

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR



SERVICIOS PARA MIEMBROS 210-358-6060

NÚMERO GRATUITO 1-800-434-2347

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

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
1-800-434-2347



TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS  STAR
Su Plan de Salud ★ Su Opción

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
SERVICIOS PARA MIEMBROS	1
Servicios de salud mental y uso de sustancias	2
Línea de Asesoramiento de Enfermería	2
Vista	2
Dental	2
Medicamentos recetados	3
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT)	3
Otros números útiles	3
Sitio web de Community First Health Plans	3
Ubicaciones de Community First Health Plans	4
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBRO	4
Su tarjeta de identificación de Miembro de Community First	4
Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid	5
PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	7
Elección de un proveedor de atención primaria	7
Cambio de proveedor de atención primaria	8
Hacer una cita	10
Lista de verificación para revisión de Community First	10
PASOS SANOS DE TEXAS	11
TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA	12
Atención médica de rutina	12
Atención médica urgente	13
Atención médica de emergencia	13
ESPECIALISTAS Y DERIVACIONES	15
BENEFICIOS DE SU PLAN	16
Cuadro de beneficios	16
Límites de servicios cubiertos	18
Servicios no cubiertos	19
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	19
PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	28
SALUD DEL COMPORTAMIENTO Y USO DE SUSTANCIAS	29
Servicios y entornos alternativos	29
Atención virtual de salud mental	30
Análisis conductual aplicado	30
AYUDA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA	30
Otros servicios	30
Intérpretes	31
Transporte médico que no es de emergencia (NEMT)	31
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	33
Cómo obtener sus medicamentos o los de su hijo	33
Farmacias de la red	33
Entrega de medicamentos	34

Copago.....	34
Programa Lock-in de Medicaid.....	34
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME).....	34
SERVICIOS DE LA VISIÓN.....	35
SERVICIOS DENTALES.....	35
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	36
INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA INFANCIA.....	36
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIO.....	37
SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER.....	37
Atención de obstetricia / ginecología.....	37
Atención médica móvil para mujeres.....	38
Administración de Casos para mujeres embarazadas y niños.....	38
Atención durante el embarazo.....	39
Elegir un proveedor de atención primaria para su bebé.....	39
Notificación a su plan de salud después de dar a luz.....	40
PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD.....	41
Programa de Salud para la Mujer de Texas.....	41
Programa Atención Primaria de Salud del DSHS.....	41
Programa Atención Primaria de Salud Ampliado del DSHS.....	42
Programa de Planificación Familiar del DSHS.....	42
DIRECTIVAS ANTICIPADAS.....	43
RENOVAR SU COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA.....	43
FACTURACIÓN A LOS MIEMBROS.....	44
CAMBIO DE DOMICILIO.....	44
MEDICAID Y EL SEGURO PRIVADO.....	44
MÉDICAMENTE NECESARIO.....	45
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO.....	46
CAMBIO DE PLANES DE SALUD.....	49
PROCESO DE QUEJAS.....	49
PROCESO DE APELACIÓN.....	50
PROCESO DE APELACIÓN ACELERADA.....	51
AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO.....	52
ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN MÉDICA EXTERNA.....	53
MALGASTO, FRAUDE Y ABUSO.....	54
INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA MIEMBROS.....	55
ASESORES DE MIEMBROS.....	56
CONFIDENCIALIDAD.....	57
GLOSARIO.....	58

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

Si necesita ayuda para comprender o leer este Manual, nuestros Representantes de Servicios para Miembros pueden ayudarlo 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 comuniqué con nosotros, verificaremos esta información. Puede solicitarnos que lo actualicemos en cualquier momento.

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

SERVICIOS PARA MIEMBROS

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

LLAME AL	1-800-434-2347 Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. (CST) Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos. Esta llamada es gratuita. Para servicios de emergencia, marque 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, las 24 horas al día, 7 días a la semana. Esta llamada es gratuita. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

SERVICIOS PARA MIEMBROS

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y USO DE SUSTANCIAS

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

LLAME AL	1-877-221-2226 24 horas al día, 7 días a la semana. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA

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

LLAME AL	1-800-434-2347, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

VISTA

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

LLAME AL	1-800-434-2347 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita.
-----------------	--

DENTAL

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

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

MEDICAMENTOS RECETADOS

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

LLAME AL	1-800-434-2347 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Esta llamada es gratuita.
-----------------	--

TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT)

Los servicios de NEMT brindan transporte a citas de atención médica que no son de emergencia para los Miembros que no tienen otras opciones de transporte. Llame para reservar un transporte al menos 48 horas antes de su cita o visite CommunityFirst.Member.SafeRideHealth.com/login.

LLAME AL	Línea de reservación para Miembros: 1-855-932-2335 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. ¿Dónde está mi transporte?: 1-855-932-2335 De lunes a sábado, 4 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita. La información está disponible en inglés y español. Servicios de intérprete disponibles.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

OTROS NÚMEROS ÚTILES

Equipo de Asistencia de Atención Administrada del Defensor del Pueblo	1-866-566-8989
Línea de ayuda del programa STAR	1-800-964-2777
Línea directa de información y alcance de Pasos Sanos de Texas	1-877-847-8377

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

SITIO WEB DE COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

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

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

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBRO

UBICACIONES DE COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

Community First Health Plans tiene dos ubicaciones para brindarle servicios:

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

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

HORARIO DE OFICINA

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

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

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBRO

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

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE COMMUNITY FIRST

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

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

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

COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS	STAR
Name: John M. Doe	
Member ID: 000000000	
Group Number: 000000000000000000000000	
Primary Care Physician (PCP): Provider Name	
PCP Phone Number: 001-234-5678	
PCP Effective Date: 01/01/2021	
Navitus Health Solutions RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: CFG	

Directions for what to do in an emergency In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.	Instrucciones en caso de emergencia En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.
AVAILABLE 24 HOURS/7 DAYS A WEEK: Member Services Department Toll-Free: 1-800-434-2347 Behavioral Health Services Toll-Free: 1-877-221-2226 Telecommunication Device for the Deaf TDD: 711	DISPONIBLE 24 HORAS AL DÍA/7 DÍAS A LA SEMANA: Departamento de Servicios para Miembros Gratis: 1-800-434-2347 Servicios de Salud Mental Gratis: 1-877-221-2226 Dispositivo de telecomunicaciones para sordos Línea TDD: 711
FOR PROVIDERS Notice to hospitals and other providers: All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call Community First within 24 hours at 210-358-6050 or fax to 210-358-6040.	
Submit professional/other claims to: Community First Health Plans PO Box 240969, Apple Valley, MN 55124	Submit electronic claims to Availity: Payer ID = COMMF Pharmacy Help Desk: 1-877-908-6023
CFHP_1336GOV_0221	

¿Cómo uso mi Tarjeta de Identificación de Miembro?

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

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

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

Si pierde o le roban su Tarjeta de Identificación de Miembro de Community First, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 y solicite una nueva. También puede iniciar sesión en nuestro Portal Seguro para Miembros en CommunityFirstMedicaid.com para imprimir una Tarjeta de Identificación temporal y/o solicitar una nueva.

SU TARJETA YOUR TEXAS BENEFITS (YTB) DE MEDICAID

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

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

Si no está seguro de tener cobertura de Medicaid, llame sin costo al 1-800-252-8263 para informarse. También puede llamar al 211. Seleccione un idioma primero y después oprima el 2.

