



Parkland
Community Health Plan

2026–2027

STAR

Manual del
miembro

Área de
servicio de:

Collin
Hunt
Dallas
Ellis
Kaufman
Navarro
Rockwall

Member Services:

1-888-672-2277

ParklandHealthPlan.com



TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS STAR
Su Plan de Salud ★ Su Opción

093_072826_01MH



Parkland Community Health Plan

Manual para miembros de STAR (Medicaid)



TEXAS
Health and Human
Services

TEXAS  **STAR**
Your Health Plan ★ Your Choice

2026-2027

Área de servicio de Dallas

Servicio en: condados de Dallas, Collin, Ellis, Hunt, Kaufman,
Navarro y Rockwall.

Servicios para Miembros
1-888-672-2277 (sin costo)

Parkland Community Health Plan (PCHP) utiliza los servicios de Cognizant Technology Solutions (CTS). CTS no es ni la aseguradora ni el patrocinador de PCHP.

www.ParklandHealthPlan.com

Tabla de contenidos

Acerca de su plan médico

Introducción: Manual para miembros de STAR (Medicaid).....	2
Departamento de Servicios para Miembros de Parkland Community.....	4
Proceso de renovación.....	6

Primeros pasos

Tarjetas de identificación de miembro (ID)	9
Tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid.....	10
Consejos rápidos y seguridad de los miembros.....	12
Proveedores de atención primaria	13
Programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in).....	14
Decisiones de atención médica (directivas anticipadas).....	14
Servicios de interpretación	15
Cambio de los planes médicos	15
Baja de la inscripción en Parkland Community Health Plan.....	16

Comprenda su cobertura

Descripción general de los beneficios	18
Consultas al proveedor de atención primaria	20
Salud de la mujer (embarazo y parto).....	23
Beneficios adicionales.....	25
Atención especializada	34
Salud conductual	35
Servicios de planificación familiar	38
Medicamentos recetados	39
Atención médica y otros servicios (atención médicamente necesaria y de emergencia)	41
Necesidades especiales de atención médica	46
Administración de la utilización.....	47

Programas adicionales de atención médica

Programa de atención primaria de salud del DSHS.....	50
Programa Healthy Texas Women.....	52

Intervención temprana en la infancia (ECI)	52
Chequeos de Pasos Sanos de Texas.....	53
Programa de traslado médico no urgente (NEMT)	55
Servicios dentales	56
Servicios para la vista.....	57
Reclamos y apelaciones	
Cómo presentar un reclamo.....	59
Cómo presentar una apelación.....	60
Proceso de apelación acelerada	62
Revisión médica externa.....	63
Audiencia imparcial del estado.....	64
Información legal y reglamentaria	
Derechos y responsabilidades de los miembros	66
Aviso de privacidad de Parkland Community Health Plan	70
Aviso de no discriminación	73
Denuncia de fraude, malgasto y abuso	74
Notificación anual	75
Información del plan de incentivos para médicos	76
Subrogación.....	76
Glosario	76



Acerca de su plan médico

¡Le damos la bienvenida a Parkland Community Health Plan!

Números telefónicos importantes

En caso de una emergencia o crisis, llame al 911 o a la línea de emergencia local.

Servicios para Miembros de Parkland Community Health Plan (PCHP) De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto los feriados estatales) Disponible para hablantes de inglés y español. Servicios de interpretación disponibles para otros idiomas.	Número gratuito: 1-888-672-2277 Fuera del horario de servicio y los fines de semana: • Deje un mensaje de correo de voz y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. O BIEN: • Llame a línea de enfermería de 24 horas de Parkland: 1-888-667-7890 TTY: 7-1-1 o 1-800-735-2989
Línea de enfermería de 24 horas de Parkland Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Disponible para hablantes de inglés y español. Servicios de interpretación disponibles para otros idiomas.	Número gratuito: 1-888-667-7890 o Línea directa: 214-266-8773
Servicios de salud conductual y abuso de sustancias Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Disponible para hablantes de inglés y español. Servicios de interpretación disponibles para otros idiomas.	Número gratuito: 1-844-603-1134
Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT)	MTM Health – Servicios para Miembros 1-833-931-3844 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del centro) MTM Health – Where’s My Ride 1-833-931-3844 De lunes a sábado, de 5:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora del centro) Personas con sordera o problemas de audición: Llame al 711 o al 1-800-735-2989 y pídale que llamen a la línea de Servicios para Miembros de MTM Health. Disponible para hablantes de inglés y español. Los servicios de interpretación están disponibles si los solicita.

