGASTO Y ABUSO	52
CONFIDENCIALIDAD	54
GLOSARIO DE TÉRMINOS	55

INTRODUCCIÓN

¡Bienvenido/a a Community First Health Plans! Estamos muy contentos de que nos haya elegido para sus necesidades de atención médica. Community First Health Plans, Inc. (Community First) se creó teniendo en cuenta la salud de nuestra comunidad local. Creemos que todos deberían tener acceso a una atención médica de calidad y nos sentimos honrados de que haya puesto su confianza en nuestras manos.

Community First es una organización de atención administrada (MCO) que ofrece atención médica a los tejanos inscritos en el programa STAR+PLUS. Community First trabaja con la comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC) y con muchos médicos/as, clínicas, hospitales y recursos comunitarios para brindarle la atención que necesita.

Como el único plan de atención médica local sin fines de lucro que ofrece el programa STAR+PLUS Centro de enfermería en nuestra área de prestación de servicios, entendemos las necesidades únicas de atención médica de nuestra comunidad. ¡Estamos orgullosos de ser su vecino! Estamos realmente comprometidos con su salud.

Usted recibe este Manual para Miembros porque fue aprobado para Medicaid bajo el programa STAR+PLUS. Usted eligió Community First como su MCO o fue asignado a Community First. 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 usted necesita ayuda para comprender o leer este manual, nuestros representantes de Servicios para Miembros pueden ayudarle tanto en inglés como en español. También puede obtener este manual en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Le enviaremos una copia por correo 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 se comuniquen con nosotros, verificaremos esta información. Puede solicitarnos que lo actualicemos en cualquier momento. Si usted prefiere este manual en otro formato o desea una copia impresa, comuníquese con Servicios para Miembros al número gratuito que aparece en la siguiente página.



Manténgase conectado con el Portal para Miembros de Community First

El Portal para Miembros de Community First es una herramienta conveniente y segura para ayudarle a administrar su atención médica. Al crear una cuenta gratuita, usted puede:

- Ver su historial de salud.
- Imprimir una tarjeta de identificación de Miembro temporal.
- Revisar sus beneficios de salud.
- Ver acciones de salud recomendadas y recompensas que puede obtener completándolos.

Visite CommunityFirstMedicaid.com y haga clic en “Portal para Miembros” para registrarse.

NÚMEROS PARA RECORDAR

Si usted tiene alguna pregunta, llame gratuitamente a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827. Nuestro equipo está disponible de 8 de la mañana a 5 de la tarde, de lunes a viernes, excepto los feriados aprobados por el estado. Los Miembros tienen la opción de hablar con una enfermera titulada y/o dejar un mensaje los fines de semana y días festivos. Los mensajes se devuelven en un día hábil. Nuestro personal es bilingüe en inglés y español. Si habla otro idioma, llame a Servicios para Miembros y podremos conseguirle un intérprete.

Servicios para Miembros de Community First	1-855-607-7827
Coordinación de servicios de Community First	210-358-6403
Servicios de salud conductual de Community First	1-855-607-7827
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas	1-855-607-7827
Línea de crisis de salud conductual las 24 horas	1-844-541-2347
TTY (sordos/con problemas de audición)	711
Equipo de asistencia de atención administrada por un defensor del pueblo	1-866-566-8989
Línea de ayuda del programa STAR+PLUS de Texas	1-800-964-2777 or 211
Transporte en ambulancia que no sea de emergencia	1-855-607-7827
Cuidado dental (DentaQuest)	1-800-436-5286
Emergencia (emergencias que ponen en peligro la vida)	911
Línea nacional de suicidio y crisis	988

SERVICIOS PARA MIEMBROS

Si usted tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827. Nuestros representantes de Servicios para Miembros hablan inglés y español y pueden:

- Enviarle una nueva tarjeta de identificación de Miembro.
- Ayudarle a comprender sus beneficios.
- Seleccionar o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP).
- Ayudar a resolver cualquier problema o queja de atención médica.
- Ayudarle a acceder a servicios que no requieren una derivación de su PCP.
- Responder preguntas sobre todos los servicios cubiertos por su plan de atención médica.

Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 5 de la tarde excepto en días festivos aprobados por el estado. Esta llamada es gratuita. Si usted necesita ayuda en un idioma que no sea inglés o español, contamos con servicios de intérprete gratuitos.

Los Miembros también pueden hablar con una enfermera titulada llamando a Servicios para Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener asesoramiento médico. O puede dejar un mensaje para nuestro equipo de Servicios para Miembros fuera del horario de atención, los fines de semana y días festivos. Un representante de Servicios para Miembros le responderá su mensaje en un día hábil.

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Marque el **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana cuando alguien:

- Está teniendo una reacción alérgica grave.
- Está sangrando mucho o tiene una lesión grave.
- Tiene dolor de pecho intenso, está inconsciente o no respira.
- Muestra signos de un derrame cerebral (cara caída, debilidad u hormigueo en los brazos, dificultad para hablar).

SERVICIOS DE SALUD MENTAL, USO DE SUSTANCIAS Y CRISIS

Usted puede obtener ayuda para la salud del comportamiento y/o el trastorno por uso de sustancias llamando al 1-855-607-7827. Le ayudaremos a encontrar el mejor proveedor para sus necesidades. No necesita una derivación para obtener estos servicios.

Si usted está experimentando una crisis de salud mental o uso de sustancias, llame gratuitamente a la línea de crisis de salud conductual de Community First al 1-844-541-2347, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para hablar con un profesional capacitado que pueda ayudar en inglés o español. Contamos con servicios de intérprete gratuitos para personas que hablan otro idioma. También puede llamar al número gratuito 988 para comunicarse con la línea nacional de suicidio y crisis o ir a la sala de emergencias más cercana.

La línea nacional de suicidio y crisis 988 puede ayudar cuando alguien tiene:

- Pensamientos o conductas suicidas
- Uso de sustancias o crisis de salud mental
- Paranoia o sensación de estar fuera de contacto con la realidad.
- Comportamiento violento o abusivo hacia uno mismo o hacia otros

COORDINACIÓN DE SERVICIOS

Community First asignará un/a coordinador/a de servicios a cualquier Miembro de STAR+PLUS Centro de enfermería que lo solicite. También ofreceremos un/a coordinador/a de servicios a los Miembros si una revisión de sus necesidades de servicios de salud y apoyo muestra que podrían ayudar. Puede comunicarse con su coordinador de servicios directamente o llamarlo al 210-358-6403. Su coordinador de servicios puede ayudarle a:

- Acceder a un proveedor.
- Identificar sus necesidades.
- Comprender las opciones de prestación de servicios.
- Comprender sus beneficios y servicios.

TTY

Si usted es sordo o tiene problemas de audición, llame al 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o de habla.

LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA

Los Miembros pueden llamar a la línea de asesoramiento de enfermería de Community First, disponible las 24 horas, llamando al 1-855-607-7827 en cualquier momento para obtener ayuda para recibir atención. Hay enfermeras tituladas que hablan inglés y español disponibles para ayudar. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de intérprete gratuitos para personas que hablan un idioma diferente. Si es sordo/a o tiene problemas de audición, llame al 711.

La Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas puede ayudarle a:

- Obtener información sobre los servicios cubiertos.
- Responder preguntas sobre medicamentos.
- Obtener una derivación a recursos de servicios sociales.
- Obtener consejos sobre cómo tratar lesiones o enfermedades menores en casa.
- Obtener consejos sobre si debe ir a una sala de emergencia o de atención de urgencia.

CUIDADO DE LA VISIÓN

Envolve brinda servicios de atención oftalmológica de rutina a los Miembros de Community First. Usted puede llamar a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827 para obtener ayuda para encontrar un proveedor de Envolve cerca de usted. Usted también puede buscar proveedores de Envolve visitando [VisionBenefits](https://www.visionbenefits.com). [EnvolveHealth.com](https://www.envolvehealth.com).

CUIDADO DENTAL

DentaQuest brinda servicios dentales preventivos y atención dental de rutina para los Miembros de Community First. Puede llamar a DentaQuest al 1-800-436-5286 o Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827 para obtener ayuda para encontrar un proveedor de DentaQuest cerca de usted.

MEDICAMENTOS RECETADOS

El socio de Community First para los beneficios de farmacia es Navitus. Llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827 para obtener información sobre sus beneficios de medicamentos recetados.

TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA

Su centro de enfermería puede ayudarle a llegar y regresar de sus citas de atención médica. Comuníquese con el personal de su centro de enfermería para obtener servicios de transporte que no sean de emergencia. Si es médicamente necesario, Community First proporciona transporte en ambulancia que no sea de emergencia para los Miembros que requieren este servicio. Puede leer más sobre la ayuda con el transporte en este Manual para Miembros.

UBICACIONES DE COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

Community First tiene dos ubicaciones para servirle:

Oficina Corporativa
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

**Avenida Guadalupe
Oficina Comunitaria**
1410 Guadalupe Street, Suite 222
San Antonio, TX 78207

Nuestra Oficina Comunitaria de Avenida Guadalupe brinda asistencia en persona si tiene preguntas sobre su cobertura de atención médica, la renovación de su plan, recursos comunitarios locales y más. Las personas sin cita previa son bienvenidas.

Para hacer una cita, visite CommunityFirstMedicaid.com y haga clic en Community Office (Oficina Comunitaria) en el menú desplegable Contact (Contacto) o llame al 210-358-6403.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE COMMUNITY FIRST

Cuando usted se inscriba para convertirse en Miembro de Community First, recibirá una tarjeta de identificación de Miembro de Community First. Si no recibe una tarjeta, llame a Servicios para Miembros. Así es como se verá el frente y el reverso de su tarjeta de identificación de Miembro de Community First.

Ejemplos de tarjetas de identificación de Miembro de STAR+PLUS de Community First

COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS STAR+PLUS 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: CFG	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. 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 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_1770GOV_0124 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. 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 Submit electronic claims to Availity: Payer ID = COMMF Pharmacy Help Desk: 1-877-908-6023 
COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS STAR+PLUS 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: 09/01/2024 Navitus Health Solutions RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: CFG	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. 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 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_1770GOV_0124 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. 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 Submit electronic claims to Availity: Payer ID = COMMF Pharmacy Help Desk: 1-877-908-6023 
COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS STAR+PLUS NON-DUAL Name: John M. Doe Member ID: 000000000 Group Number: 00000000000000000000 Navitus Health Solutions RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: CFG	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. 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 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_1770GOV_0124 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. 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 Submit electronic claims to Availity: Payer ID = COMMF Pharmacy Help Desk: 1-877-908-6023 

¿Cómo uso mi tarjeta de identificación de Miembro?

Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de Miembro de Community First y muéstresela al médico, a la médica, clínica u hospital para recibir la atención que necesita. Necesitarán los datos de la tarjeta para saber que usted es Miembro de Community First. No permita que nadie más use su tarjeta de identificación de Miembro de Community First.

Su tarjeta de identificación de Miembro de Community First está en inglés y español y tiene:

- Su nombre
- Número de identificación de Miembro
- El nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria
- Número gratuito las 24 horas para Servicios para Miembros de Community First
- Número gratuito las 24 horas para servicios de salud conductual
- Instrucciones sobre qué hacer en caso de emergencia

Nota: Si usted es Miembro con doble elegibilidad de Community First STAR+PLUS (obtiene Medicaid y Medicare) o tiene otro seguro privado además de Medicaid, su tarjeta de identificación de Miembro de Community First no mostrará el nombre ni el número de teléfono de su proveedor de atención primaria. Esto se debe a que usted recibe su atención primaria a través de su médico/a de Medicare o, si tiene otro seguro privado, un/a médico/a de la red de ese plan de seguro.

¿Qué pasa 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, llame a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 y solicite una nueva. También puede iniciar sesión en nuestro [portal seguro para Miembros](#) at CommunityFirstMedicaid.com para imprimir una tarjeta de identificación temporal y solicitar una nueva.

MEDICAID

SU TARJETA MEDICAID DE BENEFICIOS DE TEXAS (YTB)

Cuando sea aprobado para Medicaid, usted recibirá una tarjeta YTB Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de Medicaid diaria. Debe llevarla y protegerla como si fuera su licencia de conducir o una tarjeta de crédito. Su médico/a puede usar la tarjeta para saber si tiene beneficios de Medicaid cuando vaya a una visita.

Se le emitirá solo una tarjeta y recibirá una tarjeta nueva solo si la pierde o se la roban. Si usted pierde o le roban su tarjeta de Medicaid, puede obtener una nueva llamando al número gratuito 1-800-252-8263 o conectándose en línea para solicitar o imprimir una tarjeta temporal en YourTexasBenefits.com. Le proporcionarán un formulario de verificación temporal llamado formulario 1027-A. Usted puede utilizar este formulario hasta que reciba otra tarjeta.