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

La tarjeta YTB de Medicaid tiene estos datos impresos en el frente: Su nombre y número de identificación de Medicaid.

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

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBRO

En el reverso de la tarjeta aparece la dirección web (YourTexasBenefits.com) y un número de teléfono al que puede llamar gratis (1-800-252-8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Tarjeta de Medicaid Your Texas Benefits

Your Texas Benefits
Health and Human Services Commission

Member name:

Member ID:

Issuer ID:

Date card sent:

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

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

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

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

THIS CARD DOES NOT GUARANTEE ELIGIBILITY OR PAYMENT FOR SERVICES.

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

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

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

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

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

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

Para acceder al portal, visite YourTexasBenefits.com.

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

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

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

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

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

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

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

Un PCP puede ser un:

- Pediatra
- Médico de familia o general
- Internista
- Obstetra / ginecólogo (obstetra / ginecólogo)
- Enfermera Practicante (NP) o Asistente Médico (PA)

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

INFORMACIÓN DEL PLAN DE INCENTIVOS PARA EL MÉDICO

Community First Health Plans no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Médicamente Necesarios cubiertos para los Miembros. Usted tiene el derecho a saber si su proveedor de atención primaria (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al 1-800-434-2347 para más información.

ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA**¿Cómo puede conseguir mi hijo o yo un proveedor de atención primaria?**

Puede elegir un proveedor de atención primaria de nuestro Directorio de Proveedores de STAR en [CommunityFirstMedicaid.com](https://www.communityfirstmedicaid.com). También puede llamar a Servicios para

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Miembros al 1-800-434-2347 si necesita ayuda. Si no elige un proveedor de atención primaria, se seleccionará uno para usted.

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

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

¿Puede una clínica (Clínica de salud rural / Centro de Salud Calificado Federal) ser mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?

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

¿Puede un especialista alguna vez ser considerado un proveedor de atención primaria?

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

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

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

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

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

También puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-434-2347. La enfermera puede brindarle asesoramiento médico en el hogar o derivarlo a un centro de atención urgente/sala de emergencias de un hospital, si es necesario.

CAMBIO DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?

Un representante de Servicios para Miembros puede ayudarle a elegir un nuevo proveedor de atención primaria. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

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

Community First Health Plans

Attention: Member Services

12238 Silicon Drive, Suite 100

San Antonio, TX 78249

Para obtener una lista de los PCP de la red de Community First, visite nuestro Directorio de Proveedores STAR en [CommunityFirstMedicaid.com](https://www.CommunityFirstMedicaid.com).

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

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria (PCP), o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de atención primaria llamándonos al número gratuito de Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

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

Community First Health Plans

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

¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de proveedor de atención primaria o el de mi hijo?

Si cambia de proveedor de atención primaria, el cambio entrará en vigencia de inmediato.

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

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

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

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

Community First puede denegar su solicitud de cambio de proveedor de atención primaria si:

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

¿Puede mi PCP trasladarme a otro PCP por incumplimiento?

Sí, por los motivos siguientes:

- Falta a tres citas seguidas durante un período de seis meses y no se comunica con su médico antes de la cita perdida.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

- No sigue los consejos de su médico.
- Usted es grosero, abusivo o no colabora con su médico o el personal de su médico.

HACER UNA CITA

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

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

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

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

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

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA REVISIÓN DE COMMUNITY FIRST

Qué preguntar en su chequeo médico

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

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

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

PASOS SANOS DE TEXAS

¿Qué es Pasos Sanos de Texas?

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

¿Qué servicios ofrece Pasos Sanos de Texas?

Pasos Sanos de Texas le brinda al niño:

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

Los exámenes de Pasos Sanos de Texas:

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

Cuándo programar un examen:

- Usted recibirá una carta de Pasos Sanos de Texas que dice cuando le toca un examen. Llame al doctor o dentista de su hijo para programar un examen.
- Haga la cita para la hora que le convenga más a su familia.

Si el doctor o dentista encuentra un problema de salud durante un examen, su hijo puede recibir la atención que necesita; por ejemplo:

- Exámenes de la vista y anteojos.
- Pruebas de la audición y audífonos.
- Servicios dentales
- Otros tipos de atención médica.
- Tratamiento de otros padecimientos médicos.

Llame a Community First Health Plans o gratis a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) si usted:

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

Si no tiene cómo llevar a su hijo al examen, Medicaid tal vez pueda ayudar. Los niños con Medicaid y sus padres reciben transporte gratis de ida y vuelta al doctor, dentista, hospital o a la farmacia. Comuníquese con Community First para más información.

TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA

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

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

¿Tengo que tener una derivación para un chequeo de Pasos Sanos de Texas?

No necesita una derivación para recibir un chequeo de Pasos Sanos de Texas.

¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?

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

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

Si se ha mudado o está fuera de la ciudad cuando vence el examen de Pasos Sanos de Texas de su hijo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 para obtener ayuda.

¿Y si soy un trabajador agrícola viajero?

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

¿TIENE PREGUNTAS SOBRE LOS PASOS SANOS DE TEXAS?

LLAME A SERVICIOS PARA MIEMBROS AL 1-800-434-2347 O A PASOS SANOS DE TEXAS AL 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) SIN CARGO SI:

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

TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA

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 chequeos regulares. Puede llamar a su PCP para programar una cita para recibir atención médica de rutina. La atención médica de rutina incluye:

- Chequeos regulares
- Tratamiento cuando está enfermo
- Atención de seguimiento cuando se realice pruebas médicas
- Recetas médicas

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

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

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

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

ATENCIÓN MÉDICA URGENTE

¿Qué es la atención médica urgente?

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

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

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

Para la atención urgente, debe llamar al consultorio de su doctor incluso por la noche y los fines de semana. El médico le dirá qué hacer. En algunos casos, el médico quizás le diga que vaya a la clínica de atención urgente. Si el médico le dice que vaya a una clínica de atención urgente, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte Medicaid de Community First Health Plans.

Para recibir ayuda, llámenos gratis a Servicios para Miembros 1-800-434-2347.

También puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas al 1-800-434-2347 para que le ayuden a obtener la atención que necesita.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

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

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

¿Qué es la atención médica de emergencia?

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

Padecimiento médico de emergencia significa:

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

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

Padecimiento de salud mental y abuso de sustancias de emergencia significa:

Cualquier padecimiento, sin importar la naturaleza o causa del padecimiento, que según la opinión de una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina:

1. Requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el Miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; o
2. Hace que el Miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y atención de emergencia significa:

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

¿Qué es la pos-estabilización?

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

¿Qué hago en caso de una verdadera emergencia?

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

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

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

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

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos gratis 1-800-434-2347 o llame al 911.

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

Community First cubre servicios limitados dentales de emergencia en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, lo cual incluye el pago para lo siguiente:

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

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

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al 1-800-434-2347 y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al 1-800-434-2347.

¿Qué pasa si estoy fuera del estado?

Cubrimos verdaderas emergencias en cualquier lugar de Estados Unidos.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

ESPECIALISTAS Y DERIVACIONES**¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos ver a un médico especialista?**

Su proveedor de atención primaria lo enviará a ver a un especialista si necesita más atención o servicios diferentes.

¿Qué es una derivación?

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

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

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

¿Puedo obtener una segunda opinión?

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

¿Qué servicios no necesitan una derivación?