Servicios para la vista: Avesis Vision	1-866-678-7113
Ombudsman Managed Care Assistance Team	1-866-566-8989 TTY: 1-866-222-4306
Línea de ayuda de STAR	1-800-964-2777
Servicios dentales: ✓ DentaQuest ✓ Planes dentales de MCNA ✓ UnitedHealthcare Dental	1-800-516-0165 1-855-691-6262 1-800-822-5353

Introducción: Su manual para miembros de STAR (Medicaid)

Le damos la bienvenida a Parkland Community Health Plan (PCHP). PCHP es un plan que le facilita la obtención de una buena atención médica. Con STAR, obtendrá todos los beneficios de Medicaid y más. También podrá elegir a un médico o proveedor de atención médica de una lista de médicos y proveedores de atención médica que estén cerca de donde usted vive. El médico o proveedor de atención médica que elija será su proveedor de atención primaria de PCHP y lo ayudará con todas las necesidades de atención médica.

Escribimos este Manual para miembros para dar respuesta a la mayoría de las preguntas que tenga sobre sus beneficios de STAR. Esperamos que lo lea de inmediato y lo tenga a mano. No dude en llamarnos o escribirnos si tiene alguna pregunta o desea hacernos sugerencias.

En PCHP, tenemos personal que puede hablar inglés o español y está disponible para ayudarlo en cualquier momento del día o de la noche. También contamos con servicios especiales para personas que tienen problemas para leer, oír, ver o hablar un idioma que no sea inglés o español. Puede solicitar el Manual para miembros en audio, otros idiomas, braille o en letra más grande; Se la conseguiremos sin costo algún en un plazo de 5 días hábiles tras su solicitud. Para obtener ayuda, llame a Servicios para Miembros de PCHP al **1-888-672-2277**.

Consejos para nuestros miembros

- Siempre lleve consigo la tarjeta de identificación de PCHP y la tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid.
- El nombre de su proveedor de atención primaria estará en su tarjeta de identificación de PCHP. Verifique la tarjeta de identificación para asegurarse de que la información sea correcta.
- Programe una cita con su proveedor de atención primaria pronto para conocerlo.
- Cuando llame a su proveedor de atención primaria para programar una cita, dígame que es miembro de Parkland Community Health Plan STAR.
- Llame al proveedor de atención primaria cuando necesite atención.
- Siga los consejos de su proveedor de atención primaria.
- Use la sala de emergencias (ER) del hospital **solo** para emergencias.

Información del plan y recursos en línea

Como miembro de PCHP, puede solicitar y recibir la siguiente información en cualquier momento. Para facilitarle esto, tenemos parte de esta información disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- **Sitio web de Parkland Community Health Plan: www.ParklandHealthPlan.com**
Obtenga información las 24 horas del día, los 7 días de la semana en nuestro sitio web. Puede encontrar información y respuestas a sus preguntas sin tener que llamarnos. Este sitio web le permite:
 - ✓ Consultar nuestro Manual para miembros
 - ✓ Ver los derechos y responsabilidades de los miembros.
 - ✓ Ver las preguntas y respuestas sobre Medicaid
 - ✓ Obtener información sobre diferentes temas médicos.
 - ✓ Buscar en nuestro directorio de proveedores para encontrar médicos, hospitales y farmacias de la red en su área.
- **Recurso del directorio de proveedores:** nuestro directorio de proveedores tiene una lista de todos los tipos de proveedores dentro de la red junto con información como sus nombres, direcciones y números de teléfono. También puede encontrar información como la especialidad, la certificación de la junta, los idiomas que hablan y mucho más. Siempre se puede encontrar el directorio más reciente en **www.ParklandHealthPlan.com**. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un médico o si desea que le enviemos una copia impresa.