Si usted no está seguro de si está cubierto por Medicaid, puede averiguarlo llamando gratis al 1-800-252-8263. También puede llamar al 211. Primero elija un idioma y luego elija la opción 2.

Su información de salud es una lista de servicios médicos y medicamentos que recibió a través de Medicaid. Lo compartimos con los/las médicos/as de Medicaid para ayudarles a decidir qué atención médica usted necesita. Si no desea que sus médicos/as vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame gratis al 1-800-252-8263 u opte por no compartir su información de salud en YourTexasBenefits.com.

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

- Su nombre y número de identificación de Medicaid.
- La fecha en que le enviaron la tarjeta.
- El nombre del programa de Medicaid en el que se encuentra si recibe:
 - Medicare — Beneficiario calificado de Medicare (QMB)/Medicaid Beneficiario calificado de Medicare (MQMB)
 - Programa de mujeres saludables de Texas (HTW)
 - Hospicio
 - STAR Salud
 - Medicaid de emergencia, o
 - Elegibilidad presunta para mujeres embarazadas (PE).
- Datos que su farmacia necesitará para facturar a Medicaid.
- El nombre de su médico/a y farmacia si está en el programa Medicaid Lock-in.

El reverso de la tarjeta YTB Medicaid tiene la dirección de un sitio en internet que usted puede visitar (YourTexasBenefits.com) y un número de teléfono al que puede llamar sin costo (1-800-252-8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

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

Su tarjeta Medicaid de beneficios de Texas

 Your Texas Benefits Health and Human Services Commission	
Member name:	
Member ID:	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.
Issuer ID:	Date card sent:

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-GA-1213		

EL PORTAL DEL CLIENTE DE MEDICAID YOURTEXASBENEFITS.COM

Puede utilizar el portal del cliente de Medicaid para hacer todo lo siguiente para usted o cualquier persona a cuya información médica o dental tenga acceso:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta YTB Medicaid.
- Ver sus planes médicos y dentales.
- Ver la información de sus beneficios.
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids Texas Health Steps.
- Ver alertas de transmisión.
- Ver diagnósticos y tratamientos.
- Ver vacunas.
- Ver medicamentos recetados.
- Elija si desea permitir que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible.

Para acceder al portal, vaya a YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en **Iniciar sesión**.
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si usted no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una nueva cuenta**.
- Haga clic en **Administrar**.
- Vaya a la sección **“Enlaces rápidos”**.
- Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP**.
- Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponible**.

Nota: El Portal para clientes de YourTexasBenefits.com muestra información solo para clientes activos. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que sea parte de su caso.

MEDICAID Y SEGURO PRIVADO**¿Qué pasa si tengo otro seguro además de Medicaid?**

Usted debe informar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro médico privado que tenga. Debe llamar a la línea directa de recursos de terceros de Medicaid y actualizar su expediente de caso de Medicaid si:

- Se cancela su seguro médico privado.
- Obtiene una nueva cobertura de seguro.
- Tiene preguntas generales sobre el seguro a terceros.

Usted puede llamar a la línea directa gratuita de recursos de terceros al 1-800-846-7307.

Si usted tiene otro seguro, aún puede calificar para Medicaid. Cuando le informa al personal de Medicaid sobre su otro seguro médico, ayuda a garantizar que Medicaid solo pague lo que su otro seguro médico no cubre.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden rechazarle servicios porque usted tiene un seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también deben presentar la solicitud ante su compañía de seguro médico privado.

RENOVAR SU COBERTURA DE MEDICAID

Usted debe renovar su cobertura de Medicaid cada año. De tres a cuatro meses antes de que finalice su cobertura, servicios humanos y de salud de Texas (HHSC) le enviará un sobre por correo marcado como “petición urgente”. El sobre incluirá un formulario de renovación. También es posible que se le solicite que proporcione más información, como una actualización sobre los ingresos y las deducciones de costos de su familia. La forma más sencilla de renovar su cobertura es visitar YourTexasBenefits.com o descargar la aplicación móvil YourTexasBenefits mobile app. Allí puede:

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

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

Contamos con recursos en línea, incluidas instrucciones paso a paso sobre cómo renovar su cobertura, y podemos ayudarle por teléfono o en persona en nuestra oficina comunitaria de Avenida Guadalupe. Visite CommunityFirstMedicaid.com para programar una cita.

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?

Si usted pierde la cobertura de Medicaid pero la recupera dentro de los seis meses, obtendrá sus servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder su cobertura de Medicaid. Usted también tendrá el mismo proveedor de atención primaria que tenía antes. Si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicaid, visite YourTexasBenefits.com o llame a la línea de ayuda del programa STAR+PLUS al 1-800-964-2777.

CAMBIO DE DIRECCIÓN**¿Qué tengo que hacer si me mudo?**

Tan pronto como tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina local de beneficios de 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 su nueva área, usted debe llamar a Community First, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención a través de Community First hasta que HHSC cambie su dirección.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Cuando se inscribió en Community First, usted eligió un/a médico/a de nuestra lista de proveedores para que fuera su proveedor de atención primaria. Un proveedor de atención primaria (PCP) es su propio/a médico/a o clínica de atención médica. Esta persona o clínica:

- Atiende sus necesidades médicas y actúa como su principal proveedor de atención médica.
- Realiza chequeos regulares.
- Escribe recetas de medicamentos o suministros cuando esté enfermo.
- Le informa si necesita consultar a un especialista.

¿Me asignarán un/a médico/a si tengo Medicare?

Si usted tiene doble elegibilidad, no necesita elegir un PCP. Puede seguir consultando al/la médico/a de Medicare que ha estado consultando para su atención médica.

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 a conocerle mejor para poder acompañarle a planificar sus futuras necesidades de atención médica.

¿Cómo veo a mi PCP si no visita mi centro de enfermería?

Su centro de enfermería le proporcionará transporte hacia y desde sus citas si necesita salir de la residencia. Un/a coordinador/a de servicios también puede ayudarle si necesita asistencia con el transporte.

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

Si tiene un problema urgente, llame primero a su PCP. Su PCP o un/a médico/a de guardia está disponible para usted, ya sea en persona o por teléfono, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Usted también puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, al 1-855-607-7827. La enfermera podría brindarle consejos médicos en el hogar o derivarlo a un centro de atención de urgencia o a la sala de emergencias de un hospital si es necesario.

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

Si usted necesita atención médica cuando viaja, llámenos gratis al 1-855-607-7827 y le ayudaremos a encontrar un/a médico/a. Si necesita servicios de emergencia mientras viaja, vaya a un hospital cercano y luego llámenos sin costo al 1-855-607-7827.

¿Qué pasa si estoy fuera del estado?

Si usted tiene una emergencia fuera del estado, vaya a la sala de emergencias más cercana para recibir atención. Si se enferma y necesita atención médica mientras se encuentra fuera del estado, llame a su PCP o clínica de Community First. Su médico/a puede decirle qué debe hacer si no se siente bien. Si visita a un/a médico/a o clínica fuera del estado, debe estar inscrito/a en Medicaid para recibir el pago. Muestre su tarjeta

de identificación de Medicaid de Texas y su tarjeta de identificación de Miembro de Community First antes de que lo atiendan. Pídale al/la médico/a que llame a Community First para obtener un número de autorización. El número de teléfono al que debe llamar se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de Miembro de Community First.

¿Qué pasa si estoy fuera del país?

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos y necesita atención médica, Community First no cubrirá ningún servicio de atención médica que reciba. Los servicios médicos realizados fuera del país no están cubiertos por Medicaid.

CAMBIAR DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

Si no está satisfecho con su PCP, hable con él/ella y hágale saber sus pensamientos e inquietudes. Si aún no está satisfecho después de hablar con ellos, un representante de Servicios para Miembros de Community First puede ayudarle a cambiar su PCP. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

Usted también puede enviar una solicitud para cambiar su PCP a través de nuestro [portal seguro para Miembros](https://portal.seguro.para.miembros.com). Puede acceder al Portal para Miembros y crear una cuenta CommunityFirstMedicaid.com. Usted también puede escribirnos a:

Community First Health Plans

Attention: Member Services
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

Para obtener una lista de PCP en la red Community First, visite nuestro directorio de proveedores STAR+PLUS en CommunityFirstMedicaid.com.

Si usted tiene preguntas sobre las calificaciones profesionales de su PCP o si desea obtener una lista actualizada de los PCP y otros proveedores dentro de la red, llame a Servicios para Miembros.

¿Cuándo entrará en vigor el cambio de mi proveedor de atención primaria?

Si usted cambia su PCP, el cambio entrará en vigencia de inmediato. Después de haber cambiado de PCP, recibirá una nueva tarjeta de identificación de Miembro de Community First con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

¿Qué pasa si mi proveedor de atención primaria abandona la red de Community First?

Le enviaremos una carta para informarle que su PCP abandonó nuestra red y que hemos elegido un nuevo PCP para usted. Si prefiere seleccionar usted mismo un PCP diferente, llame a Servicios para Miembros e infórmenos qué médico/a elige.

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

¿Dónde puedo encontrar una lista de proveedores de Community First?

El Directorio de proveedores de Community First STAR+PLUS es una lista de PCP, médicos/as, hospitales y otros proveedores de atención médica que están disponibles para usted. Puede encontrar esta lista en CommunityFirstMedicaid.com. Simplemente haga clic en “Buscar un proveedor”. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros de Community First.

Hacer una cita

¿Cómo programo una cita con mi proveedor de atención primaria?

Llame a su PCP para programar una cita. Si necesita ayuda para programar una cita o si necesita ayuda con el transporte, un intérprete u otros servicios, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827.

¿Qué necesito llevar conmigo a mi cita?

- Su tarjeta de identificación de Miembro de Community First
- Su tarjeta de Medicaid de beneficios de Texas
- Registros de vacunación (vacunas)
- Una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente
- Lista de verificación de chequeo de Community First

INFORMACIÓN DEL PLAN DE INCENTIVOS PARA MÉDICOS/AS

Community First Health Plans recompensa a los/las médicos/as por tratamientos que sean rentables para las personas cubiertas por Medicaid. Community First no puede realizar pagos conforme a un plan de incentivos para médicos/as si los pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos médicamente necesarios para los Miembros. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de atención primaria (médico/a principal) es parte de este plan de incentivo para médicos/as. Usted también tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al 1-855-607-7827 para obtener más información sobre esto.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMMUNITY FIRST

Qué preguntar en su examen médico

Cinco preguntas para hacerle a su proveedor de atención primaria (PCP)

Aquí hay algunas preguntas importantes que quizás desee hacerle a su proveedor de atención primaria en su próximo examen médico. Imprima y lleve esta lista a su cita o sáquela en su teléfono mientras espera que lo atiendan.

- 1 Así es como me siento. ¿Le parecen normales estos síntomas?** Dígle a su proveedor de atención primaria exactamente cómo se siente. Sea honesto/a. Pregúntale si lo que siente es normal.
- 2 ¿Qué pruebas de detección necesito?** Pregúntele a su proveedor de atención primaria si recomienda ciertas pruebas de detección según su edad, sexo e historial familiar.
- 3 ¿Tengo un peso saludable?** Si desea perder peso, pida ayuda para crear un plan de dieta y ejercicio.
- 4 ¿Existen mejores opciones de tratamiento disponibles para mi afección?** 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 debería ser atendido la próxima vez y en qué puede trabajar entre citas.

ESPECIALISTAS

¿Qué pasa si necesito consultar a un/a médico/a especial (especialista)?

Es posible que su médico/a quiera que consulte a un/a médico/a especial (especialista) para determinadas necesidades de atención médica. Un/a especialista ha recibido capacitación y tiene más experiencia en el cuidado de ciertas condiciones de salud, enfermedades y lesiones. Community First tiene muchos especialistas que trabajarán con usted y su proveedor de atención primaria para atender sus necesidades.

Si usted es Miembro con doble elegibilidad de Community First STAR+PLUS, puede continuar consultando a los especialistas de Medicare de su elección.

¿Qué es una referencia/derivación?

Su médico/a hablará con usted sobre sus necesidades de atención médica y hará planes para que usted consulte a un/a especialista si es necesario. Esto se llama referencia o derivación. Su PCP es el único que puede derivarlo para consultar a un/a especialista. Si consulta a un/a especialista o recibe servicios de un/a especialista sin la derivación de su médico/a, o si el/la especialista no es un proveedor/a de Community First, es posible que usted sea responsable de la factura. En algunos casos, un obstetra/ginecólogo/a también puede derivarlo a servicios relacionados. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros.

¿Qué servicios no necesitan una referencia o derivación?

No necesita una referencia o derivación de su proveedor de atención primaria para:

- Servicios de emergencia
- Servicios de salud conductual

SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER

- Atención de obstetricia y ginecología
- Servicios oftalmológicos de rutina
- Servicios dentales de rutina (para niños/as)
- Servicios de planificación familiar

¿Qué tan pronto puedo esperar ser atendido por un especialista?