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

BENEFICIOS DE SU PLAN

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

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

CUADRO DE BENEFICIOS

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

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

BENEFICIOS DE SU PLAN

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

¿Cómo puedo obtener más información sobre estos servicios?

Para obtener más información sobre sus beneficios o los de su hijo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

LÍMITES DE SERVICIOS CUBIERTOS

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?

Es posible que haya límites para algunos servicios cubiertos según su edad. Si tiene preguntas sobre los límites de los servicios cubiertos, consulte a su médico o llame 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 Community First Health Plans.

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

Si tiene preguntas sobre si un servicio está cubierto o no, llame Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO

¿Qué beneficios adicionales obtengo como Miembro de Community First?

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

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

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas, atendida por un equipo de profesionales registrados que están disponibles todos los días, incluidos fines de semana y días feriados, para responder sus preguntas relacionadas con la salud. Los Miembros pueden llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería al 1-800-434-2347. Las personas sordas o con problemas de audición pueden llamar al 711.</p>	

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Ayuda adicional para obtener transporte (pases de autobús) para los Miembros, sus hermanos y sus padres o tutores legales a lugares como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El supermercado • Servicios comunitarios • Eventos organizados por Community First • Clases de educación para la salud • Reuniones del Grupo Asesor de Miembros • WIC (El Programa para Mujeres, Bebés y Niños) • Oficinas de la administración del seguro social • Oficinas comunitarias que ayudan a encontrar empleo y vivienda • Sitios de votación para votar elecciones locales y nacionales • Médico o proveedor de atención primaria aprobado por la Administración del Seguro Social para citas solicitadas para la determinación de discapacidad y servicios 	<p><i>No se proporcionan pases de autobús a niños de 0 a 18 años a menos que estén con sus padres o tutores. Son sólo para uso no médico. Este servicio está disponible solo para rutas de servicio de autobús dentro de San Antonio, y las rutas las ofrece VIA Metropolitan Transit.</i></p>
<p>Manejo de enfermedades, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de pérdida de peso Y - 10 Semanas para el bienestar: Un programa sin costo para personas interesadas en implementar y mantener un estilo de vida saludable. El programa incluye una membresía gratuita de 4 meses en YMCA para dos adultos y hasta cuatro niños • Programa de prevención de diabetes de YMCA: un programa sin costo, de un año de duración y basado en evidencia para ayudar a las personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El programa incluye una membresía gratuita de 4 meses en YMCA para dos adultos y hasta 4 niños • Programa de automonitoreo de la presión arterial de YMCA: un programa sin costo para los Miembros que ofrece educación sobre la salud del corazón, apoyo y un brazalete para medir la presión arterial gratis a través de YMCA. El programa incluye una membresía gratuita de 4 meses en YMCA para dos adultos y hasta cuatro niños. • 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 	<p><i>Debe asistir a las sesiones educativas 1 a 4 para recibir membresía de YMCA.</i></p> <p><i>Los Miembros deben tener 18 a 999 años para participar en el programa de prevención de diabetes de la YMCA y 13 a 999 años para participar en el programa de pérdida de peso de la Y.</i></p> <p><i>Limitado a Miembros que hayan tenido una úlcera diabética en el pie en los últimos 24 meses.</i></p>

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Servicios dentales adicionales, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes dentales, radiografías y servicios de ortodoncia a bajo costo. 	<p><i>Limitado a un 10% de descuento. Sin monto máximo de beneficio. Para Miembros de entre 21 a 999 años y sus familiares sin cobertura dental.</i></p>
<p>Servicios de visión adicionales, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$125 para monturas o \$75 para lentes de contacto 	<p><i>Cubre lentes de contacto o anteojos, pero no ambos. Deben ser médicamente necesarios. Disponible todos los años para Miembros de 0 a 21 años y cada dos años para Miembros de 22 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></p>
<p>Beneficios para artículos de venta libre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignación única de \$50 para artículos de venta libre, incluidos artículos para el hogar, cuidado personal, cuidado bucal y artículos para niños, para Miembros que participan activamente en el manejo de casos complejos durante más de 60 días 	<p><i>Las tarjetas de regalo no se deben utilizar para comprar cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni artículos cubiertos por el beneficio de farmacia del plan.</i></p>
<p>Exámenes físicos deportivos y escolares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen físico gratuito por año calendario para uso deportivo, escolar u otras actividades físicas 	<p><i>Para Miembros de 0 a 19 años.</i></p> <p><i>El proveedor puede realizar el examen físico junto con un examen de Pasos Sanos de Texas o una visita de atención urgente.</i></p>
<p>Apoyo para obtener el GED</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de GED para ayudar a Miembros de 18 a 999 años a obtener su certificado GED, además de apoyo académico y profesional extra para empoderar a quienes ingresan al mundo laboral 	<p><i>Miembros inscritos en el programa de GED deben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tener permiso legal para trabajar en los Estados Unidos.</i> • <i>Tener una identificación con foto.</i> • <i>Hacer todas las evaluaciones relacionadas con el programa.</i> • <i>Comprometerse a completar el programa.</i>

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Ayuda para Miembros con asma que participan en Asma Importa: Programa de Manejo del Asma, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 mascarilla con cámara de aerosol tamaño adulto o niño cada año • 1 funda de almohada protectora antialérgica cada año • Una funda para colchón cada año para proteger contra alergias y evitar el polvo y el polen • Tarjeta de regalo de \$10 por completar la educación sobre el asma • Tarjeta de regalo de \$10 por recibir la vacuna contra la gripe • Hasta \$80 en tarjetas de regalo por completar visitas domiciliarias con San Antonio Kids BREATHE <ul style="list-style-type: none"> ◦ \$35 por la primera visita ◦ \$10 por segunda visita ◦ \$35 por tercera visita 	<p><i>Las tarjetas de regalo no se deben utilizar para comprar cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni medicamentos de venta libre.</i></p> <p><i>El programa San Antonio Kids BREATHE está limitado únicamente a Miembros de 3 a 17 años.</i></p>

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Ayuda adicional para mujeres embarazadas que participan en el programa de maternidad Expectativas Saludables, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baby Shower Mami y Yo <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un asiento de seguridad para bebés o Pack 'n Play (cuna de viaje y moisés portátil) gratuito ◦ Bolsa de pañales gratuita con artículos para bebé, incluidas toallitas húmedas y otros artículos ◦ Regalos para la pareja que asista al Baby Shower Mami y Yo con mamá • Para Miembros embarazadas que participan tanto en Expectativas Saludables como en el Club de Salud Comunitaria Materna: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Un educador de salud asignado a usted para ayudarla a encontrar servicios de salud, recursos comunitarios y guiarla durante el embarazo y más allá ◦ Educación sobre el embarazo, parto, posparto y cuidado del bebé ◦ Asiento de seguridad para bebés o Pack 'n Play (cuna de viaje y moisés portátil) gratuito, lo que no haya recibido en el Baby Shower Mami y Yo • Clases del cuarto trimestre sobre cuidado del recién nacido, lactancia materna y uso del asiento de seguridad para bebés en el automóvil • Un paquete de 10 comidas a domicilio, preparadas para los Miembros que completen una encuesta posparto de Community First dentro de los 30 días posteriores al parto. 	<p><i>Limitado a un baby shower por embarazo, a menos que tenga más de un bebé (es decir, gemelos). Los Miembros recibirán una bolsa de pañales y la opción de un asiento de seguridad para bebés o Pack 'n Play (cuna de viaje y moisés portátil).</i></p> <p><i>El Club de Salud Comunitaria Materna está limitado a Miembros embarazadas que también estén en el programa Expectativas Saludables.</i></p>
<p>Visitas domiciliarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para Miembros con factores de riesgo que participan en los Programas de Salud y Bienestar de Community First, incluidos Asma Importa, Diabetes en Control, Mente Sana y Expectativas Saludables 	