Seguridad de los miembros

Creemos que es importante enseñarles a nuestros miembros sobre la seguridad de la salud. A continuación, se ofrecen algunos consejos importantes:

- ✓ Participe en cada decisión sobre su atención médica. Puede saber lo que usted y su médico pueden hacer para mejorar o mantenerse saludable si usted tiene un rol activo.
- ✓ Haga preguntas. Tiene derecho a hacerle preguntas a cualquier persona que forme parte de su atención.
- ✓ Asegúrese de que el médico esté al tanto de todos los medicamentos que toma. Los medicamentos pueden incluir los que le haya dado su médico o los que haya comprado en una tienda. Solicite que esto se deje registrado en su historia clínica.
- ✓ Asegúrese de que el médico sepa si usted tiene alguna alergia o reacciones adversas a los medicamentos. Esto puede ayudar a evitar que usted tome medicamentos que le podrían hacer daño.
- ✓ Solicite información sobre su atención médica en un idioma que pueda comprender. Asegúrese de tener claro la cantidad de medicamento que debe tomar. Debe preguntarle al médico cómo reaccionará si toma uno o más tipos de medicamentos al mismo tiempo.

Departamento de Servicios para Miembros de Parkland Community Health Plan

Estamos disponibles para ayudarlo por teléfono de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., salvo los feriados aprobados por el estado. Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-888-672-2277**. Puede realizar lo siguiente:

www.ParklandHealthPlan.com

1-888-672-2277

- Hacer preguntas sobre cómo acceder a los beneficios y servicios cubiertos.
- Cambiar su dirección o número de teléfono.
- Cambiar su proveedor de atención primaria.
- Encontrar más información para presentar un reclamo.

En caso de una emergencia o crisis, llame al 911 o a la línea de emergencia local.

Para obtener ayuda fuera del horario de servicio y los fines de semana, puede comunicarse con nuestra Línea de enfermería al 1-888-667-7890, o puede dejar un mensaje de correo de voz y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Llame a su proveedor de atención primaria si tiene preguntas sobre citas, horarios de servicio o la obtención de atención fuera de horario.

Toda la información está disponible tanto en inglés como en español. Los servicios de interpretación están disponibles si los solicita.

Las personas sordas o con problemas de audición deben llamar a la línea TTY de Relay of Texas al **711** o al **1-800-735-2989** y pedirles que lo deriven a la línea de Servicios para Miembros de PCHP. Si tiene alguna pregunta o sugerencia, llámenos al **1-888-672-2277** o puede escribirnos a

Parkland Community Health Plan
Attention: Servicios para Miembros de Parkland Community Health Plan (PCHP)
P.O. Box 560307
Dallas, TX 75356

Departamento de Salud Conductual

El apoyo para las necesidades de salud conductual (incluidos la salud mental y el consumo de sustancias) está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al **1-844-603-1134**. Hay miembros del personal disponibles que hablan inglés y español. Puede obtener servicios de interpretación a pedido.

Si usted o su hijo tienen una emergencia médica o de salud conductual y necesitan atención, llame al **911** o vaya al hospital o a la sala de emergencias más cercanos. Si se dirige a la sala de emergencias, llámenos al **1-888-672-2277** para informarnos. También debe llamar a su médico para programar una consulta de seguimiento lo antes posible.

Transporte médico no urgente (NEMT) – MTM Health

Parkland Community Health Plan ofrece transporte médico no urgente (NEMT) a todos los miembros de STAR. Los miembros deben usar MTM Health para programar un transporte médico no urgente.

Puede comunicarse con MTM Health, al menos dos días hábiles antes de su cita, para programar un viaje.

MTM Health – Servicios para Miembros
1-833-931-3844
De lunes a viernes,
de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del centro)

MTM Health – Where's My Ride
1-833-931-3844
De lunes a sábado,
de 5:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora del centro)

La información está disponible en inglés y en español. Los servicios de interpretación están disponibles si los solicita.

www.ParklandHealthPlan.com

1-888-672-2277

Si usted tiene sordera o problemas de audición, llame a la línea TTY de Relay of Texas al **711** o al **1-800-735-2989** y pídales que llamen a la línea de Servicios para Miembros de MTM Health.