Debería ser atendido dentro de tres semanas. Si tiene un problema urgente, el/la especialista debería atenderle en un plazo de 24 horas. Si no puede conseguir una cita dentro de estos plazos, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

¿Qué es la autorización previa?

Algunos servicios médicos requieren la aprobación de Community First. Esto se llama autorización previa. Puede obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa visitando [CommunityFirstMedicaid.com](https://www.communityfirstmedicaid.com). Haga clic en “Autorización previa” en el menú desplegable “Miembros”. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Tiene derecho a una segunda opinión si no está satisfecho con el plan de atención ofrecido por un/una especialista. Su proveedor de atención primaria debería poder derivarlo para un visita de segunda opinión a un/una especialista de nuestra red. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar otro/a médico/a.

¿Qué pasa si necesito ser admitido en un hospital?

Si usted necesita ser admitido en un hospital para recibir atención hospitalaria, su médico/a debe llamar a Community First para informarnos sobre la admisión. Si es Miembro con doble elegibilidad de Community First STAR+PLUS, debe seguir las reglas de su plan Medicare para las admisiones hospitalarias.

¿Qué pasa si voy a la sala de emergencias?

Si usted necesita atención urgente o de emergencia, debe recibir atención médica de inmediato y luego usted o el/la médico/a deben llamar a Community First lo antes posible. Si no está seguro de si necesita ir a la sala de emergencias, puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas de Community First al 1-855-607-7827.

SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER

ATENCIÓN DE OB/GINECÓLOGO/A

ATENCIÓN SOCIAS FEMENINAS

¿Qué pasa si necesito atención de obstetricia/ginecología?

Community First le permite elegir un/a obstetra/ginecólogo/a, pero este/a médico/a debe estar en la misma red que su proveedor de atención primaria.

Usted tiene derecho a elegir un/a obstetra/ginecólogo/a sin una derivación de su proveedor de atención primaria. Un/a obstetra/ginecólogo/a puede brindarle:

- Un examen de rutina de la mujer por año.
- Atención relacionada con el embarazo.

- Atención de cualquier condición médica femenina.
- Derivación a un especialista dentro de la red.

¿Tengo derecho a elegir un/a obstetra/ginecólogo/a como mi proveedor/a de atención primaria?

Community First tiene algunos proveedores de obstetricia y ginecología que pueden ser su proveedor de atención primaria. Si usted necesita ayuda para elegir un/a obstetra/ginecólogo/a, llame a Community First al 1-855-607-7827.

Si no elijo un/a obstetra/ginecólogo/a como mi proveedor/a de atención primaria, ¿tengo acceso directo? ¿Necesitaré una referencia/derivación?

Sí, aún tiene acceso directo a un/a obstetra/ginecólogo/a, incluso si no elige uno/a como su PCP. No necesita una referencia/derivación ni aprobación de Community First. Se puede acceder a los servicios de planificación familiar, atención de obstetricia y servicios y procedimientos ginecológicos de rutina directamente a través del obstetra/ginecólogo/a de Community First que elija.

¿Cómo elijo un/a obstetra/ginecólogo/a?

Usted puede encontrar una lista de médicos/as obstetras y ginecólogos/as disponibles en el directorio de proveedores de STAR+PLUS en CommunityFirstMedicaid.com. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 si necesita ayuda para elegir un/a obstetra/ginecólogo/a. Una vez que elija un/a obstetra/ginecólogo/a, debe ir al/la mismo/a obstetra/ginecólogo/a en cada visita para que puedan conocer sus necesidades de atención médica.

¿Qué tan pronto me pueden atender después de comunicarme con mi obstetra/ginecólogo/a para programar una cita?

Si usted está embarazada, su obstetra/ginecólogo/a debería verla dentro de dos semanas. Si no está embarazada, su obstetra/ginecólogo/a debería verla dentro de las tres semanas.

¿Puedo quedarme con mi obstetra/ginecólogo/a si no está en Community First?

Si su obstetra/ginecólogo/a no pertenece a Community First, llame a Servicios para Miembros. Trabajaremos con su médico/a para que pueda seguir atendiéndola o podemos ayudarle a elegir un/a nuevo/a médico/a dentro del plan.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar? ¿Necesito una derivación para esto?

Para servicios de planificación familiar, usted puede ir a cualquier proveedor que acepte Medicaid. No necesita una derivación de su proveedor de atención primaria. Usted también debe hablar con su médico/a sobre la planificación familiar. Pueden ayudarle a elegir un proveedor de planificación familiar. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

¿Dónde encuentro un proveedor de servicios de planificación familiar?

Usted puede encontrar las ubicaciones de los proveedores de planificación familiar cerca de usted en línea en HealthyTexasWomen.org o puede llamar a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827 para obtener ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar.

DEFINICIÓN DE CUIDADO

ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina es la atención regular que recibe de su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarlo a mantenerse saludable, como exámenes regulares. Usted puede llamar a su PCP para programar una cita para recibir atención médica de rutina. La atención médica de rutina incluye:

- Recetas.
- Revisiones regulares.
- Tratamiento cuando se enferme.
- Atención de seguimiento cuando se realice exámenes médicos.

¿Qué debo hacer si necesito atención médica de rutina?

Comuníquese con su PCP para programar una cita para recibir atención médica de rutina, incluidos exámenes médicos regulares. Usted siempre puede llamar a Servicios para Miembros de Community First si necesita ayuda para programar una cita.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted puede esperar que lo atiendan para recibir atención médica de rutina dentro de dos semanas.

ATENCIÓN MÉDICA URGENTE

¿Qué es la atención médica urgente?

Otro tipo de atención es la atención de urgencia. Hay algunas lesiones y enfermedades que probablemente no sean emergencias, pero que pueden convertirse en emergencias si no se tratan dentro de las 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Dolores de oído.
- Dolor de garganta.
- Quemaduras o cortes menores.
- Esguinces/distensiones musculares.

¿Qué debo hacer si necesito atención médica urgente?

Para atención médica urgente, usted debe llamar al consultorio de su médico/a, incluso durante las noches y los fines de semana. Su médico/a le dirá qué hacer. En algunos casos, su médico puede indicarle que vaya a una clínica de atención de urgencia.

Si su médico/a le indica que vaya a una clínica de atención de urgencia, no es necesario que llame a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que acepte Medicaid de Community First Health Plans. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de atención de urgencia, llame gratuitamente a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827. Usted también puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas al 1-855-607-7827 para obtener ayuda para obtener la atención que necesita.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted debería poder ver a su médico/a dentro de las 24 horas para una cita de atención urgente. Si su médico/a le indica que vaya a una clínica de atención de urgencia, no es necesario que llame a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica de atención de urgencia que acepte Medicaid de Community First.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA**¿Qué es la atención médica de emergencia?**

Se brinda atención médica de emergencia para condiciones médicas de emergencia y condiciones de salud conductual de emergencia.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Los tiempos de espera de emergencia se basarán en sus necesidades médicas y los determinará el centro de emergencia que lo esté atendiendo.

¿Qué es una condición médica de emergencia?

Una afección médica de emergencia es una afección médica con síntomas agudos de aparición reciente y gravedad suficiente (incluido dolor intenso), de modo que una persona prudente y no especializada, que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata podría resultar en:

1. Desfiguración grave;
2. Deterioro grave de las funciones corporales;
3. Poner en grave riesgo la salud del paciente;
4. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
5. En el caso de una mujer embarazada, peligro grave para la salud de la mujer o de su bebé en gestación.

¿Qué es una condición de emergencia de salud conductual?

Una condición de emergencia de salud conductual significa cualquier condición, sin importar la naturaleza o causa de la condición, que, en la opinión de una persona prudente, que posee un conocimiento promedio de medicina y salud:

1. Requiere intervención o atención médica inmediata sin la cual el Miembro presentaría un peligro inmediato para sí mismo o para otros; o
2. Que incapacite al Miembro para controlar, conocer o comprender las consecuencias de sus actos.

¿Qué son los servicios de emergencia y la atención de emergencia?

Los servicios de emergencia y la atención de emergencia son servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados por un proveedor que está calificado para brindar dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia y/o una afección de salud conductual de emergencia, incluidos los servicios de atención de post estabilización.

¿Necesito autorización previa?

Usted no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir atención médica de emergencia.

DEFINICIÓN DE CUIDADO

¿Qué es la post estabilización?

Los servicios de atención de post estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que mantienen estable su condición después de la atención médica de emergencia.

MÉDICAMENTE NECESARIO

¿Qué significa medicamento necesario?

Para estar cubierto por nuestro plan STAR+PLUS Centro de enfermería, la atención que reciba debe ser “medicamento necesario”.

Medios medicamento necesarios:

1. Para Miembros de 21 años o más, servicios de atención médica no relacionados con la salud conductual que sean:
 - a) razonables y necesarios para prevenir enfermedades o condiciones médicas, o proporcionar exámenes, intervenciones y/o tratamientos tempranos para condiciones que causan sufrimiento o dolor, causen deformidad física o limitaciones en la función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, causan enfermedad o enfermedad de un Miembro, o poner en peligro la vida;
 - b) proporcionados en instalaciones apropiadas y en los niveles apropiados de atención para el tratamiento de las condiciones de salud de un Miembro;
 - c) consistente con las pautas y estándares de práctica de atención médica respaldados por organizaciones de atención médica o agencias gubernamentales profesionalmente reconocidas;
 - d) consistente con los diagnósticos de las condiciones;
 - e) no más intrusivo o restrictivo de lo necesario para proporcionar un equilibrio adecuado entre seguridad, eficacia y eficiencia;
 - f) no experimental o de investigación; y
 - g) no principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor; y
2. Para Miembros mayores de 20 años, servicios de salud conductual que:
 - a) son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o de dependencia química, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento resultante de dicho trastorno;
 - b) están de acuerdo con las pautas clínicas y los estándares de práctica profesionalmente aceptados en la atención de la salud conductual;
 - c) se brindan en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el que se puedan brindar los servicios de manera segura;
 - d) son el nivel o suministro de servicio más apropiado que se puede proporcionar de manera segura;
 - e) no podría omitirse sin afectar negativamente la salud física y/o mental del Miembro o la calidad de la atención brindada;
 - f) no son experimentales ni de investigación; y
 - g) no son principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor.

Community First determinará la necesidad médica de los servicios complementarios de centros de enfermería y los servicios de cuidados intensivos únicamente. Los servicios complementarios de centros de enfermería incluyen, entre otros, servicios dentales de emergencia, servicios de rehabilitación ordenados por un/a médico/a, sillas de ruedas eléctricas personalizadas y dispositivos de comunicación por audio.

AYDUA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA

Community First se compromete a eliminar las barreras a la atención. Todos merecen acceso a los servicios de atención médica que necesitan y comprender la atención o el tratamiento que reciben.

INTÉRPRETES

¿Alguien puede interpretarme cuando hablo con mi médico/a? ¿Puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio de un proveedor?

Los representantes de Servicios para Miembros de Community First hablan inglés y español. Si usted habla otro idioma o es sordo o tiene problemas de audición y necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 (TTY 711). Community First puede hacer arreglos para que un intérprete lo acompañe a su cita con el/la médico/a.

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

Llame a Servicios para Miembros al menos 24 horas antes de su visita. Se pueden programar intérpretes para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esto incluye días festivos y fines de semana.

SERVICIOS DE TRANSPORTE

¿Qué servicios de transporte ofrece Community First?

El centro de enfermería es responsable de brindar servicios de transporte de rutina que no sean de emergencia. Si es médicamente necesario, Community First puede proporcionar transporte en ambulancia que no sea de emergencia para los Miembros que requieran este servicio.

¿Cómo obtengo este servicio? ¿A quién llamo?

Para obtener transporte en ambulancia que no sea de emergencia, su proveedor debe comunicarse con Community First para solicitar autorización para estos servicios. También puede comunicarse con su Coordinador de servicios al 210-358-6403 para obtener ayuda.

TELESALUD

¿Qué son los servicios de telesalud?

La mayoría de los proveedores de Community First de nuestra red ofrecen servicios de telesalud a Miembros de STAR+PLUS para determinadas necesidades de atención médica. Los servicios de telesalud son visitas virtuales de atención médica con un proveedor a través de una aplicación móvil, video en línea u otro método electrónico.

Community First trata los servicios de telesalud con proveedores dentro de la red de la misma manera que las visitas en persona con proveedores dentro de la red. Una visita de telesalud con un proveedor de Community First dentro de la red no requiere autorización previa.

¿Cómo programo una cita de telesalud?