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Servicios de salud y bienestar, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento elevador gratuito para niños de 4 a 10 años que estén al día con sus chequeos de Pasos Sanos de Texas • Apoyo gratuito y personalizado junto con las herramientas y estrategias para mantenerse motivado/a y ayudarlo a dejar de fumar por teléfono o en línea. Incluye asesoramiento, educación, actividades y más • Servicios notariales gratuitos para documentos como poderes médicos, agentes de salud registrados y testamentos en vida • Oportunidad de asistir a eventos especiales de educación en salud estacionales y comunitarios, tanto presenciales como virtuales, sin costo, donde los Miembros pueden recibir educación sobre temas como telemedicina, hábitos saludables, nuevos beneficios y más. • Educación adicional sobre la diabetes a través de la serie Diabetes Garage 	<p><i>El asiento elevador para niños pequeños debe usarse de acuerdo con las normas de seguridad.</i></p> <p><i>Para recibir servicios notariales, los Miembros deben tener una tarjeta de identificación o licencia de conducir válida emitida por el estado.</i></p> <p><i>Diabetes Garage está limitado a hombres de 18 a 999 años que participan en el programa Diabetes en Control: Programa de Manejo de la Diabetes.</i></p>
<p>Programas de ejercicio y juego saludable, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clases gratuitas de brakedance, virtuales y presenciales, para los Miembros y sus familias, con la opción de recibir un obsequio de fitness como un disco volador (frisbee), una botella de agua o banda de ejercicio • Clases gratuitas de Zumba, virtuales y presenciales, para los Miembros y sus familias, con la opción de recibir un obsequio de fitness como un disco volador (frisbee), una botella de agua o banda de ejercicio • Programa gratuito de seguridad y reparación de bicicletas con obsequio 	

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Programas de regalos, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$25 en tarjetas de regalo por completar la encuesta de salud de Community First y recibir la serie de vacunas para adolescentes contra meningococo, Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) y VPH (virus del papiloma humano) (para niños de 9 a 13 años) • Tarjeta de regalo de \$25 por completar la encuesta de salud de Community First y recibir una segunda vacuna contra la gripe o un refuerzo en el segundo cumpleaños del Miembro o antes • Tarjeta de regalo de \$10 para los nuevos Miembros de Community First STAR que completen la encuesta de salud de Community First y proporcionen una dirección de correo electrónico • Hasta \$20 en tarjetas de regalo por completar la serie de vacunación contra el rotavirus para Miembros de 42 días a 8 meses • Hasta \$20 en tarjetas de regalo para Miembros de 0 a 24 meses por completar una encuesta de salud de Community First y recibir la serie de vacunas recomendadas • Tarjeta de regalo de \$25 para Miembros de 21 a 64 años que no estén embarazadas y se hagan una prueba de detección de cáncer de cuello uterino y participen en el programa Vida Saludable: Programa de Manejo del Estilo de Vida • Tarjeta de regalo de \$25 para Miembros no embarazadas de 21 a 24 años que participen en el programa de manejo del estilo de vida de Community First y se hagan la prueba de clamidia • Hasta \$90 en tarjetas de regalo por completar la encuesta de salud de Community First y los chequeos de Pasos Sanos de Texas para edades de 2 a 30 meses: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tarjeta de regalo de \$10 cada una, por completar los chequeos de 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses • Hasta \$180 en tarjetas de regalo por completar la encuesta de salud de Community First y los chequeos de Pasos Sanos de Texas para edades de 3 a 20 años 	<p><i>Las restricciones de las tarjetas de regalo incluyen que no se puede comprar cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni medicamentos sin receta.</i></p> <p><i>La serie de vacunas recomendadas incluye:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 DTaP • 3 HiB • 4 PCV • 3 IPV • 3 Hep B • 1 Hep A • 1 MMR • 1 VZV <p><i>Una tarjeta de regalo por niño para los Miembros que completen la encuesta de salud de Community First y los chequeos de Pasos Sanos de Texas.</i></p>

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Programas de regalos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$150 para Miembros embarazadas que participan en Expectativas Saludables, Programa de Maternidad: <ul style="list-style-type: none"> ◦ \$30 por asistir al Baby Shower Mami y Yo ◦ \$30 por completar la evaluación de maternidad de Community First y aceptar recibir mensajes de texto de educación sobre la salud ◦ \$30 por completar una visita prenatal ◦ \$30 por recibir la vacuna contra la gripe durante el embarazo ◦ \$30 por completar una visita posparto entre 7 y 84 días después del parto • Reembolso de hasta \$30 por clases de preparación para el parto o por artículos relacionados con el embarazo, como una almohada para embarazadas • Hasta \$60 en tarjetas de regalo para Miembros con diabetes que participan en Diabetes en Control: Programa de Manejo de la Diabetes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tarjeta de regalo de \$20 por completar la evaluación de diabetes de Community First ◦ Tarjeta de regalo de \$10 por completar educación sobre la diabetes ◦ Tarjeta de regalo de \$10 por recibir un examen de la vista con dilatación de pupilas ◦ Tarjeta de regalo de \$10 una vez cada seis meses por enviar resultados de A1C • Hasta \$20 en tarjetas de regalo para Miembros de 1 a 17 años que participen en Mente Sana: Programa de Manejo de la Salud Conductual de Community First, que tomen dos o más antipsicóticos y se realicen pruebas metabólicas • Una tarjeta de regalo de \$25 para Miembros de 6 a 12 años en el programa de salud mental de Community First, recién diagnosticados con TDAH y que vean a su médico dentro de 30 días tras iniciar el medicamento para el TDAH • Tarjeta de regalo de \$50 y artículos de salud y bienestar para cuidadores o Miembros que completen seis clases presenciales o virtuales del programa NAMI Basics de la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, que enseña cómo cuidar a un ser querido con una condición de salud mental 	<p><i>Community First reembolsará las clases de parto en el hospital en las que el Miembro de Community First STAR dé a luz a su bebé.</i></p> <p><i>La fecha de la visita prenatal debe ocurrir en el primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción en Community First.</i></p> <p><i>La fecha de la visita posparto debe ocurrir antes de que finalice la elegibilidad del Miembro.</i></p> <p><i>Limitado a cuidadores que cuidan a Miembros o a Miembros que cuidan a sus hijos, de edades de 0 a 19 años, con una condición de salud mental diagnosticada.</i></p>

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	RESTRICCIONES/LIMITACIONES
<p>Programa de incentivos de seguimiento para pacientes hospitalizados, para Miembros que participan en Mente Sana: Programa de Manejo de la Salud Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de regalo de \$25 por completar una visita de seguimiento con un proveedor de salud conductual dentro de los 7 días posteriores al alta de un hospital o centro de salud mental, previa solicitud 	<p><i>Las restricciones de las tarjetas de regalo incluyen que no se puede comprar cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni medicamentos sin receta.</i></p>
<p>Recursos de salud mental en línea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una página dedicada a recursos e información en CommunityFirstMedicaid.com 	