Defensores de miembros de PCHP

Los defensores de miembros de PCHP están disponibles para ayudar a los miembros. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-672-2277** y solicite hablar con un defensor de miembros. Pueden ayudar a los miembros a explorar y comprender los beneficios y servicios de PCHP, incluida la ayuda para redactar reclamos y apelaciones de miembros, e informarles sobre lo siguiente:

- los derechos y las responsabilidades de los miembros;
- el proceso de reclamos de PCHP;
- el proceso de apelación de PCHP;
- los servicios cubiertos disponibles para los miembros, incluidos servicios preventivos; y
- los servicios extracápita disponibles para los miembros.

Proceso de renovación

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

Las familias deben renovar la cobertura de Medicaid de su hijo cada año. En los meses previos al fin de la cobertura de un niño, la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le enviará una carta para informarle que es hora de renovar sus beneficios de Medicaid. La carta tendrá instrucciones para explicarle cómo renovarlos. Si no los renueva antes de la fecha que figura en la carta, perderá los beneficios de atención médica.

Queremos que siga recibiendo sus beneficios de salud con nosotros si aún califica. Puede solicitar y renovar sus beneficios en línea en www.yourtexasbenefits.com. Haga clic en Administrar su cuenta y configure una cuenta para acceder fácilmente al estado de sus beneficios.

Si tiene alguna pregunta o desea encontrar la oficina de la HHSC cerca suyo, puede llamar al 211, elegir un idioma y luego elegir la opción 2. Puede visitar una oficina de beneficios de la HHSC cercana o ingresar a www.yourtexasbenefits.com y hacer clic en Buscar una oficina en la parte inferior de la página.

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid, pero la recupera en un plazo de seis (6) meses, recibirá sus servicios de Medicaid del mismo plan médico que tenía antes de perder su cobertura de Medicaid. También mantendrá el mismo proveedor de atención primaria de antes.

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

Si la factura es de un servicio cubierto por Medicaid, no tendrá que pagar. Llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación si recibe una factura de su médico por correo. Llamaremos al consultorio del médico por usted para explicarle sus beneficios y arreglar el pago

de la factura. Cuando nos llame, tenga consigo su tarjeta de identificación de PCHP, la tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid y la factura del médico. Necesitaremos esta información para poder ayudarlo rápidamente.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al Departamento de Servicios para Miembros de PCHP al **1-888-672-2277**. Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a PCHP, a menos que necesite servicios de emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de PCHP hasta que la HHSC cambie su dirección.

Si es miembro con Asistencia para la Adopción o Ayuda para el Cuidado de la Permanencia (AA/PCA) y necesita cambiar su dirección o número de teléfono:

- El padre adoptivo o el cuidador de asistencia de cuidado permanente debe comunicarse con el especialista regional en requisitos necesarios para obtener asistencia para la adopción del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS) asignado a su caso.
- Si el padre o cuidador no saben quién es el especialista en requisitos necesarios asignado, pueden comunicarse con la línea de ayuda del DFPS al **1-800-233-3405** para averiguarlo.
- El padre o cuidador deben comunicarse con el especialista en requisitos necesarios para obtener asistencia para la adopción para ayudar con el cambio de dirección.

¿Qué sucede si tengo otro seguro médico además de Medicaid?

Medicaid y seguro privado

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

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

Puede llamar a la línea de ayuda sin cargo al **1-800-846-7307**.

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

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

Primeros pasos



Tarjetas de identificación de miembro (ID)

Cuando se inscriba en PCHP, recibirá nuestra tarjeta de identificación. No recibirá una nueva tarjeta de identificación todos los meses. Si nos llama para cambiar su proveedor de atención primaria, recibirá una nueva.

Cómo leer su tarjeta: la tarjeta de identificación incluye el nombre y los números de teléfono de su proveedor de atención primaria. El reverso de la tarjeta de identificación tiene números de teléfono importantes a los que puede llamar si necesita ayuda. Asegúrese de que la información en su tarjeta de identificación sea correcta.