Llame a su médico/a y pregúntele si ofrece servicios de telesalud. Usted puede concertar una cita a una hora que se ajuste a su horario.

DEFENSORES DE LOS MIEMBROS

Community First brinda a los Miembros de STAR+PLUS acceso a defensores de Miembros ubicados físicamente dentro de nuestra área de servicio.

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

1. Sus derechos y responsabilidades,
2. Las funciones y datos de contacto de la defensoría del pueblo de HHSC,
3. El proceso de denuncia,
4. El proceso de apelación,
5. Servicios cubiertos disponibles para ellos, incluidos los servicios preventivos, y
6. Servicios no cubiertos a su disposición.

Los defensores de los Miembros están capacitados y conocen el proceso de resolución de conflictos y quejas de Community First. Los defensores de los Miembros deben ayudar a los Miembros y a los representantes legalmente autorizados (LARs) con la comprensión y el uso del proceso de quejas de Community First, incluido cómo redactar una queja por escrito. Los defensores de los Miembros también son responsables de monitorear las quejas de las que tengan conocimiento a través del proceso de quejas de Community First.

Los defensores de los Miembros están capacitados y conocen el proceso de apelaciones de Community First. Los defensores de los Miembros deben ayudar a los Miembros y a los LARs 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 defensores de los Miembros son responsables de hacer recomendaciones a la administración sobre cualquier cambio necesario para mejorar la atención brindada o la forma en que se brinda la atención. Los defensores de Miembros también son responsables de ayudar o derivar 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 defensores de Miembros deben estar capacitados para manejar quejas relacionadas con la coordinación de servicios. Los defensores de Miembros deben trabajar con el personal apropiado de Community First para abordar las quejas sobre los coordinadores de servicios, ya sea solicitando una reasignación o trabajando con el Miembro, el coordinador de servicios y otro personal apropiado de Community First para facilitar la resolución.

Community First debe garantizar el acceso a defensores de Miembros que hablen español o defensores de Miembros que hablen idiomas de otros grupos de población importantes, si así se solicita.

SUS BENEFICIOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

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

Community First cubre muchos beneficios para nuestros Miembros que viven en un centro de enfermería. Sus beneficios de centro de enfermería STAR+PLUS incluyen servicios de salud básicos (cuidados intensivos) y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). Los residentes que reciben Medicaid y Medicare (elegibles con doble elegibilidad) obtendrán sus servicios de salud básicos a través de Medicare y sus servicios a largo plazo a través de STAR+PLUS Medicaid.

¿A qué número puedo llamar para informarme sobre estos servicios?

Para obtener más información, revise los servicios y beneficios cubiertos que se enumeran en esta sección. Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos, llame a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

CUIDADOS INTENSIVOS

¿Cuáles son mis beneficios de cuidados intensivos? ¿Cómo puedo obtener estos servicios u obtener más información sobre ellos?

Los cuidados intensivos son un nivel de atención médica en el que un paciente recibe tratamiento para necesidades a corto plazo. Los cuidados intensivos a menudo se realizan en un hospital o en el consultorio del médico para un tratamiento rápido y urgente. Llame a su PCP e infórmele qué servicio necesita. Su médico/a le ayudará a conseguirlo. Para algunos servicios, puede acudir directamente al proveedor que los brinda. Si necesita más ayuda, llame a su coordinador/a de servicios al 210-358-6403 o a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

SUS BENEFICIOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Los servicios de cuidados intensivos que se enumeran a continuación están cubiertos por su plan.

Los servicios de cuidados intensivos

Servicios de ambulancia
Servicios de audiología, incluidos audífonos
Servicios de salud conductual, que incluyen: Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios Servicios ambulatorios de dependencia química para niños Servicios de desintoxicación Servicios de psiquiatría
Servicios de parto proporcionados por un/a médico/a o partera certificada en un centro de maternidad
Servicios quiroprácticos
Diálisis
Equipo médico duradero (DME)
Servicios de emergencia
Servicios de planificación familiar
Servicios de atención médica domiciliaria (requiere una derivación)
Servicios hospitalarios, incluida la atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios
Servicios de laboratorio
Chequeos médicos
Atención en un centro de enfermería
Optometría, incluidos anteojos y lentes de contacto si son médicamente necesarios
Servicios de podología
Cuidado prenatal
Medicamentos recetados
Servicios de atención primaria
Radiología, imágenes y rayos X
Servicios de médicos especialistas
Terapias, incluidas las físicas, ocupacionales y del habla
Trasplante de órganos y tejidos
Servicios de visión
Chequeos de bienestar

Además, existen otros servicios que puede obtener a través de Medicaid, incluidos:

- Transporte a las visitas médicas.
- Servicios para mujeres, bebés y niños (WIC)

Si usted es Miembro con doble elegibilidad, estos servicios de cuidados intensivos están cubiertos por Medicare. Usted aún puede ir a su médico/a de Medicare para obtener los servicios que necesita.

LÍMITES A LOS SERVICIOS CUBIERTOS

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?

Puede haber límites para algunos servicios cubiertos según su edad. Si usted tiene preguntas sobre los límites de cualquier servicio cubierto, consulte a su médico/a o llame a 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+PLUS Centro de enfermería o los planes Community First Health.

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

¿Qué servicios puedo seguir recibiendo a través de Medicaid regular pero que Community First no cubre?

- **Hospicio:** Este programa brinda a los Miembros que padecen enfermedades terminales atención para aliviar el dolor u otros problemas médicos.
- **Evaluación previa a la admisión y revisión de residentes PASRR:** PASRR es un requisito federal para ayudar a determinar si una persona no está situada de manera inapropiada en una residencia para adultos mayores para recibir atención a largo plazo.

Usted será responsable de los servicios no cubiertos por Medicaid. Es su responsabilidad determinar qué servicios están cubiertos o no. Si usted tiene preguntas sobre si un servicio está cubierto o no, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827.

SERVICIOS Y SOPORTES A LARGO PLAZO (LTSS)

¿Cuáles son mis beneficios de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) son beneficios que ayudan a las personas a vivir fuera de un centro de enfermería y a mantenerse seguras e independientes en su hogar o comunidad. LTSS le ayuda con necesidades funcionales como bañarse, vestirse, tomar medicamentos o preparar comidas. Si alguna vez abandona un centro de enfermería y desea vivir de forma independiente en su comunidad, es posible que pueda obtener estos servicios que le ayudarán a vivir con más independencia.

Los Miembros de Community First STAR+PLUS son elegibles para recibir:

- Asistente personal/Servicios de asistencia (PAS)
- Servicios de salud y actividades diurnas (DAHS)

Existen otros beneficios de atención a largo plazo que los Miembros de Community First pueden obtener según sus necesidades médicas. Estos se denominan exención de servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS) STAR+PLUS e incluyen:

Exención de servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS)

Ayudas adaptativas y equipos médicos.
Cuidado de personas mayores
Vida asistida
Terapia de rehabilitación cognitiva
Asistente personal/Servicios de asistencia dirigidos al consumidor
Servicios de respuesta a emergencias (ERS)
Asistencia de al empleo y empleo con apoyo
Comidas entregadas a domicilio
Suministros médicos
Modificaciones menores en el hogar
Servicios de enfermería (a domicilio)
Asistente personal/Servicios de asistencia (PAS)
Terapia física, ocupacional y del habla
Supervisión protectora
Cuidados de relevo
Elección de responsabilidad de servicio para los servicios de asistencia
Algunos cuidados dentales
Servicios de asistencia de transición

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

Comuníquese directamente con su coordinador de servicios o llame a la coordinación de servicios de Community First al 210-358-6403 para obtener más información sobre los beneficios de LTSS y las opciones de entrega. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros de Community First para obtener ayuda.

¿Cuáles son mis beneficios LTSS en una residencia para adultos mayores?

Cuando usted está en una residencia para adultos mayores, todas sus necesidades de cuidado personal las cubre el centro donde vive.

¿Cómo cambiarán mis beneficios si vuelvo a la comunidad?

Si usted decide regresar a la comunidad, se le evaluarán todos los servicios enumerados anteriormente según su necesidad médica. Puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al 1-855-607-7827 u obtener ayuda con su coordinador/a de servicios llamando al 210-358-6403.

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO

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

Como Miembro de Community First, puede obtener beneficios adicionales además de sus beneficios habituales. Estos se denominan servicios de valor agregado.

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO STAR+PLUS CENTRO DE ENFERMERÍA (SOLO MEDICAID)

Los siguientes servicios de valor agregado están disponibles para los Miembros exclusivos de Community First STAR+PLUS Centro de enfermería solo Medicaid. Si usted es Miembro con doble elegibilidad de Community First STAR+PLUS Centro de enfermería (tiene Medicare y Medicaid), consulte la tabla de servicios de valor agregado (doble elegibilidad) en este Manual para Miembros.

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE COMMUNITY FIRST STAR+PLUS CENTRO DE ENFERMERÍA (SOLO MEDICAID)	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
Servicios dentales adicionales , que incluyen: Exámenes dentales, radiografías y servicios de ortodoncia a bajo costo	<i>Para Miembros de 21 a 999 años y sus familiares que no tienen cobertura dental.</i> <i>Miembros sin exención: hasta \$250 para exámenes dentales, radiografías y limpiezas.</i> <i>Miembros con exención: hasta \$5,000 para atención dental preventiva y integral. Edades de 21 a 999 años.</i>
Servicios de visión adicionales , que incluyen: Hasta \$125 para monturas o \$75 para lentes de contacto	<i>Cubre lentes de contacto o anteojos, pero no ambos. Deben ser médicamente necesarios. Disponible todos los años para Miembros de 18 a 20 años y cada dos años para Miembros de 21 a 999 años. Los anteojos 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>

**SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE COMMUNITY FIRST STAR+PLUS CENTRO DE ENFERMERÍA
(SOLO MEDICAID)**

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
Servicios de salud y bienestar, que incluyen: • Apoyo gratuito y personalizado, por teléfono o en línea, junto con herramientas y estrategias para mantenerse motivado/a y ayudarlo a dejar de fumar. Incluye asesoramiento, educación, actividades y más. • Servicios notariales gratuitos para documentos como poderes médicos, agentes de salud registrados y testamentos vitales. • Para los Miembros en Diabetes en Control: Programa de Manejo de la Diabetes de Community First, una alfombrilla inteligente que mide la temperatura del pie para detectar problemas por diabetes antes de que empeoren	<i>Para recibir servicios notariales, los Miembros deben tener una tarjeta de identificación o licencia de conducir válida emitida por el estado.</i> <i>Limitado a Miembros que hayan tenido una úlcera diabética en el pie en los últimos 24 meses.</i>
Programas de regalos, que incluyen: • Kit de bienvenida que incluye: ◦ Libros de actividades para adultos (sopa de palabras, crucigramas), libro para colorear y lápices de colores. ◦ Un par de calcetines antideslizantes ◦ Un gorro de ducha ◦ Manta para el regazo • Etiquetas personalizadas para identificar pertenencias personales, incluidas ropa y zapatos.	<i>Kit de bienvenida: regalo único, disponible solo una vez para nuevos Miembros.</i> <i>Etiquetas personalizadas disponibles cada dos años, si las solicita.</i>
Cuidado de Alzheimer's • Un álbum de fotos de recuerdo personal	<i>Obsequio de una sola vez, si lo solicita.</i>
Recursos de salud mental en línea • Una página dedicada a recursos e información en CommunityFirstMedicaid.com	

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO STAR+PLUS CENTRO DE ENFERMERÍA (DOBLE ELEGIBLE)

Los siguientes servicios de valor agregado están disponibles solo para Miembros con doble elegibilidad de Community First STAR+PLUS. Si usted es Miembro únicamente de Community First STAR+PLUS Medicaid, consulte la tabla de Servicios de valor agregado de Community First STAR+PLUS (solo Medicaid) en este Manual para Miembros.