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

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

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

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

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

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

- **Diabetes en Control, Programa de Manejo de la Diabetes:** los Miembros participantes recibirán información continua sobre temas como el control de su nivel de azúcar en sangre, consejos para hablar con su médico, pruebas de detección de diabetes de rutina, su función para comprender la diabetes y prevenir complicaciones, pruebas y suministros de azúcar en sangre y qué hacer cuando está enfermo.
- **Asma Importa, Programa de Manejo del Asma:** los Miembros participantes recibirán información continua para ayudarlo a comprender las causas o los desencadenantes de su asma; cómo trabajar hacia una función pulmonar normal o casi normal; cómo participar de forma segura en la actividad física sin tener síntomas de asma; consejos para disminuir la frecuencia y severidad de los brotes; cómo tener un sueño más reparador; y aumentar su calidad de vida.
- **Expectativas Saludables, Programa de Maternidad:** los Miembros participantes recibirán información continua sobre la salud prenatal; un baby shower con regalos; visitas domiciliarias para embarazos de alto riesgo; información sobre cómo cuidar a su bebé después de que nazca; acceso a un asesor de lactancia; y más.
- **Vida Saludable, Programa de Manejo del Estilo de Vida:** los Miembros participantes recibirán información continua y apropiada para su edad sobre el manejo del estrés; dejar de fumar; ejercicio; un estilo de vida saludable para el corazón; y una lista de recursos comunitarios que ofrecen clases de nutrición, dejar de fumar y ejercicios.
- **Corazón Sano, Programa de 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; y enfermedad renal. También se les proporciona una lista de recursos comunitarios que ofrecen programas de presión arterial, nutrición y acondicionamiento físico.
- **Mente Sana, Programa de 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 ayudarlo a elegir un consejero profesional o médico u otros servicios de salud mental, incluidos los servicios de asesoramiento para pacientes ambulatorios; asesoramiento individual, familiar y grupal; y tratamientos alternativos.

Su médico puede recomendarle a usted o a su hijo que participe en uno de los programas de bienestar de salud de Community First. Si está interesado en participar o desea obtener más información, visite CommunityFirstMedicaid.com envíe un correo electrónico a healthyhelp@cfhp.com.

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

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

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

SALUD DEL COMPORTAMIENTO Y USO DE SUSTANCIAS

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

Los beneficios de salud del comportamiento de Medicaid cubren:

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

Llame a la línea directa de salud conductual de Community First al 1-877-221-2226 si tiene un problema urgente. Puede pedir ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana.

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

¿Necesito una derivación para esto?

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

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

Estos son servicios que ayudan a los Miembros con enfermedades mentales graves, problemas de comportamiento o emocionales.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Community First Health Plans puede ayudar a los Miembros a obtener acceso a la atención y apoyo comunitario a través de MHR y MTC de salud mental. Para obtener ayuda, llame al 1-800-434-2347.

SERVICIOS Y ENTORNOS ALTERNATIVOS

Como Miembro de Medicaid Community First, usted tiene derecho a recibir los servicios y utilizar entornos alternativos médicamente necesarios (**ILOS, por sus siglas en inglés**) específicos para trastornos de salud conductual y por consumo de sustancias. También tiene derecho a rechazar estos servicios.

¿Qué son los ILOS?

ILOS son servicios y entornos alternativos que usted o su hijo pueden recibir o utilizar para tratar una afección de salud conductual o un trastorno por consumo de sustancias en un entorno aprobado por la comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC)

AYUDA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA

in lieu of (en lugar de) un hospital. ILOS pueden funcionar mejor para usted o su hijo/a y sus necesidades personales de atención médica.

Estos servicios incluyen:

- Programa de hospitalización parcial (PHP): Un programa ambulatorio que ofrece un día estructurado de servicios de salud conductual, como terapia grupal, administración de medicamentos y servicios de enfermería.
- Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP): Un programa ambulatorio que ofrece terapia estructurada, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida.
- Atención especializada coordinada (CSC): Un enfoque basado en equipos para tratar a personas con un trastorno de psicosis recientemente diagnosticado.

¿Cómo puedo acceder a estos servicios y entornos?

Si su proveedor de salud conductual recomienda ILOS, puede derivarlo a un proveedor calificado una vez que se apruebe la solicitud.

Nota: ILOS no reemplaza los servicios regulares ni los tratamientos específicos cubiertos por Community First. Sin embargo, si usted cree que ILOS sería una mejor opción para usted o su hijo/a, hable con su proveedor.

ATENCIÓN VIRTUAL DE SALUD MENTAL

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

ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO

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

- El proveedor de atención primaria de su hijo/a
- Servicios para Miembros de Community First al 1-800-434-2347

AYUDA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA

OTROS SERVICIOS

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

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

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

Community First puede ayudarle si tiene preguntas sobre estos u otros servicios no capitados. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 para obtener más información.

INTÉRPRETES

¿Puede alguien interpretarme cuando hablo con mi médico?

Sí. Servicios para Miembros puede proporcionar servicios de interpretación.

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

Llame a Servicios para Miembros al menos 24 horas antes de su visita médica al 1-800-434-2347.

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

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

Llame a Servicios para Miembros y programaremos un intérprete para que lo ayude durante su visita.

TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT)

¿Qué son los servicios NEMT?

Los servicios de NEMT brindan transporte a citas de atención médica que no son de emergencia para los Miembros que no tienen otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen transporte al médico, dentista, hospital, farmacia y otros lugares donde recibe servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen viajes en ambulancia.

¿Qué servicios son parte de los servicios NEMT?

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

AYUDA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA

Si necesita un asistente para viajar a su cita con usted, los servicios de NEMT cubrirán los costos de transporte de su asistente.

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

¿Cómo consigo transporte?

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

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

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

Para programar un viaje, llame a:

Línea de Reservaciones para Miembros de NEMT: 1-855-932-2335 (TTY 711)

lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.

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

Cuando llame, esté preparado para proporcionar:

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

Usted también puede reservar un viaje en línea en CommunityFirst.Member.SafeRideHealth.com/login.

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

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

¿Dónde está mi transporte?: 1-855-932-2335 (TTY 711)

De lunes a sábado, 4 a.m. a 8 p.m.

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

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

CÓMO OBTENER SUS MEDICAMENTOS O LOS DE SU HIJO

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

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

Si necesita ayuda para encontrar una farmacia, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 o visite CommunityFirstMedicaid.com para usar el [localizador de farmacias](#).

¿Qué llevo conmigo a la farmacia?

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

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

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos cubiertos, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347. Podemos trabajar con usted y su farmacia para asegurarnos de que obtenga los medicamentos que necesita.

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciban un suministro de emergencia para 3 días.

Llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

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

Si pierde sus medicamentos, llame a su médico para que le ayude. Si el consultorio de su médico está cerrado, es posible que la farmacia donde obtuvo sus medicamentos pueda ayudarlo. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda al 1-800-434-2347.

FARMACIAS DE LA RED

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

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

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

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

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

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

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

EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)

¿Cómo obtengo mi medicamento si estoy de viaje?

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

ENTREGA DE MEDICAMENTOS

¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?

Es posible que le envíen sus medicamentos por correo. El socio de Community First para los beneficios de farmacia es Navitus. Su asociado de pedidos por correo es H-E-B. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 si desea ver si su farmacia ofrece entrega de medicamentos por correo.