- Miembro: apellido y nombre del miembro.
- Identificación del miembro: número de identificación del miembro.
- Fecha de nacimiento: fecha de nacimiento del miembro.
- Fecha de vigencia: fecha de vigencia de la cobertura del plan médico.
- PCP: nombre del proveedor de atención primaria.
- Teléfono del PCP: número de teléfono del consultorio del proveedor de atención primaria.
- Fecha de vigencia del PCP: fecha de vigencia de la cobertura con el proveedor.
- RxBIN: número de identificación bancaria que utiliza la farmacia para presentar reclamaciones.
- RxPCN: número de control del procesador que utiliza la farmacia para presentar reclamaciones.
- RxGrp: número de grupo de medicamentos recetados que utiliza la farmacia para identificar el plan médico.

Anverso y reverso de la tarjeta de identificación:

 Plan Type: STAR   Name / Nombre: Member ID / Número de identificación: DOB / Fecha de nacimiento: Effective Date / Fecha de vigencia: PCP: PCP Phone / Teléfono del PCP: PCP Effective Date / Fecha de vigencia del PCP: Navitus RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: PCH Pharmacist use only: 1-877-908-6023 093_IDC01-050525	In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your primary care provider (PCP) within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después del tratamiento, llame a su proveedor de atención primaria (PCP) dentro de las 24 horas o lo antes posible. Mail Claims to: Parkland Community Health Plan Claims Processing PO Box 560327 Dallas, TX 75356 Payer ID: 66917 Available 24 hours a day, 7 days a week / 24 horas del día, los 7 días de la semana • Member, Behavioral Health, Pharmacy Services: 1-888-672-2277 • Miembro, salud conductual, servicios de farmacia: 1-888-672-2277 • Behavioral Health CRISIS LINE / LINEA DE CRISIS de salud conductual: 1-844-603-1134 • Nurse Line / Línea de enfermería: 1-800-667-7890 • Relay Texas TTY/TDD: 1-800-735-2989 / 7-1-1 Avèsis – Vision Services / Servicios para la vista: 1-866-678-7113 (Mon.–Fri., 8 am – 5 pm) Attention Provider: You must call 1-888-672-2277 for precertification or case management.
--	---

Cómo utilizar su tarjeta: siempre lleve su tarjeta de identificación a una consulta con el médico. La necesitará para recibir atención médica. Debe mostrarla cada vez que recibe servicios.

Cómo reemplazar su tarjeta en caso de pérdida o robo: Llámenos de inmediato al 1-888-672-2277 para que podamos enviarle otra tarjeta de identificación.

Tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid

Cuando tenga la aprobación para Medicaid, recibirá una tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de Medicaid diaria. Debe llevarla y cuidarla al igual que su licencia de conducir o una tarjeta de crédito. El médico puede usar la tarjeta para averiguar si tiene beneficios de Medicaid cuando vaya a una consulta.

Se le dará solo una tarjeta y recibirá una nueva únicamente si la pierde o se la roban. Si pierde o le roban la tarjeta de Medicaid, puede obtener una nueva llamando al número gratuito **1-800-252-8263** o accediendo en línea a www.YourTexasBenefits.com para solicitar o imprimir una tarjeta temporal.

Si no está seguro de tener la cobertura de Medicaid, puede averiguarlo llamando sin cargo al **1-800-252-8263**. También puede llamar al **2-1-1**. Primero elija un idioma y, luego, elija la opción 2.

Su información médica incluye una lista de los servicios médicos y medicamentos que ha recibido a través de Medicaid. La compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué atención médica necesita. Si no desea que los médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame sin costo al **1-800-252-8263** o elija no compartir su información médica en www.YourTexasBenefits.com.

The diagram shows a sample of the 'Your Texas Benefits' Medicaid card. It is divided into two main sections. The top section contains fields for 'Member name', 'Member ID', 'Issuer ID', and 'Date card sent'. To the right of these fields is a 'Note to Provider' which instructs providers to ask the member for the card and use it for billing assistance. The bottom section contains a message to members, a message to providers, and a disclaimer. The card also includes contact information for non-managed care pharmacy claims assistance and Rx billing codes.

This is where your name appears. •

This is your Medicaid ID number. •

This is HHSC's agency ID number. Doctors and other providers need this number. •

This is the date the card was sent to you. •

This message is for you. •

This reminds your doctor to make sure you are still in the Medicaid program before giving you services. •

These messages help doctors and providers get paid for the Medicaid services they give you. •

TEXAS Health and Human Services
Your Texas Benefits

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.