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE COMMUNITY FIRST STAR+PLUS CENTRO DE ENFERMERÍA (DOBLE ELEGIBLE)	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
Servicios dentales adicionales , que incluyen: Exámenes dentales, radiografías y servicios de ortodoncia a bajo costo	<i>Para Miembros de 21 a 999 años y sus familiares que no tienen cobertura dental.</i> <i>Miembros sin exención: hasta \$250 para exámenes dentales, radiografías y limpiezas.</i> <i>Miembros con exención: hasta \$5,000 para atención dental preventiva y integral. Edades de 21 a 999 años.</i>
Servicios de salud y bienestar , que incluyen: - Apoyo gratuito y personalizado, por teléfono o en línea, junto con herramientas y estrategias para mantenerlo/a motivado/a y ayudarlo a dejar de fumar. Incluye asesoramiento, educación, actividades y más. - Servicios notariales gratuitos para documentos como poderes médicos, agentes de salud registrados y testamentos vitales. - Para los Miembros en Diabetes en Control: Programa de Manejo de la Diabetes de Community First, una alfombrilla inteligente que mide la temperatura del pie para detectar problemas por diabetes antes de que empeoren	<i>Para recibir servicios notariales, los Miembros deben tener una tarjeta de identificación o licencia de conducir válida emitida por el estado.</i> <i>Limitado a Miembros que hayan tenido una úlcera diabética en el pie en los últimos 24 meses.</i>
Programas de regalos , que incluyen: - Kit de bienvenida que incluye: - Libros de actividades para adultos (búsqueda de palabras, crucigramas), libro para colorear y lápices de colores. - Un par de calcetines antideslizantes - Un gorro de ducha - Manta para el regazo - Etiquetas personalizadas para identificar pertenencias personales, incluidas ropa y zapatos.	<i>Kit de bienvenida: regalo único, disponible solo una vez para nuevos Miembros.</i> <i>Etiquetas personalizadas disponibles cada dos años, si las solicita.</i>

**SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE COMMUNITY FIRST STAR+PLUS CENTRO DE ENFERMERÍA
(DOBLE ELEGIBLE)**

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
Cuidado de Alzheimer's • Un álbum de fotos de recuerdo personal	<i>Obsequio de una sola vez, si lo solicita.</i>
Recursos de salud mental en línea • Una página dedicada a recursos e información en CommunityFirstMedicaid.com	

Pueden aplicarse limitaciones o restricciones a los servicios de valor agregado. Por favor, llame al 210-358-6055 o envíe un correo electrónico a healthyhelp@cfhp.com para ver si usted califica para servicios de valor agregado específicos.

¿Cómo puedo obtener estas prestaciones?

Para saber cómo puede recibir estos beneficios como Miembro de Community First en el programa STAR+PLUS Solo Medicaid o STAR+PLUS Doble Elegible, llame al 210-358-6055.

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

¿Qué clases de educación sanitaria ofrece Community First?

Además de los beneficios adicionales, Community First también ofrece programas de educación sobre la salud sin costo para ayudarle a mantenerse saludable.

Nuestros **programas de salud y bienestar** incluyen:

- **Diabetes en Control, Programa de Manejo de la Diabetes:** los Miembros participantes recibirán información continua sobre temas como el control del nivel de azúcar en la sangre, consejos para hablar con su médico/a, pruebas de detección de diabetes de rutina, su papel en la comprensión de la diabetes y la prevención de complicaciones, pruebas y suministros de azúcar en la sangre y qué hacer cuando esté enfermo.
- **Asma Importa, Programa de Manejo del Asma:** los Miembros participantes recibirán información continua para ayudarles a comprender las causas o desencadenantes de su asma; cómo trabajar para lograr una función pulmonar normal o casi normal; cómo participar de forma segura en actividad física sin tener síntomas de asma; consejos para disminuir la frecuencia y gravedad de las convulsiones; cómo tener un sueño más reparador; y aumentar su calidad de vida.
- **Vida Saludable, Programa de Manejo del Estilo de Vida:** los Miembros participantes recibirán información continua y adaptada a su edad sobre cómo controlar el estrés, dejar de fumar, hacer ejercicio, llevar un estilo de vida cardiosaludable y una lista de recursos comunitarios que ofrecen clases de exámenes preventivos, educación para la salud.
- **Corazón Sano, Programa de Manejo 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; enfermedad renal una lista de recursos comunitarios.
- **Mente Sana, Programa de Manejo de la 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/a puede recomendarle que participe en uno de los programas de salud y bienestar de Community First. Si usted está interesado/a o desea obtener más información sobre estos programas, visite CommunityFirstMedicaid.com llame al 210-358-6055 para hablar con un educador de la salud, o envíe un correo electrónico a healthyhelp@cfhp.com.

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL (SALUD MENTAL Y TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS)

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental), alcohol o drogas?

Community First cuenta con un grupo de especialistas en salud mental y trastornos por uso de sustancias para ayudarle. Sus beneficios de salud conductual de Medicaid cubren:

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

¿Qué debo hacer en una emergencia de salud conductual?

Debe llamar al 911 si tiene una emergencia de salud conductual que pone en peligro su vida o ir a la sala de emergencias más cercana.

Usted también puede llamar a 988, la línea de ayuda en caso de crisis y suicidio, para obtener ayuda confidencial 24 horas al día, 7 días a la semana, para personas en crisis suicida o con problemas de salud mental. Llame al 988 si usted tiene pensamientos suicidas, una crisis por consumo de sustancias o cualquier otro tipo de angustia emocional.

No es necesario esperar a que surja una emergencia para obtener ayuda. Llame a la línea de crisis de salud conductual de Community First, disponible las 24 horas, al 1-844-541-2347 para hablar con alguien que pueda ayudarle con la depresión, una enfermedad mental o un trastorno por uso de sustancias.

¿Necesito una referencia para servicios de salud mental o uso de sustancias?

No necesita una derivación para obtener estos servicios. Si usted tiene un problema debido a una enfermedad mental, alcohol o drogas, llámenos. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Community First ofrece los siguientes servicios de salud conductual:

- Gestión de casos específicos
- Rehabilitación de salud mental
- Servicios de atención médica de transición
- Derivaciones a otros recursos comunitarios
- Servicios de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Servicios ambulatorios de salud mental y trastornos por uso de sustancias
- Medicamentos para la atención de la salud mental y los trastornos por uso de sustancias.
- Educación, planificación y coordinación de servicios de salud conductual.
- Servicios hospitalarios psiquiátricos parciales y para pacientes internados (para Miembros mayores de 21 años)
- Hogar de desintoxicación, rehabilitación y centro de rehabilitación residencial no hospitalario y para pacientes hospitalizados

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL (SALUD MENTAL Y TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS)

Los servicios de asesoramiento ambulatorio disponibles incluyen asesoramiento individual, de pareja, familiar y grupal. Si usted necesita un tratamiento alternativo, los siguientes servicios están disponibles:

- Intensivo ambulatorio
- Hospitalización parcial
- Hospitalización para pacientes hospitalizados
- Tratamiento residencial

Nota: Si usted es Miembro con doble elegibilidad, Medicare paga los servicios de atención de salud mental. Usted puede continuar consultando a cualquier proveedor de Medicare. No es necesario utilizar unproveedor de Community First para estos servicios.

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la gestión de casos específicos de salud mental? ¿Cómo obtengo estos servicios?

Estos son servicios que ayudan a los Miembros con enfermedades mentales graves y problemas emocionales o de conducta. Podemos ayudar a los Miembros a obtener acceso a una atención y apoyo comunitario a través de la rehabilitación de salud mental y la gestión de casos dirigida a la salud mental. Para obtener ayuda, llame al 1-855-607-7827.

ATENCIÓN VIRTUAL DE SALUD MENTAL

Community First se ha asociado con Charlie Health para ofrecer a los Miembros 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).

SERVICIOS DE FARMICA

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Obtenga recetas ilimitadas a través de su cobertura de Medicaid si va a una farmacia que acepta Miembros de Community First.

Hay algunos medicamentos que pueden no estar cubiertos por Medicaid. La farmacia puede informarle qué medicamentos no están cubiertos o ayudarlo a encontrar otro medicamento que sí esté cubierto. También puede preguntarle a su médico/a o clínica qué medicamentos están cubiertos y cuál es mejor para usted. Llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827 si tiene preguntas.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico/a dice que usted necesita. Su médico/a le escribirá una receta y se la enviará llamando, enviando un fax o utilizando medios electrónicos al centro de enfermería para ordenarla, surtirarla, dispensarla y administrársela.

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

La farmacia que atiende su residencia para adultos mayores trabajará con su médico/a y/o la farmacia si hay problemas para obtener sus medicamentos. Ellos harán eso por usted.

¿Qué pasa si no consigo que me aprueben el medicamento que me recetó mi médico/a?

Si no puede comunicarse con su médico/a para aprobar una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia de su medicamento para tres días. Llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827 para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos.

¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos

No es normal que una residencia para adultos mayores pierda sus medicamentos. Sin embargo, si usted pierde sus medicamentos, Community First trabajará con la residencia para adultos mayores y la farmacia para ayudarlo. Si actualmente no se encuentra en una residencia para adultos mayores y pierde sus medicamentos, llame a su médico/a o clínica para obtener ayuda. Si su médico/a o clínica están cerradas, la farmacia donde obtuvo su medicamento debería poder ayudarlo. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827.

MEDICAMENTOS DE LA RED

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Si usted no se encuentra en una residencia para adultos mayores y necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar una lista de farmacias de la red utilizando el localizador de farmacias en CommunityFirstMedicaid.com.

¿Qué llevo conmigo a la farmacia?

Su centro de enfermería también necesitará una copia de la misma tarjeta de identificación de Miembro de Community First y su tarjeta de identificación de Medicaid para compartir con la farmacia que presta servicios al centro de enfermería.

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

Community First tiene muchas farmacias contratadas que pueden surtir sus medicamentos, incluidas aquellas que prestan servicios en centros de enfermería. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de Miembro de Community First a su centro de enfermería. El centro de enfermería compartirá esta información con la farmacia.

Si actualmente usted no se encuentra en un centro de enfermería y la farmacia le informa que no aceptan Miembros de Community First, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827. Podemos ayudarle a encontrar una farmacia que pueda surtir sus medicamentos por usted.

Si elige que la farmacia le surta los medicamentos y no aceptan Miembros de Community First, tendrá que pagar el medicamento.

ENVÍO DE MEDICAMENTOS

¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?

Las farmacias que prestan servicios en residencias para adultos mayores organizan la entrega de medicamentos directamente a la residencia. Si actualmente no se encuentra en una residencia para adultos mayores, Community First puede enviarle varios medicamentos por correo. Algunas farmacias de Community First ofrecen servicios de entrega a domicilio. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-382-2347 para obtener más información sobre el pedido por correo o para encontrar una farmacia que pueda ofrecerle servicio de entrega a domicilio en su área.

¿Qué pasa si también tengo Medicare?

Si se encuentra en una residencia para adultos mayores, esta residencia le proporcionará sus medicamentos. La farmacia que utiliza su residencia para adultos mayores seguirá facturando a su plan de Medicare si tiene Medicare y facturará a Navitus por sus medicamentos cubiertos por Medicaid.

PROGRAMA DE BLOQUEO DE MEDICAID

¿Qué es el programa Medicaid-in?

Es posible que lo incluyan en el programa de bloqueo (Lock-in) si no sigue las reglas de Medicaid. Compruebe cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid siguen siendo los mismos. Cambiar a una organización de atención de salud gestionada (MCO) diferente no cambiará el estado del bloqueo.

Para evitar ser incluido en el programa de bloqueo de Medicaid:

- Elija una farmacia en un lugar para usarla todo el tiempo.
- Asegúrese de que su médico/a principal, su dentista principal o los especialistas a los que lo derivan sean los/las únicos/as médicos/as que le den recetas.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos/as.

Para obtener más información, llame a Community First al 1-855-607-7827.

SERVICIOS DE VISIÓN

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica?

Community First está asociado con Envolve para brindar servicios de atención oftalmológica de rutina a nuestros Miembros. Usted debe ir a un proveedor de atención oftalmológica de Envolve para recibir atención oftalmológica de rutina. No necesita una derivación de su proveedor de atención primaria para el cuidado oftalmológico de rutina.

Usted puede llamar a Servicios para Miembros de Community First al 1-855-607-7827 para obtener ayuda para encontrar un proveedor de Envolve cerca de usted. Usted también puede buscar proveedores de Envolve visitando VisionBenefits.EnvolveHealth.com.

Si usted tiene un problema médico/a en los ojos, primero deberá llamar a su proveedor de atención primaria. Si su médico/a no puede tratar su problema médico, lo derivarán a un oftalmólogo que pueda hacerlo.

¿Cuáles son mis beneficios de la visión?

Los Miembros de STAR+PLUS pueden obtener un examen de la vista y monturas médicamente necesarias y ciertos lentes de plástico cada 24 meses. Community First también ofrece a los Miembros de STAR+PLUS beneficios de visión adicionales. Llame al 1-855-607-7827 o envíe un correo electrónico a healthyhelp@cfhp.com para obtener más información.

SERVICIOS DENTALES

¿Los servicios dentales de emergencia están cubiertos por Community First?

Community First cubre servicios dentales de emergencia limitados para lo siguiente:

- Mandíbula dislocada.
- Daño traumático a los dientes y estructuras de soporte.
- Eliminación de quistes.
- Tratamiento del absceso bucal de origen dental o encía.
- Medicamentos para cualquiera de las condiciones anteriores.

Community First es responsable de los servicios dentales de emergencia brindados a los Miembros de Medicaid en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos los servicios hospitalarios, médicos y relacionados (por ejemplo, anestesia y medicamentos).