COPAGO

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

Los Miembros de Medicaid no tienen copago por medicamentos recetados.

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

Si tuvo que pagar por un medicamento, comuníquese a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 para obtener ayuda con el reembolso.

PROGRAMA LOCK-IN DE MEDICAID

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

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

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

- Escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo.
- Asegúrese de que su doctor de cabecera, dentista primario o los especialistas a los que le envían, sean los únicos doctores que le receten medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores.
- Para más información, llame a Community First Health Plans al 1-800-434-2347

EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)

¿Qué debo hacer si necesito Equipo Médico Duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?

Ciertos Equipos Médicos Duraderos (DME) y productos que se encuentran normalmente en una farmacia están cubiertos por Medicaid. Para todos los Miembros, Community First Health Plans paga por nebulizadores, artículos para la ostomía y otros artículos y equipo si son médicamente necesarios. Para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Community First Health Plans también paga artículos médicamente necesarios, como medicamentos recetados por un doctor que se compran sin receta, pañales, fórmula para bebés y algunas vitaminas y minerales.

Llame al 1-800-434-2347 para más información sobre estos beneficios.

SERVICIOS DE LA VISIÓN

¿Cómo obtenemos mi hijo o yo servicios de atención oftalmológica?

Community First Health Plans se asocia con Envolve para brindar servicios de atención oftalmológica de rutina a nuestros Miembros. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 para obtener ayuda para encontrar un proveedor Envolve cerca de usted. También puede buscar proveedores de Envolve en nuestro sitio web en: CommunityFirstMedicaid.com o visitando VisionBenefits.EnvolveHealth.com.

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

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

Debe obtener los servicios de atención oftalmológica de los proveedores de atención oftalmológica de la red de Community First. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

SERVICIOS DENTALES

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

Community First cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro de servicio ambulatorio, lo cual incluye, pero no limitado a, el pago para lo siguiente:

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

Community First cubre el hospital, doctores y servicios médicos relacionados de los padecimientos anteriores. Esto incluye los servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia u otros medicamentos.

Community First también es responsable de pagar el tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

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

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

Durante el horario laboral normal, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista principal esté cerrado, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 o llame al 911.

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

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

DentaQuest: 1-800-516-0165

MCNA Dental: 1-855-691-6262

United Healthcare Dental: 1-877-901-7321

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

SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

Para obtener servicios de planificación familiar, puede acudir a cualquier proveedor que acepte Medicaid. No necesita una derivación de su proveedor de atención primaria. También debe hablar con su médico sobre la planificación familiar. Él/ella puede ayudarlo a elegir un proveedor de planificación familiar. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda al 1-800-434-2347.

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

Puede encontrar en internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en [HHS.Texas.gov/Providers/Health-Services-Providers/Womens-Health-Services/Family-Planning](https://www.hhs.texas.gov/providers/health-services-providers/womens-health-services/family-planning), o puede llamar a Community First Health Plans al 1-800-434-2347 para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA INFANCIA

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

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

¿Necesito una derivación para esto?

Puede solicitar una derivación del PCP de su hijo para los servicios de ECI. Sin embargo, no se requiere una remisión. Puede llamar a ECI directamente y solicitar una evaluación sin una derivación.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Puede buscar un proveedor de ECI en su área utilizando la herramienta de búsqueda del programa ECI en [Citysearch.HHSC.State.TX.us](https://www.citysearch.hhsc.state.tx.us). Usted también puede llamar a la oficina del defensor del pueblo al 1-877-787-8999, seleccionar un idioma y luego seleccionar la opción 3.

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIO

¿Qué es la Administración de Servicio?

Si es un Miembro con necesidades especiales de atención médica, la Administración de Servicio puede ayudar a garantizar que obtenga los servicios de atención médica que necesita de su plan de salud y otros servicios que es posible que su plan de salud no cubra, como alimentos, vivienda, servicios de cuidado personal y programas especiales como Community First Choice.

Las necesidades especiales de atención médica que pueden calificar para la Administración de Servicios incluyen:

- Enfermedades graves y continuas;
- Condiciones crónicas o complejas;
- Discapacidades; y
- Condiciones que requieren intervención terapéutica y evaluación por personal debidamente capacitado.

¿Cómo puedo obtener la Administración de Servicio?

Si tiene preguntas sobre la Administración de Servicio y para saber si es elegible para recibirlo, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER

ATENCIÓN DE OBSTETRICIA / GINECOLOGÍA

AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER

Community First Health Plans le permite escoger a cualquier ginecoobstetra, esté o no en la misma red que su proveedor de atención primaria.

Usted tiene el derecho a escoger a un ginecoobstetra sin una derivación del proveedor de atención primaria. Un ginecoobstetra le puede brindar:

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

¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?

Puede encontrar una lista de médicos obstetras/ginecólogos disponibles en el Directorio de Proveedores de STAR en CommunityFirstMedicaid.com.

También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 si necesita ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo.

Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tiene mi hija o yo acceso directo? ¿Necesitaré una derivación?

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

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

La verán dentro de dos semanas.

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

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

ATENCIÓN MÉDICA MOVIL PARA MUJERES

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

ADMINISTRACIÓN DE CASOS PARA MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS

¿Qué es la Administración de Casos para niños y mujeres embarazadas?

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

- El nacimiento de un niño a la edad de 20 años con una condición o salud en riesgo, o
- Una mujer de cualquier edad que tiene un embarazo de alto riesgo.

¿Necesita ayuda para encontrar y recibir servicios? Quizás un Administrador de Casos pueda ayudarle.

¿Quién puede obtener un Administrador de Casos?

Los niños, adolescentes, adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años, y las mujeres embarazadas que reciben Medicaid y:

- Tienen problemas de salud, o
- Corren un alto riesgo de desarrollar problemas de salud.

¿Qué hacen los Administradores de Casos?

Un Administrador de Casos se reunirá con usted y entonces:

- Se enterará de qué servicios necesita usted.
- Encontrará servicios cerca de donde vive.
- Le enseñará cómo encontrar y recibir otros servicios.
- Se asegurará de que usted está recibiendo los servicios que necesita.

¿Qué tipo de ayuda puede recibir?

Los Administradores de Casos pueden ayudarle a:

- Recibir servicios médicos y dentales.
- Obtener artículos o equipo médicos.
- Trabajar en asuntos escolares o educativos.
- Tratar otros problemas.

¿Cómo puede usted obtener un Administrador de Casos?

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

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

ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO**¿Y si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?**

Llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 y podemos ayudarla a elegir un obstetra/ginecólogo. Es muy importante que comience su atención prenatal de inmediato.

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

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

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

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

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

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

Obtenga más información sobre Expectativas Saludables al revisar la sección Programas de Salud y Bienestar en este Manual para Miembros. También puede visitar CommunityFirstMedicaid.com, llamar al 210-358-6055 o enviar un correo electrónico a healthyhelp@cfhp.com para obtener más información.

ELEGIR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA SU BEBÉ**¿Puedo elegir un proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca?**

Tan pronto como Community First Health Plans sepa que está embarazada, le enviaremos información sobre su embarazo y su bebé por nacer. Community First le pedirá que elija un proveedor de atención primaria (PCP) para su bebé, incluso antes de

que nazca. Esto asegurará que el PCP de su bebé lo revise mientras esté en el hospital y luego se encargue de las necesidades de atención médica de su bebé después de que usted y el bebé sean dados de alta del hospital.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar de proveedor de atención primaria (PCP) de mi bebé?