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 1-800-925-9126. Non-managed care pharmacy claims assistance: 1-800-435-4165.

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

TX-CA-1213

La tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid tiene estos datos impresos en el frente:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid.
- La fecha en que se le envió la tarjeta.
- El nombre del programa de Medicaid en el que se encuentra si tiene:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa Healthy Texas Women (HTW)
 - Atención para pacientes terminales
 - STAR Health
 - Medicaid de emergencia; o
 - Presunción de derecho a beneficios (PE) para mujeres embarazadas.
- Datos que la farmacia necesitará para facturar a Medicaid.
- El nombre de su médico y de la farmacia si está en el programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in).

El reverso de la tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid tiene un sitio web que puede visitar (**www.YourTexasBenefits.com**) y un número de teléfono al que puede llamar gratis (**1-800-252-8263**), si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

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

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

Puede usar el portal para beneficiarios de Medicaid para hacer todo lo que se detalla a continuación para usted o para cualquier persona a cuya información médica o dental tenga acceso:

- Ver, imprimir y solicitar una tarjeta de YTB de Medicaid.
- Ver sus planes médico y dental.
- Ver la información de los beneficios.
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids de Pasos Sanos de Texas.
- Ver las alertas públicas.
- Ver los diagnósticos y tratamientos.
- Ver las vacunas.
- Ver los medicamentos recetados.
- Elegir si permite que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible.

Para acceder al portal, diríjase a www.YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en **Entrar al sistema**.
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una cuenta nueva**.
- Haga clic en **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 YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo para beneficiarios activos. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que sea parte de su caso.

Información sobre la tarjeta de identificación temporal (Formulario 1027-A)

Medicaid también tiene una tarjeta de identificación temporal llamada Formulario 1027-A. Recibirá esta tarjeta por correo cuando haya perdido o le hayan robado la tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid. La tarjeta de identificación temporal de Medicaid les brinda a los proveedores información sobre usted y los servicios que puede obtener durante el período que se indica en el Formulario 1027-A.

Asegúrese de leer el reverso del Formulario 1027-A. El reverso de la tarjeta le indica cómo y cuándo usarla. Hay un recuadro que tiene información específica para proveedores.

Debe llevar su Formulario 1027-A y su tarjeta de identificación del plan médico cuando reciba cualquier servicio de atención médica. Deberá mostrar estas tarjetas cada vez que necesite servicios. Puede usar la tarjeta de identificación temporal hasta que obtenga la tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid.

Consejos rápidos y seguridad de los miembros

¿Cuándo debo ir a la sala de emergencias (ER), a atención de urgencia o llamar al proveedor de atención primaria?

Consulte con su proveedor de atención primaria

- Cuando se quede sin medicamentos.
- Si tiene preguntas sobre el medicamento.
- Cuando tiene dolor de oído, tos, resfriado, fiebre o dolor de garganta.
- Cuando tiene una lesión, quemadura o corte menor.
- Por atención de rutina para el asma.
- Cuando necesita vacunas.

Acuda a la atención de urgencia (si el consultorio de su médico está cerrado)

- Cuando tiene dolor de oído, tos, resfriado, fiebre o dolor de garganta.
- Cuando tiene una lesión, quemadura o corte menor.

Acuda a la sala de emergencias

- Si tiene dificultad para respirar.
- Cuando el sangrado no se detenga.
- Por intoxicación.
- Por huesos rotos.
- Por un ataque de asma.
- Si se ha desmayado.
- Por quemaduras o cortes profundos.

Chequeos dentales

Los chequeos dentales deben comenzar a los 6 meses de edad. Los chequeos dentales deben realizarse cada seis meses, a menos que el dentista necesite ver a su hijo con más frecuencia. El plan dental de Medicaid de su hijo incluye servicios que previenen las caries y solucionan los problemas dentales. No necesita una remisión de su médico.

Mi hijo tiene fiebre

La fiebre puede ser un signo de infección. La fiebre puede ser un motivo para llamar al médico, especialmente, en los bebés menores de tres meses. Llame a su proveedor si su hijo no toma líquidos, está muy inquieto, no se despierta, tiene vómitos o parece muy enfermo.