Los procedimientos dentales de emergencia cubiertos incluyen, entre otros:

- Alivio del dolor extremo en la cavidad bucal asociado con infección o hinchazón graves;
- Reparación de daños causados por la pérdida de un diente debido a un traumatismo (sólo cuidados intensivos, sin restauración);
- Reducción abierta o cerrada de fractura del maxilar o la mandíbula;
- Reparación de laceraciones en o alrededor de la cavidad bucal;
- Escisión de neoplasias, incluidas lesiones, tumores y quistes benignos, malignos y premalignos;
- Incisión y drenaje de celulitis;

COORDINACIÓN DE SERVICIOS

- Endodoncia o tratamiento de conducto. El pago está sujeto a la revisión de la necesidad dental y se requieren radiografías pre y postoperatorias; y
- Extracciones: De un solo diente, permanentes; diente único, primario; dientes supernumerarios; impactación de tejidos blandos; impactación ósea parcial; impactación ósea completa; Extracción quirúrgica de diente erupcionado o punta de raíz residual.

¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia?

Community First no es responsable de pagar los servicios dentales de rutina proporcionados a los Miembros de Medicaid. Community First es responsable, sin embargo, de pagar el tratamiento y los dispositivos para anomalías craneofaciales. .

Los Miembros de residencias para adultos mayores de STAR+PLUS reciben servicios dentales adicionales que no son de emergencia para ellos y sus familiares sin seguro. Llame al 210-358-6055 o envíe un correo electrónico a healthyhelp@cfhp.com para obtener más información.

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 de la salud para identificar y abordar mejor sus necesidades. Un/a coordinador/a de servicios trabajará con su centro de enfermería para brindarle servicios/procesos de atención especializados que incluyen, entre otros:

- Identificar las necesidades físicas, mentales o de largo plazo del Miembro
- Abordar cualquier necesidad única del Miembro que podría mejorar los resultados y la salud/bienestar
- Ayudar al Miembro a garantizar el acceso oportuno y coordinado a una variedad de servicios y/o servicios elegibles cubiertos por Medicaid.
- Asociarse con un centro de enfermería para garantizar los mejores resultados posibles para la salud y seguridad del Miembro
- Coordinar la prestación de Servicios para los Miembros que están en transición de regreso a la comunidad.

Community First quiere que usted esté seguro y saludable, que participe en su plan de servicio y que viva donde usted elija. Community First asignará un/a coordinador/a de servicios a cualquier Miembro de STAR+PLUS Centro de enfermería que lo solicite. También ofreceremos un/a coordinador/a de servicios a los Miembros si una revisión de sus necesidades de servicios de salud y apoyo muestra que podrían ayudar.

¿Qué hará un coordinador de servicios por mí?

Los coordinadores de servicios están capacitados para satisfacer las necesidades de quienes más necesitan ayuda, incluidas las personas que padecen afecciones crónicas o complejas. Un coordinador de servicios trabajará junto con su proveedor de atención primaria y proveedores de atención especializada para garantizar que se identifiquen sus necesidades, que exista un plan de servicios, que reciba sus servicios a tiempo y en el momento adecuado, y que sus servicios cubiertos por Community First estén coordinados con servicios de apoyo social y comunitario.

Los coordinadores de servicios de Community First quieren que usted esté seguro y saludable, que participe en su plan de servicios y viva donde usted elija.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Su coordinador de servicios le proporcionará un número para llamarlos directamente. Si no se le ha asignado un coordinador de servicios o desea obtener más información sobre la coordinación de servicios, llame al 210-358-6403.

¿Con qué frecuencia hablaré con un/a coordinador/a de servicios?

Recibirá una carta por correo de su coordinador/a de servicios. La carta detallará con qué frecuencia y qué tipo de contacto tendrá, según sus necesidades de atención médica. También le darán el nombre y número de teléfono directo de su coordinador/a. Su coordinador/a de servicios le visitará dentro de los primeros 30 días que esté en su residencia para adultos mayores. Después de eso, volverán cada trimestre.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

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

Usted puede dar instrucciones sobre su futura atención médica antes de enfermarse. Estas 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 usted se enferma gravemente y no puede tomar o comunicar decisiones por sí mismo. Community First tiene un folleto con información sobre las directivas anticipadas que podemos enviarle de forma gratuita. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 para solicitar este folleto.

FACTURACIÓN AL MIEMBRO

¿Qué pasa si recibo una factura de mi médico/a?

Usted no debería recibir una factura de su médico/a por ningún servicio cubierto por Medicaid. Su residencia para adultos mayores debe asegurarse de que todos los/as médicos/as que le brindan atención en la residencia para adultos mayores estén inscritos en Medicaid de Texas. Si consulta a un/a proveedor/a fuera de la residencia para adultos mayores, debe estar inscrito en Texas Medicaid y también en la red de Community First.

Nota: Si usted consulta a un/a proveedor/a que no está inscrito/a en Texas Medicaid y/o no está inscrito/a como proveedor/a de Community First, es posible que Community First no le pague a ese/esa médico/a y es posible que le facturen los servicios a usted.

¿Qué pasa si recibo una factura de mi centro de enfermería? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitarán?

Si recibe una factura de su centro de enfermería por servicios cubiertos, llame a la oficina comercial de la residencia para adultos mayores y asegúrese de que tengan su información de Medicaid y/o Medicare y cualquier otra información de su póliza de seguro.

CAMBIAR PLANES DE SALUD

Usted también puede obtener ayuda de Servicios para Miembros. Si necesita ayuda con la factura de la residencia para adultos mayores, esté preparado para proporcionar esta información:

1. El nombre del paciente
2. El número de identificación de Medicaid del paciente
3. La fecha del servicio
4. El nombre del centro de enfermería que le envía la factura.
5. El monto que le facturan

¿Qué son los ingresos aplicados y cuáles son mis responsabilidades?

El ingreso aplicado es el ingreso personal del Miembro que el/la Miembro debe proporcionar a la residencia para adultos mayores como parte de su obligación de costo compartido como beneficiario/a de Medicaid.

Cada vez que la residencia para adultos le factura a Medicaid, el/la Miembro debe proporcionar sus ingresos aplicados al centro. El monto se determina por el total de ingresos mensuales dividido por la cantidad de días que el/la Miembro reside en las instalaciones cada mes. El/la Miembro puede quedarse con \$60 para sus necesidades personales.

¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme por servicios o suministros si estoy inscrito tanto en Medicare como en Medicaid?

Si usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid (doble elegibilidad), no se le puede facturar el “costo compartido” de Medicare, que incluye deducibles, coseguros o copagos que están cubiertos por Medicaid. Esos gastos deben ser facturados y reembolsados por su plan Medicare Advantage (MAP) si tiene un plan administrado de Medicare, o TMHP si tiene cobertura tradicional de Medicare. También hay algunos servicios y suministros de cuidados intensivos no cubiertos por Medicare que sí están cubiertos por Medicaid y TMHP debe facturarlos y reembolsarlos.

CAMBIAR PLANES DE SALUD

¿Qué pasa si quiero cambiar de plan de salud? ¿A quién llamo?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la línea de ayuda del programa STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Usted puede cambiar de plan de salud con la frecuencia que desee, pero no más de una vez al mes. Si se encuentra en un hospital, en un centro residencial de tratamiento de trastornos por uso de sustancias (SUD) o en un centro residencial de desintoxicación para SUD, no podrá cambiar de plan de salud hasta que le hayan dado el alta.

¿Cuándo entrará en vigor mi cambio de plan de salud?

Si llama para cambiar su plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio se realizará el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio se realizará el primer día del segundo mes posterior. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes, su cambio se realizará el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, su cambio se realizará el 1 de junio.

Community First continuará siendo su plan de salud hasta que el cambio entre en vigencia.

¿Puede Community First pedirme que abandone el plan?

Sí, por las siguientes razones:

- Usted ya no es elegible para Medicaid.
- Usted intenta lastimar a un proveedor, un Miembro del personal o un Miembro del equipo de Community First.
- Usted roba o destruye propiedad del proveedor o de Community First.
- Va a la sala de emergencias una y otra vez cuando no tienes una emergencia.
- Visita a médicos o centros médicos fuera de la red de Community First una y otra vez, a menos que usted esté cubierto/a por Medicare.
- Permitir que alguien use su tarjeta de identificación de Miembro de Community First.
- Intenta lastimar a otros pacientes o dificultar que otros pacientes obtengan la atención que necesitan.
- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio.

Community First no le pedirá que abandone nuestro plan sin intentar trabajar con usted primero. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827. La comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC) decidirá si se le puede pedir a un Miembro que abandone el programa.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS**DERECHOS DE LOS MiembroS**

1. Usted tiene derecho al respeto, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación. Eso incluye el derecho a:
 - a) Ser tratado con justicia y respeto.
 - b) Saber que sus registros médicos y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán privados y confidenciales.
2. Usted tiene derecho a una oportunidad razonable de elegir un plan de atención médica y un proveedor de atención primaria. Este/a es el/la médico/a o proveedor de atención médica que usted verá la mayor parte del tiempo y quien coordinará su atención. Usted tiene derecho a cambiar a otro proveedor de una manera razonablemente sencilla. Eso incluye el derecho a:
 - a) Que le expliquen cómo elegir y cambiar de plan de salud y de proveedor de atención primaria.
 - b) Elegir cualquier plan de salud que desee que esté disponible en su área y elegir su proveedor de atención primaria de ese plan.
 - c) Cambiar de proveedor de atención primaria.
 - d) Cambiar de plan de salud sin penalización.
 - e) Que le indiquen cómo cambiar su plan de salud o su proveedor de atención primaria.
3. Usted tiene derecho a hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no comprenda. Eso incluye el derecho a:
 - a) Pedirle a su proveedor que le explique sus necesidades de atención médica y que le hable de las distintas formas en que pueden tratarse sus problemas de salud.
 - b) Que se le explique por qué se le negó la atención o los servicios y no se le ofrecieron.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

- c) Recibir información sobre su salud, plan, servicios y proveedores.
 - d) Ser informado sobre sus derechos y responsabilidades.
4. Usted tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento y a participar activamente en las decisiones sobre el mismo. Eso incluye el derecho a:
- a) Trabajar en equipo con su médico/a para decidir qué atención de salud es mejor para usted.
 - b) Decir sí o no a la atención recomendada por su proveedor.
5. Usted tiene derecho a utilizar todos los procedimientos de reclamo y apelación disponibles a través de la organización de asistencia gestionada y a través de Medicaid, y a obtener una respuesta oportuna a los reclamos, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales del estado. Esto incluye el derecho a:
- a) Presentar una queja ante su plan de salud o ante el programa estatal de Medicaid sobre su atención médica, su proveedor o su plan de salud.
 - b) Obtener una respuesta oportuna a su reclamo.
 - c) Utilizar el proceso de apelación del plan y que le indiquen cómo utilizarlo.
 - d) Solicitar una revisión médica externa y una audiencia estatal imparcial del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e) Solicitar una audiencia estatal justa sin revisión médica externa al programa estatal Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Usted tiene derecho a acceder oportunamente a una atención que no tenga barreras de comunicación ni de acceso físico. Eso incluye el derecho a:
- 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 urgencia que necesite.
 - b) Obtener atención médica oportuna.
 - c) Poder entrar y salir de la consulta del/de la médico/médica. Esto incluye un acceso sin barreras para las personas con discapacidad u otras afecciones que limiten la movilidad, de conformidad con la ley de estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act).
 - d) Tener intérpretes, si es necesario, durante las citas con su proveedor y cuando hable con su plan de salud. Los intérpretes incluyen personas que pueden hablar en su idioma nativo, ayudar a alguien con una discapacidad o ayudarlo a comprender la información.
 - e) Recibir información que pueda comprender sobre las reglas de su plan de salud, incluidos los servicios de atención médica que puede conseguir y cómo obtenerlos.
7. Usted tiene derecho a no ser restringido o recluso cuando sea para la conveniencia de otra persona, o para obligarlo a hacer algo que no desea hacer, o para castigarlo.
8. Usted tiene derecho a saber que los médicos/as, hospitales y otras personas que lo atienden pueden asesorarlo sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que le brinden esta información, incluso si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.
9. Usted tiene derecho a saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos que se le brindan. Los médicos/as, hospitales y otros no pueden exigirle que pague copagos ni ningún otro monto por los servicios cubiertos.
10. Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de los Miembros de su plan de salud.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

1. Usted debe aprender y comprender cada derecho que tiene según el programa Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a) Conocer y comprender sus derechos según el programa Medicaid.
 - b) Hacer preguntas si no comprende sus derechos.
 - c) Conocer qué opciones de planes de salud están disponibles en su área.
2. Debe cumplir con las políticas y procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a) Aprender y seguir las reglas de su plan de salud y de Medicaid.
 - b) Elegir rápidamente su proveedor de atención primaria.
 - c) Realizar cualquier cambio en su plan de salud y proveedor de atención primaria en las formas establecidas por Medicaid y por el plan de salud.
 - d) Ir a sus citas programadas.
 - e) Cancelar las citas con antelación cuando no pueda ir a ellas.
 - f) Siempre comunicarse primero con su proveedor de atención primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g) Asegurarse de contar con la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de ir a un especialista.
 - h) Entender cuándo se debe y cuándo no se debe ir a urgencias.
3. Usted debe compartir información sobre su salud con su proveedor de atención primaria y conocer las opciones de servicios y tratamientos. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a) Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - b) Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y hacer preguntas sobre las diferentes formas en que se pueden tratar sus problemas de atención médica.
 - c) Ayudar a sus proveedores a obtener sus registros médicos.
4. Usted debe participar en las decisiones relacionadas con las opciones de servicio y tratamiento, tomar decisiones personales y tomar medidas para mantenerse saludable. Eso incluye la responsabilidad de:
 - a) Trabajar en equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es mejor para usted.
 - b) Entender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud.
 - c) Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d) Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e) Hablar con su proveedor sobre todos sus medicamentos.