No hay límite en la cantidad de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria o el su bebé. Puede cambiar de PCP llamando a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

También puede enviar una solicitud para cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé a través de nuestro portal para Miembros seguro en

CommunityFirstMedicaid.com o escribirnos a:

Community First Health Plans

Attention: Member Services

12238 Silicon Drive, Suite 100

San Antonio, TX 78249

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

Si cambia el proveedor de atención primaria de su bebé, el cambio entrará en vigencia inmediatamente.

NOTIFICACIÓN A SU PLAN DE SALUD DESPUÉS DE DAR A LUZ

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido en la cobertura de atención médica?

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

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

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Por lo menos durante 90 días después de su nacimiento, el bebé tendrá cobertura bajo el mismo plan de salud que usted. Usted puede pedir un cambio de plan de salud antes de los 90 días llamando al agente de inscripción al 1-800-964-2777. No puede cambiar de plan de salud mientras su bebé esté en el hospital.

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

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

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

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

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

Community First ofrece servicios de Administración de Casos y Coordinación de Servicios a Miembros con necesidades especiales de atención médica. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 si necesita ayuda.

PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD

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

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

PROGRAMA DE SALUD PARA LA MUJER DE TEXAS

El Programa de Salud para la Mujer de Texas brinda exámenes de planificación familiar, pruebas de detección relacionadas y control de la natalidad a las mujeres entre 18 y 44 años cuyos ingresos del hogar no exceden los límites de ingresos del programa (185% del nivel federal de pobreza). Usted tiene que presentar una solicitud para saber si puede recibir servicios por medio de este programa.

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

Healthy Texas Women Program

P.O. Box 14000

Midland, TX 79711-9902

Teléfono: 1-800-335-8957

Sitio web: HealthyTexasWomen.org

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

PROGRAMA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL DSHS

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

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

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia

PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD

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

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

Usted podrá solicitar los servicios de Atención Primaria de Salud en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en 211Texas.org.

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

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

Teléfono: 512-776-7796

Correo electrónico: primaryhealthcare@hhs.texas.gov

PROGRAMA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD AMPLIADO DEL DSHS

El programa Atención Primaria de Salud Ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección a las mujeres de 18 años o más cuyos ingresos no exceden los límites de ingresos del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se prestan a través de clínicas comunitarias contratadas por el DSHS. Los trabajadores comunitarios de salud ayudan a asegurar que las mujeres reciban los servicios de prevención y detección que necesitan. Algunas clínicas podrían ofrecer ayuda con la lactancia materna.

Usted puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas en su región. Para encontrar una clínica donde puede hacer la solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en 211Texas.org.

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

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

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

Correo electrónico: primaryhealthcare@hhs.texas.gov

PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL DSHS

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

Para encontrar una clínica en su región, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en 211Texas.org.

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

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

Teléfono: 512-776-7796

Fax: 512-776-7203

Correo electrónico: famplan@hhs.texas.gov

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

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

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

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

Las directivas anticipadas son instrucciones escritas para su familia sobre qué hacer si se enferma gravemente. Community First tiene un folleto con información sobre las directivas anticipadas que podemos enviarle sin cargo. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 para solicitar este folleto.

RENOVAR SU COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Debe renovar su cobertura de Medicaid o la de su hijo cada año. En los meses previos a la finalización de su cobertura o la de su hijo, HHSC le enviará un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación contiene una solicitud. También incluye una carta solicitando una actualización sobre los ingresos y las deducciones de costos de su familia.

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

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

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

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

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid, pero la vuelve a tener dentro de seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo proveedor de atención primaria de antes.

FACTURACIÓN A LOS MIEMBROS

¿Qué pasa si recibo una factura de mi médico?

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

¿A quién le llamo? ¿Qué información necesitarán?

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

CAMBIO DE DOMICILIO

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y a Servicios para Miembros de Community First Health Plans al 1-800-434-2347. Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Community First, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Community First, hasta que la HHSC cambie su dirección.

MEDICAID Y EL SEGURO PRIVADO

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

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

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

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

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

MÉDICAMENTE NECESARIO

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que reciba debe ser médicamente necesaria. Médico necesario significa:

1. Para los Miembros desde nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - a) servicios de detección y para la vista y la audición; y
 - b) otros servicios de atención médica, entre ellos, servicios de salud mental y abuso de sustancias, que son necesarios para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental. La determinación de que un servicio es necesario para corregir o eliminar un defecto o una enfermedad o un padecimiento físico o mental:
 - i) tiene que cumplir con los requisitos del acuerdo conciliatorio parcial de Alberto N., et al. v. Traylor, et al.; y
 - ii) puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.
2. Para los Miembros mayores de 20 años, servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:
 - a) son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del Miembro;
 - b) se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del Miembro;
 - c) cumplen con las reglas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
 - d) son acordes con el diagnóstico del padecimiento;
 - e) son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
 - f) no son experimentales ni de estudio; y
 - g) no son principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor; y
3. Para Miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:
 - a) son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
 - b) cumplen con las reglas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;
 - c) se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro;
 - d) se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
 - e) no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del Miembro o la calidad de la atención prestada;
 - f) no son experimentales ni de estudio; y
 - g) no son principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor .

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

DERECHOS DEL MIEMBRO

1. Tiene el derecho a ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y a no ser discriminado. Esto incluye el derecho a:
 - a) Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b) Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de atención primaria. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho a cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho a:
 - a) Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de atención primaria.
 - b) Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y escoger a un proveedor de ese plan.
 - c) Cambiar de proveedor de atención primaria.
 - d) Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e) Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de atención primaria.
3. Tiene el derecho a hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho a:
 - a) Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le explique las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b) Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
4. Tiene el derecho a aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho a:
 - a) Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b) Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Si su organización de administración de la salud (MCO, por sus siglas en inglés) ofrece servicios y entornos alternativos (in-lieu-of), usted tiene el derecho a:
 - a) Recibir información sobre los servicios y entornos alternativos que puede obtener y cómo solicitarlos.
 - b) Que le expliquen por qué cualquier servicio o entorno alternativo fue reducido o denegado.
 - c) Elegir negarse a recibir servicios y entornos alternativos en lugar de otros servicios cubiertos.
6. Tiene el derecho a utilizar cada reclamo y proceso de apelación disponible a través de la Organización de Administración de Cuidado y a través de Medicaid, y obtener una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales estatales. Esto incluye el derecho a:
 - a) Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b) Recibir una respuesta oportuna a su queja.