Edad	Temperatura	Qué hacer
De 1 a 2 meses	100.5	Llame a su PCP de inmediato.
De 3 a 4 meses	100.5	Llame a su PCP si la fiebre dura más de 24 horas.
Más de 4 meses	103	Llame a su PCP si la fiebre dura más de 2 días después de administrar el medicamento.

Proveedores de atención primaria

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un proveedor de atención primaria es un médico, enfermero o clínica principal que le brinda la mayor parte de la atención médica. Esto se llama su “hogar médico”. Lo ayudará con toda la atención médica que necesite. Su proveedor de atención primaria puede ocuparse de los problemas médicos de rutina. A veces, es posible que tenga un problema que deba tratar un especialista. El proveedor de atención primaria lo ayudará a coordinar y le dirá cómo programar una cita con un especialista. Si necesita la admisión en un hospital, su proveedor de atención primaria puede coordinarla por usted.

Nuestro objetivo es que usted goce de buena salud. Le instamos a que consulte con su proveedor de atención primaria para obtener servicios de atención preventiva en los siguientes sesenta (60) días o lo antes posible. Esto le servirá al médico para tener información sobre usted y, así, poder ayudarlo a planificar sus futuras necesidades de atención médica. Empezar a trabajar con su médico también puede ayudar a prevenir demoras en la atención cuando esté enfermo. Recuerde que usted y su proveedor de atención primaria son los miembros más importantes de su equipo de atención médica.

En algún momento, ¿se puede considerar a un especialista como un PCP?

Puede seguir consultando con su proveedor de atención primaria actual si este figura en nuestro directorio de proveedores. Es posible que haya ocasiones en las que podamos dejar que un especialista sea su proveedor de atención primaria. El directorio de proveedores es una buena fuente para localizar a estos especialistas. Además, puede llamar a Servicios para Miembros para que lo ayuden.

¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria? (Clínica rural de salud o centro de salud aprobado por el gobierno federal)

Si recibe servicios de atención médica en una clínica y desea continuar yendo allí, elija a uno de los médicos de la clínica como su proveedor de atención primaria. El proveedor de atención primaria que elija debe estar incluido en nuestro directorio de proveedores.

Algunos de los proveedores que también puede elegir para que sean su proveedor de atención primaria son: médicos de familia; pediatras (para niños); ginecoobstetras (médico de la mujer); médicos generalistas (GP); enfermeros con práctica médica avanzados (ANP); centros de salud aprobados por el gobierno federal (FQHC) y clínicas rurales de salud (RHC).

Consulte nuestro directorio de proveedores para obtener más información sobre los proveedores de atención primaria. Debe elegir a un proveedor de atención primaria que esté en nuestra red de Parkland Community Health Plan. Puede obtener una copia del directorio de proveedores en www.ParklandHealthPlan.com o llamándonos al 1-888-672-2277.

Programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in)

¿Qué es el programa Lock-in de Medicaid?

Es posible que lo incluyan en el programa Lock-In si no cumple las reglas de Medicaid. El programa comprueba cómo usa los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid siguen siendo los mismos. Cambiar a una organización de atención médica administrada (MCO) diferente no modificará el estado en este programa.

Para evitar estar en el programa Lock-in de Medicaid:

- Elija una farmacia en un lugar para usar siempre.
- Asegúrese de que su médico y dentista principales, o los especialistas a los que lo derivan sean los únicos médicos que le den medicamentos recetados.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-888-672-2277.

Decisiones de atención médica (directivas anticipadas)

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar una decisión sobre mi atención médica? ¿Qué son las directivas anticipadas? ¿Cómo obtengo una directiva anticipada?

Una directiva anticipada es una declaración escrita que completa antes de una enfermedad grave. Esta declaración establece cómo desea que se tomen las decisiones médicas. Si no puede tomar decisiones sobre el tratamiento, su médico le pedirá al familiar o amigo más cercano que usted tenga que lo ayude a decidir qué es lo mejor para usted. A veces, no todos están de acuerdo sobre qué hacer. Por eso, es útil que nos diga con anticipación lo que desea que suceda si no puede decidirlo usted mismo. Si no tiene una directiva anticipada y quisiera tener más información sobre cómo hacer una, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación. Estaremos encantados de ayudarlo.