Si usted cree que le han tratado injustamente o le han discriminado, llame gratis al departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos (HHS) al 1-800-368-1019. Usted también puede ver información sobre la oficina de derechos civiles del HHS en línea en [HHS.gov/OCR](https://www.hhs.gov/ocr).

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS MIEMBROS

Como Miembro de Community First, usted puede solicitar y obtener la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red: Como mínimo, médicos/as de atención primaria, especialistas y hospitales de nuestra área de servicio. Esta información incluirá los nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas hablados (distintos del inglés) de cada proveedor de la red, además de la identificación de los proveedores que no aceptan nuevos pacientes y, cuando proceda, las cualificaciones profesionales, la especialidad, la facultad de medicina a la que asistió, la finalización de la residencia y el estado de certificación de la junta.
- Cualquier límite a su libertad de elección entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre procedimientos de queja, apelación, revisión médica externa y audiencia estatal imparcial.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa Medicaid, incluido el monto, la duración y el alcance de los beneficios. Esto está diseñado para garantizar que usted comprenda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtiene beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
- Cómo obtiene beneficios, incluidos servicios de planificación familiar, de proveedores fuera de la red y/o límites a esos beneficios.
- Cómo obtener cobertura de emergencia y fuera de horario y/o límites a ese tipo de beneficios, incluyendo:
 - Lo que constituye condiciones médicas de emergencia, servicios de emergencia y servicios de postestabilización.
 - El hecho de que usted no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para servicios de atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluidas instrucciones sobre cómo usar el sistema telefónico 911 o su equivalente local.
 - Las direcciones de cualquier lugar donde los proveedores y hospitales brinden servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración que indique que usted tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otro entorno para recibir atención de emergencia.
 - Normas de postestabilización.
- Política sobre referencias para atención especializada y otros beneficios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria.
- Pautas de práctica de Community First Health Plans.

PROCESO DE QUEJA

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién llamo?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, llámenos sin costo al 1-855-607-7827 para contarnos su problema.

También puede presentar una queja escribiéndonos a:

Community First Health Plans

Attention: Member Services Resolution Unit
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

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

Sí. Un representante de Servicios para Miembros de Community First puede ayudarlo a presentar una queja. Simplemente llame al 1-855-607-7827. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo en unos días.

Su representante legalmente autorizado también puede presentar una queja por usted.

Una vez que haya pasado por el proceso de quejas de Community First, puede presentar una queja ante la comisión de salud y servicios humanos (HHSC) llamando al número gratuito 1-866-566-8989. Si desea presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission

Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

Si puede conectarse a Internet, puede presentar su queja en:

HHS.Texas.gov/Managed-Care-Help

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

Puede presentar una queja ante Community First en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?

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

PROCESO DE APLEACIÓN

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

Community First podría 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 en la lista de medicamentos preferidos de Community First.
- Si hay otro medicamento similar que debe probar primero y que no haya usado antes.

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

¿Cómo sabré si me niegan un servicio o medicamento?

Community First le enviará una carta informándole si se le ha negado un servicio o medicamento. También recibirá un formulario de apelación. Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Usted tiene derecho a apelar la decisión de Community First si se niegan, reducen, suspenden o finalizan los servicios cubiertos por Medicaid. También puede solicitar una apelación si Community First le negó el pago de los servicios en su totalidad o en parte. La negación de Community First se denomina “determinación adversa de beneficios”. Usted puede apelar si cree que Community First:

- Está cancelando la cobertura de la atención que cree que necesita.
- Está negando cobertura para una atención que usted cree que debería estar cubierta.
- Proporciona una aprobación parcial de una solicitud de un servicio cubierto.

Tenga en cuenta: Si usted es Miembro con doble elegibilidad de Community First STAR+PLUS, la mayoría de los servicios de cuidados intensivos que recibe, como visitas al médico, servicios de laboratorio y rayos X y medicamentos, son servicios cubiertos por Medicare. El proceso de apelación para estos servicios puede tener diferentes plazos. Los servicios cubiertos por Medicare seguirían el proceso de quejas y apelaciones para los servicios cubiertos por Medicare que le brinda su plan de Medicare. Comuníquese con su plan de Medicare para obtener información sobre el proceso de reclamos y apelaciones de Medicare.

¿Cómo presento una apelación?

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

Si usted desea que alguien presente un recurso en su nombre, puede nombrar a un representante por escrito enviando una carta con su nombre a Community First.

Community First Health Plans

Attention: Member Services
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

Un/a médico/a u otro proveedor médico pueden ser su representante. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827.

¿Alguien de Community First puede ayudarme a presentar una apelación?

Sí, un representante de Servicios para Miembros puede ayudarle a presentar una apelación.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

Usted debe solicitar una apelación para la denegación dentro de los 60 días a partir de la fecha de su carta de aviso de determinación adversa de beneficios de Community First, 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.

Community First le enviará una carta por correo dentro de los cinco (5) días hábiles 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, le 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 un aviso por escrito con el motivo del retraso.

Community First resolverá su apelación lo antes posible según su condición de salud y a más tardar dentro de la extensión de 14 días. Si usted 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?

Usted puede solicitar continuar con los servicios autorizados actuales cuando apele la determinación adversa de beneficios de Community First. Para continuar recibiendo un servicio que está siendo terminado, suspendido o reducido, su solicitud para continuar un servicio debe hacerse dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la carta de aviso de determinación adversa de beneficios de Community First, o antes de la fecha en que los servicios actualmente autorizados serán descontinuados, lo que ocurra más tarde.

Community First seguirá brindando los beneficios mientras se revisa su apelación, si se cumple todo lo siguiente:

- Su apelación se envía en el plazo necesario.
- Su apelación es por un servicio denegado o limitado que había sido aprobado previamente.
- Su apelación es para un servicio ordenado por un proveedor aprobado por Community First.

Si Community First continúa o restablece los beneficios a su solicitud y la solicitud de continuación de servicios no se aprueba en la apelación, Community First no buscará la recuperación del pago por esos servicios sin el permiso por escrito de la HHSC.

PROCESO DE APELACIÓN DE EMERGENCIA

¿Qué es una apelación de emergencia?

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

PROCESO DE APELACIÓN EXTERNA

¿Cómo solicito una apelación de emergencia y a quién puedo pedirle ayuda?

Un representante de Servicios para Miembros de Community First puede ayudarle a presentar una apelación de emergencia. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-607-7827 para obtener ayuda.

¿Mi solicitud de apelación de emergencia tiene que hacerse por escrito?

Su solicitud **NO** tiene que ser por escrito. Usted puede proporcionar información sobre la apelación de emergencia de forma oral por teléfono, por escrito o en persona, dentro del tiempo limitado de la apelación de emergencia.

Usted tiene derecho a solicitar una prórroga de hasta 14 días si desea aportar más información.

Tenga en cuenta: Si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid y necesita solicitar una apelación de emergencia para los servicios de cuidados intensivos de Medicare, siga el proceso de revisión de emergencia para su plan/programa de Medicare.

¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?

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

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

Le notificaremos si rechazamos su solicitud de apelación de emergencia. Luego, su solicitud pasará al proceso de apelación regular. Si Community First cree que no es necesario acelerar su apelación, se lo haremos saber de inmediato. Seguiremos trabajando en la apelación, pero la resolución puede tardar hasta 30 días.

PROCESO DE APELACIÓN EXTERNA

¿Qué pasa si no estoy satisfecho con la decisión de Community First?

Después de que un Miembro de Medicaid haya completado el proceso de apelación interno de Community First relacionado con una determinación adversa de beneficios, hay más derechos de apelación disponibles si el Miembro no está satisfecho/a con la decisión de apelación del plan de salud. Una vez que se completa la decisión de apelación del plan de salud, los Miembros tienen derechos de apelaciones externas adicionales, incluida una audiencia estatal imparcial, con o sin una revisión médica externa. Los detalles de los derechos y el proceso de apelación de la audiencia imparcial estatal y de la revisión médica externa se incluyen en las secciones siguientes.

AUDIENCIA ESTATAL JUSTA

¿Puedo solicitar una audiencia estatal imparcial?

Si usted, como Miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud informándoles el nombre de la persona que desea que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si usted desea impugnar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar una audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta del plan de salud con la decisión de apelación interna. Si no solicita una audiencia estatal imparcial dentro de los 120 días, usted puede perder su derecho a una audiencia estatal imparcial. Para solicitar una

audiencia estatal imparcial, usted o su representante deben 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

Usted tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado o reducido, basándose en servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia estatal imparcial si usted solicita una antes de que transcurran (1) 10 días después de la fecha en que el plan de salud envió por correo la carta de decisión sobre la apelación interna, o (2) el día en que la carta de decisión sobre la apelación interna del plan de salud dice que su servicio se reducirá o finalizará. Si usted no solicita una audiencia estatal imparcial antes de esa fecha, se suspenderá el servicio denegado por el plan de salud.

Si usted solicita una audiencia estatal imparcial, recibirá un paquete de información que le informará la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se llevan a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante podrán decirle por qué necesita el servicio que el plan de salud le negó.

La HHSC le dará una decisión final dentro de los 90 días a partir de la fecha en que solicitó la audiencia.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?

Si usted cree que esperar una audiencia imparcial estatal pondrá en grave peligro su vida o su 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. Para calificar para una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de Community First.

REVISIÓN MÉDICA EXTERNA**¿Puedo 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 adicional opcional que el Miembro puede tomar para que el caso se revise antes de que se lleve a cabo la audiencia estatal imparcial.

El Miembro puede nombrar a alguien para que lo represente comunicándose con el plan de salud y brindando el nombre de la persona que el Miembro desea que lo represente. Un proveedor puede ser el representante del Miembro. El Miembro o su representante debe solicitar la revisión médica externa dentro de los 120 días siguientes a la fecha en que el plan de salud envía por correo la carta con la decisión de la 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 su representante puede:

- Completar el “Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal y revisión médica externa” que se proporciona como archivo adjunto a la carta de aviso al Miembro

PROCESO DE APELACIÓN EXTERNA

sobre la decisión de apelación interna de la MCO y enviarlo por correo o por fax a Community First utilizando la dirección o el número de fax que figura en la parte superior de la forma;

- Llame a Community First al 1-855-607-7827; o
- Envíe un correo electrónico a Community First a qmappeals@cfhp.com.

Si el Miembro solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días a partir del momento en que el Miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, el Miembro tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado, según los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se toma 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, se suspenderá el servicio que el plan de salud le negó.

El Miembro puede retirar su solicitud de revisión médica externa antes de que sea asignada a una organización de revisión independiente o mientras la organización de revisión Independiente está revisando la solicitud de revisión médica externa del Miembro. Una organización de revisión independiente es una organización externa contratada por la HHSC que lleva a cabo una revisión médica externa durante los procesos de apelación de los Miembros relacionados con determinaciones adversas de beneficios basadas en la necesidad funcional o médica. No se puede retirar una revisión médica externa si una organización de revisión independiente ya completó la revisión y tomó una decisión.

Una vez que se recibe la decisión de la revisión médica externa, el Miembro tiene derecho a retirar la solicitud de audiencia imparcial estatal. El Miembro puede retirar una solicitud de audiencia imparcial estatal de forma oral o por escrito comunicándose con el funcionario de audiencias que figura en el Formulario 4803, aviso de audiencia.