- c) Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d) Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e) Solicitar una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese proceso.
 - f) Solicitar una apelación si hay una denegación, denegación parcial, reducción, suspensión o terminación total o parcial de los servicios y entornos alternativos (ILOS).
7. Tiene el derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto 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 urgente que necesite.
 - b) Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c) Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
 - d) Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
 - e) Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
8. Tiene el derecho a no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
9. Tiene el derecho a saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
10. Tiene el derecho a saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
11. Usted tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de su plan de salud.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a) Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b) Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c) Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a) Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b) Escoger su plan de salud y su proveedor de atención primaria sin demora.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

- c) Hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de atención primaria, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d) Acudir a las citas programadas.
 - e) Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f) Siempre llamar primero a su proveedor de atención primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g) Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de consultar a un especialista.
 - h) Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su proveedor de atención primaria toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
- a) Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - b) Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c) Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
4. Usted debe cumplir con los requisitos de verificación electrónica de visitas si recibe servicios prestados por un asistente o servicios de enfermería al permitir que el asistente use su teléfono para llamar a un número gratuito cuando comienza y termina el trabajo, o permitir que el asistente use dispositivos alternativos cuando comienza y termina el trabajo.
5. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
- a) Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b) Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c) Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d) Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e) Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

Responsabilidades adicionales del Miembro mientras usa servicios de NEMT:

1. Cuando solicite servicios de NEMT, debe proporcionar la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las normas y reglamentos que afectan a sus servicios de NEMT.
3. Debe devolver los fondos anticipados que no haya utilizado. Debe proporcionar un comprobante de que acudió a su cita médica antes de recibir futuros fondos anticipados.
4. No debe agredir o acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicite o reciba servicios de NEMT.
5. No debe perder los boletos de autobús o las fichas y debe devolver los boletos de autobús o las fichas que no utilizó. Debe utilizar los boletos o las fichas de autobús únicamente para acudir a su cita médica.
6. Sólo debe utilizar los servicios de NEMT para ir y volver de sus citas médicas.
7. Si ha hecho arreglos para un servicio de NEMT, pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse lo antes posible con la persona que le ayudó a programar el transporte.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en [HHS.gov/OCR](https://www.hhs.gov/OCR).

CAMBIO DE PLANES DE SALUD

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

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

Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día primero del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

- Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio entrará en vigor el 1 de mayo
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigor el 1 de junio

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

Sí, por los motivos siguientes:

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

PROCESO DE QUEJAS

¿Qué hago si tengo una queja?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al 1-800-434-2347 para explicarnos el problema. Un Representante de Servicios para Miembros de Community First Health Plans puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al 1-800-434-2347. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

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

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

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja a [HHS.Texas.gov/Managed-Care-Help](https://www.HHS.Texas.gov/Managed-Care-Help).

PROCESO DE APELACIÓN

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

Puede presentar una queja ante Community First en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?

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

PROCESO DE APELACIÓN

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

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

- Si el medicamento no funciona mejor que otros medicamentos de la lista de medicamentos preferidos de Community First
- Si hay otro medicamento similar que debe probar primero que no haya usado antes. Si no está de acuerdo con la denegación, puede solicitar una apelación.

¿Cómo sabré si se niega un servicio o medicamento?

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

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

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

¿Cómo presento una apelación?

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

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

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

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

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

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

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

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

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

Community First resolverá su apelación lo antes posible según su estado de salud y no más tarde de la extensión de 14 días. Si no está satisfecho con la demora, puede presentar una queja llamando a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

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

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

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

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

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

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

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

PROCESO DE APELACIÓN ACELERADA

¿Qué es una apelación acelerada?

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

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

Un Representante de Servicios para Miembros de Community First puede ayudarlo a presentar una apelación acelerada. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 para obtener ayuda.

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

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

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

AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

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

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

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

AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO

¿Puedo pedir una Audiencia Imparcial ante el Estado?

Si usted, como Miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan, tiene el derecho a pedir una audiencia imparcial. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por el plan de salud, usted o su representante deben solicitar la Audiencia Imparcial Estatal dentro de los 120 días posteriores a la fecha en la carta del plan de salud con la decisión de apelación interna. Si no solicita la Audiencia Imparcial Estatal dentro de los 120 días, puede perder su derecho a una Audiencia Imparcial Estatal. Para pedir una audiencia imparcial, usted o su representante debe llamarnos al 1-800-434-2347 o enviar una carta al plan de salud a:

Community First Health Plans

12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

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

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

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

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?

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

ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN MÉDICA EXTERNA

¿Puede un Miembro solicitar una revisión médica externa?

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

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

- Completar el “Formulario de solicitud de revisión médica externa y audiencia imparcial estatal” proporcionado como un anexo al aviso para Miembros de la decisión de apelación interna del MCO, por sus siglas en inglés y enviarlo por correo o fax a Community First Health Plans utilizando la dirección o el número de fax en la parte superior del formulario;
- Llamar a Community First Health Plans al 1-800-434-2347; o
- Enviar un correo electrónico a Community First Health Plans a qmappeals@cfhp.com.

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

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

Una vez que se recibe la decisión de revisión médica externa, el Miembro tiene el derecho 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 oficial de audiencias indicado en el Formulario 4803, Notificación de Audiencia.

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

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

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

MALGASTO, FRAUDE Y ABUSO

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico
- Está dejando que otra persona use una Tarjeta de Identificación de Medicaid
- Está usando la Tarjeta de Identificación de Medicaid de otra persona
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios

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

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite [OIG.HHS.Texas.gov](https://oig.hhs.texas.gov)
 - Debajo de la caja marcada “I WANT TO” clic “Report Waste, Abuse, and Fraud Online” para llenar una forma en línea; o
- Denúncielo directamente al plan de salud llamando al 1-800-434-2347 o escribiendo a la siguiente dirección:

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

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

- Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:
 - El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
 - El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.)

- El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
- El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
- Las fechas de los sucesos
- Un resumen de lo ocurrido
- Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:
 - El nombre de la persona
 - La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe
 - La ciudad donde vive la persona
 - Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA MIEMBROS

Como Miembro de Community First Health Plans, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre quejas, apelaciones, revisión médica externa y procedimientos de audiencia imparcial del estado.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Información sobre los servicios y entornos alternativos (in-lieu-of), si los ofrece su organización de administración de la salud (MCO), incluyendo la cantidad, duración y alcance de los beneficios, así como la política sobre las referencias.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de pos-estabilización.
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de atención primaria para recibir atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.

ASESORES DE MIEMBROS

- Una declaración sobre su derecho a usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia.
- Las reglas sobre la pos-estabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de atención primaria no presta.
- Las reglas de práctica de Community First Health Plans.

ASESORES DE MIEMBROS

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

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

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

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

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

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

CONFIDENCIALIDAD

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

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

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

Para obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, visite nuestro sitio web en CommunityFirstMedicaid.com.

GLOSARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Medicamentos con receta: medicamentos que por ley requieren receta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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 ل لاة ي وت ت ف ك ل . ن اجم ل ا ب ل ص ت ا ر ب م ق 1-800-434-2347 م ق ر تاه م ص ل ا ل ا و : 711 : قظوح ل م اذ ا تن ك ت دحت ت ر كذا ءة غ ل ل ا ن ا ف

URDU: و ب ے ل، ی ہ و ت پ ا و ک ن ا ب ز ی ک د م ی ک ت ا م د خ ت ف م ی م ب ا ی ت س د ی ہ ل ا ک (1-800-434-2347 (TTY: 711) ر ا د ر گ ا پ ا 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 दें: यदि आप हृदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल करें।

PERSIAN: ناگی یار ترو ص ب ی ن ا ب ز ت ا ل ی ه س ت ، د ی ن ک ی م و گ ت ف گ ی س ر ا ف ن ا ب ز ه ب ر گ ا : ه ج ی و ت ا ب . د ش ا ب ی 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: યદિ આપ હદિ બોલતે હૈ તો આપકે લિપ્ 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, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-434-2347 (TTY: 711).



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>

MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR

COMMUNITY FIRST
HEALTH PLANS

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