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

Si el Miembro continúa con una audiencia estatal imparcial y la decisión de la audiencia estatal imparcial es diferente de la decisión de la organización de revisión independiente, la decisión de la audiencia estatal imparcial es definitiva. La decisión de la audiencia estatal imparcial solo puede confirmar o aumentar los beneficios para los Miembros derivados de la decisión de la organización de revisión independiente. El Miembro también puede solicitar que la organización de revisión independiente esté presente en la audiencia estatal imparcial. El Miembro puede realizar ambas solicitudes comunicándose con Community First al 1-855-607-7827 o con el equipo de admisión de HHSC en EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si usted cree que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, usted, sus padres o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una revisión médica externa de emergencia y audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando

a Community First. Para calificar para una revisión médica externa de emergencia y una revisión de audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, primero usted debe completar el proceso de apelaciones internas de Community First.

DENUNCIAR ABUSO, ABANDONO Y EXPLOTACIÓN

Usted tiene derecho al respeto y la dignidad, incluido el derecho a no sufrir abuso, abandono ni explotación.

¿Qué son el abuso, el abandono y la explotación?

- **El abuso** es una lesión mental, emocional, física o sexual, o la falta de prevención de dicha lesión.
- **El abandono** resulta en hambre, deshidratación, medicación excesiva o insuficiente, condiciones de vida insalubres, etc. El abandono también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.
- **La explotación** es el uso indebido de los recursos de otra persona para beneficio personal o monetario. Esto incluye aceptar cheques del seguro social o SSI (seguridad de ingreso suplementario), abusar de una cuenta corriente conjunta y apoderarse de propiedades y otros recursos.

DENUNCIAR ABUSO, ABANDONO Y EXPLOTACIÓN

La ley exige que usted informe acerca de cualquier sospecha de abuso, abandono o explotación que se produzca durante la prestación de servicios y apoyos a largo plazo. Community First y nuestra red de proveedores también son responsables de identificar y denunciar sospechas de abuso o abandono de personas mayores o con discapacidades.

Informe a las comisiones de salud y servicios humanos (HHSC) si la víctima es un adulto o un niño/niña que reside o recibe servicios del:

- Centro de enfermería;
- Centro de vida asistida;
- Agencia de servicios de apoyo al hogar y la comunidad (HCSSA)
- Centro de atención diurna para adultos;
- Proveedor de cuidado de crianza para adultos con licencia

Informe a HHSC llamando al 1-800-458-9858. Si es una emergencia, llame al 911.

Informe al departamento de servicios familiares y de protección (DFPS) si la víctima es una de las siguientes:

- Un adulto mayor o con una discapacidad que recibe servicios de:
 - Agencias de servicios de apoyo al hogar y la comunidad (HCSSA)
 - Proveedor de cuidado de crianza para adultos sin licencia con tres o menos camas
- Un adulto con una discapacidad o un niño que reside o recibe servicios de uno de los siguientes proveedores o sus contratistas:
 - Autoridad local de discapacidad intelectual y del desarrollo (LIDDA), autoridad local de salud mental (LMHA), centro comunitario o centro de salud mental operado por el departamento de servicios de salud del estado;

FRAUDE, MALGASTO Y ABUSO

- Una persona que tiene contrato con una organización de atención administrada de Medicaid para brindar servicios de salud conductual;
 - Una organización de atención administrada;
 - Un/a funcionario/a, empleado/a, agente, contratista o subcontratista de una persona o entidad mencionada anteriormente; y
- Un adulto con una discapacidad que recibe servicios a través de la opción de servicios dirigidos por el consumidor

Informe al DFPS al 1-800-252-5400 o, en situaciones que no sean de emergencia, en línea en [TXAbuseHotline.org](https://www.txabusehotline.org).

Informe a las autoridades locales

Si usted sospecha de abuso, abandono o explotación, pero no está seguro/a dónde denunciarlo, comuníquese con su agencia policial local y con el DFPS.

Información útil para hacer un reporte

Al denunciar abuso, abandono o explotación, es útil tener los nombres, edades, direcciones y números de teléfono de todos los involucrados.

¿Alguien sabrá que hice el informe?

La HHSC mantiene confidencial su nombre y el de la otra persona, a menos que la ley lo exija. Sin embargo, si usted decide permanecer en el anonimato, la HHSC no tiene forma de informarle los resultados de la investigación. La HHSC también puede enviar su informe a otra agencia si esa agencia debe informarle o investigarle.

FRAUDE, MALGASTO Y ABUSO

¿Quiere denunciar fraude, malgasto o abuso?

Háganos saber si cree que un/a médico/a, dentista, farmacéutico de una farmacia, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está haciendo algo mal. Hacer algo mal podría ser un fraude, un malgasto o un abuso, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien está:

- Recibiendo pagos por servicios que no fueron prestados o no eran necesarios.
- No diciendo la verdad sobre una condición médica para recibir tratamiento médico.
- Permitiendo que otra persona use su identificación de Medicaid.
- Usando la identificación de Medicaid de otra persona.
- No diciendo la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tienen para obtener beneficios.

Para denunciar fraude, malgasto o abuso, elija una de las siguientes opciones:

- Llame a la línea directa de la OIG al 1-800-436-6184;
- Visite [OIG.HHS.Texas.gov](https://oig.hhs.texas.gov) y haga clic en “Reportar fraude” para completar el formulario en línea; ó
- Puede informar directamente a su plan de salud llamando a Community First 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 fraude, malgasto o abuso, recopile tanta información como sea posible.

- Al informar sobre un proveedor (un/a médico/a, dentista, consejero, etc.), incluya:
 - Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
 - Nombre y dirección del centro (hospital, hogar de ancianos, agencia de atención médica domiciliaria, etc.)
 - Número de Medicaid del proveedor y del centro, si lo tiene
 - Tipo de proveedor (médico/a, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
 - Nombres y números de teléfono de otros testigos que pueden ayudar en la investigación.
 - Fechas de los eventos
 - Resumen de lo sucedido
- Cuando informe sobre alguien que recibe beneficios, incluya:
 - El nombre de la persona
 - La fecha de nacimiento de la persona, número de seguro social o número de caso si lo tiene.
 - La ciudad donde vive la persona
 - Detalles específicos sobre los servicios del fraude, malgasto o abuso cubiertos por Medicaid

CONFIDENCIALIDAD

Estamos comprometidos a garantizar que su información de salud personal sea segura y confidencial. Nuestros médicos/as y otros proveedores deben hacer lo mismo. El uso de información médica protegida (PHI) por parte de Community First solo se utilizará para administrar su plan de salud y cumplir con los requisitos estatales y federales. Su información personal de salud no será compartida con nadie más sin su aprobación expresa por escrito. Usted tiene derecho a acceder a sus registros médicos. Tiene derecho a dar su consentimiento por escrito para que personas específicas tengan acceso a su PHI. Las autorizaciones que usted otorgue se compartirán con aquellas personas específicamente indicadas en su aprobación por escrito.

Community First dispone de medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento para proteger su información. La información oral, escrita o electrónica está protegida. Las políticas y procedimientos de Community First establecen que todos los empleados de Community First deben proteger la confidencialidad de su PHI. Un/a empleado/a sólo puede acceder a la PHI cuando tenga un motivo apropiado para hacerlo. Cada empleado/a debe firmar una declaración de que comprende la política de privacidad de Community First. Anualmente, Community First enviará un aviso a los empleados/as para recordarles esta política. Cualquier empleado/a 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 en Internet en CommunityFirstMedicaid.com.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

Queja — Un descontento que usted comunica a su plan o aseguradora de salud.

Copago — Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (DME) — Equipo solicitado por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura para DME puede incluir, entre otros: equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.

Condición médica de emergencia — Enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención médica inmediatamente para evitar daños.

Transporte médico de emergencia — Servicios de ambulancia terrestre o aérea para una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias — Servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia — Evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos — Servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Queja formal — Una queja ante su plan o aseguradora de salud.

Servicios y dispositivos de habilitación — Servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria.

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

Atención médica domiciliaria — Servicios de atención médica que una persona recibe en un hogar.

Servicios de hospicio — Servicios para brindar comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización — Atención en un hospital que requiere admisión como paciente internado y generalmente requiere pasar la noche.

Atención hospitalaria ambulatoria — Atención en un hospital que generalmente no requiere pasar la noche.

Medicamento necesario — Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o síntomas y que cumplen con los estándares médicos aceptados.

Red — Los centros, proveedores y suministradores contratados por su aseguradora o plan de salud para la prestación de servicios de salud.

Proveedor no participante — Un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora de salud ni plan para brindarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener autorización de su seguro médico o plan para obtener servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En casos limitados, como cuando no hay otros proveedores, su aseguradora de salud puede contratar el pago a un proveedor no participante.

Proveedor participante — Un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora de salud o plan para brindarle servicios cubiertos.

Servicios médicos — Servicios de atención médica que proporciona o coordina un/a médico/a autorizado/a (M.D. – Doctor/a en medicina ó D.O. (Doctor/a en medicina osteopática).

Plan — Un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención médica.

Autorización previa — Una decisión de su plan o aseguradora de salud de que un servicio de atención médica, 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 previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su plan o seguro médico cubrirá el costo.

Prima — El monto que se debe pagar por su seguro o plan de salud.

Cobertura de medicamentos recetados — Seguro médico o plan que ayuda a pagar los medicamentos recetados.

Medicamentos con receta — Fármacos y medicamentos que por ley requieren una receta médica.

Médico/a de atención primaria — Un/a médico/a (M.D. – Doctor/a en medicina ó D.O. – Doctor/a en medicina osteopática) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de atención primaria — Un/a médico/a (M.D. – Doctor/a en medicina ó D.O. – Doctor/a en medicina osteopática), enfermero/a practicante, enfermero/a clínico/a especialista o asistente médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un/a paciente a poder acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor - Un/a médico/a (M.D. — Doctor/a en medicina ó D.O. – Doctor/a en medicina osteopática), profesional de atención médica o centro de atención médica con licencia, certificación o acreditación según lo exige la ley estatal.

Servicios y dispositivos de rehabilitación — Servicios de atención médica, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades

y funcionamiento para la vida diaria que se perdieron o se deterioraron debido a que la persona estuvo enferma, resultó herida o discapacitada.

Atención de enfermería especializada —

Servicios brindados por enfermeras autorizadas en su propio hogar o en un asilo de ancianos.

Especialista: Un/a médico/a especialista se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

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

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 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 by phone, fax, or email at:

Community First Compliance Coordinator

Phone: 210-227-2347 | TTY: 711

Fax: 210-358-6014

Email: DL_CFHP_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 formatos)

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 Community First por teléfono, fax, o correo electrónico a:

Community First Compliance Coordinator

Teléfono: 210-227-2347 | Línea de TTY gratuita: 711

Fax: 210-358-6014

Correo electrónico: DL_CFHP_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>

Language Assistance

ENGLISH: ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Call 1-800-434-2347 (TTY: 711).

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-434-2347 (TTY: 711).

VIETNAMESE: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-434-2347 (TTY: 711).

CHINESE: : 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務. 請致電 1-800-434-2347 (TTY: 711).

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-434-2347 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ARABIC: تادمخ اس م لا قدع وغل لا ة ي وت ت ف ك ل . ن اجم ل ا ب ل ص ت ا ر ب م ق 1-800-434-2347 م قر ت ا ه م ص ل ا ل ا و : 711 : قظوح ل م ا ذ ا تن ك ث د ح ت ر ك ذ ا , غ ل ل ا ن ا ف

URDU: و ب ے ت ل، ی ~ و ت پ آ و ک ن ا ب ز ی ک د د م ی ک ت ا م د خ ت ف م ی م ب ا ی ت س د ی ~ ل ا ک 1-800-434-2347 (TTY: 711) ر ا د ر گ ا پ آ ر ا و د

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-434-2347 (TTY: 711).

FRENCH: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-434-2347 (ATS: 711).

HINDI: ध्यान द: यद आप हद्दी बोलते ह तो आपके लिए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-800-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल कर।

PERSIAN: ناگیار ترو ص ب ی ن ا ب ز ت ا ل ی م س ت ، د ی ن ک ی م و گ ت ف گ ی س ر ا ف ن ا ب ز م ب ر گ ا : ه ج و ت ا ب . د ش ا ب ی م م ه ا ر ف 1-800-434-2347 (TTY: 711) د ی ر ی گ ب س ا م ت ا م ش ی ا ر ب

GERMAN: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-434-2347 (TTY: 711).

GUJARATI: ધ્યાન દે: યદ આપ હદ્દી બોલતે હૈ તો આપકે લિંપે મુફ્ત મે ભાષા સહાયતા સેવાં ઉપલબ્ધ હૈ। 1-800-434-2347 (TTY: 711) પર કૉલ કરે।

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-434-2347 (телетайп: 711).

JAPANESE: 注意事項: 日本語を話される場合, 無料の言語支援をご利用いただけます。 1-800-434-2347 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

LAOTIAN: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມ ໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-434-2347 (TTY: 711).

CENTRO DE ENFERMERÍA MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR+PLUS



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