Servicios de interpretación

¿Puede haber un intérprete en la consulta con el médico? ¿A quién llamo para pedir un intérprete?

En cualquier momento durante su experiencia de atención médica, si necesita ayuda con servicios de idiomas especiales, incluso intérpretes, tenemos una línea de idiomas para ayudarlo. Llame al Servicio para Miembros al **1-888-672-2277** para obtener servicios de interpretación. En el momento de su llamada, conseguiremos a un intérprete de idiomas que hable el suyo en la línea. Las personas con sordera o con problemas de audición pueden llamar a la línea TTY al **1-800-735-2989**.

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

También podemos ayudarlo si necesita un intérprete que lo acompañe al consultorio de su médico. Tan pronto como sepa la fecha de su cita, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Necesitamos que nos avise 72 horas antes de que necesite un intérprete.

Cambio de los planes médicos

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

Puede cambiar su plan médico si llama a la línea de ayuda del programa Texas STAR al **1-800-964-2777**.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan médico?

Puede cambiar de plan médico con la frecuencia que desee.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan médico?

Si llama para cambiar su plan médico el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

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

Baja de la inscripción en Parkland Community Health Plan

¿Puede PCHP pedir que me den de baja de su plan médico (por incumplimiento, etc.)?

PCHP puede solicitar que se le dé de baja de nuestro plan por “una buena causa”. Algunos ejemplos de “buena causa” son:

- Con frecuencia, no sigue los consejos del médico.
- Se muda fuera del área de servicio.
- Continúa yendo a la sala de emergencias (ER) cuando no tiene una emergencia.
- Continúa yendo a otro médico o clínica sin obtener primero la aprobación de su proveedor de atención primaria.
- Usted o sus hijos muestran un patrón de comportamiento perturbador o abusivo que no está relacionado con una afección médica.
- Falta a muchas citas sin avisarle a su médico con anticipación.
- Deja que otra persona use su tarjeta de identificación.
- Fraude o abuso.

PCHP no le pedirá que abandone el plan médico sin hablar con usted primero. Queremos trabajar con usted para brindar la mejor atención médica posible. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **1-888-672-2277**.



Comprenda su cobertura

Descripción general de los beneficios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Debe consultar a su proveedor de atención primaria para preguntar sobre los servicios médicos. Siga los consejos de su proveedor de atención primaria. Su proveedor de atención primaria es el responsable de coordinar toda su atención. Aquí hay una lista de servicios que puede obtener:

- Servicios preventivos. Esto incluye un chequeo anual de bienestar para adultos para pacientes de 21 años o más.
- Servicios de ambulancia.
- Servicios de audiología. Esto incluye audífonos para adultos (los servicios de audiología y los audífonos para niños de 20 años o menos son un servicio extracápita y se brindan a través del Programa de Servicios Auditivos para Niños).
- Servicios de salud conductual, incluidos los siguientes:
 - Servicios de salud mental para pacientes internados agudos
 - Servicios de rehabilitación de salud mental
 - Servicios de salud mental para pacientes internados
 - Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
 - Servicios de psiquiatría
- Servicios de tratamiento para trastornos por abuso o consumo de sustancias para pacientes ambulatorios, incluidos los siguientes:
 - Evaluación
 - Servicios de desintoxicación
 - Tratamiento con asesoramiento
 - Tratamiento asistido por medicamentos
- Servicios de tratamiento residencial para trastornos por consumo de sustancias, incluidos los siguientes:
 - Servicios de desintoxicación
 - Tratamiento para trastornos por consumo de sustancias (incluye habitación y comida)
- Servicios de parto prestados por un médico o enfermero de práctica avanzada en un centro de parto con licencia.
- Servicios de parto brindados por una enfermera partera certificada en un centro de parto.
- Servicios de exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer.
- Servicios quiroprácticos
- Diálisis
- Equipos y suministros médicos duraderos.
- Servicios de emergencia.
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios de atención médica en el hogar.
- Servicios hospitalarios, incluidos los servicios para pacientes internados y ambulatorios.
- Laboratorio.
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluidos los siguientes:

- Servicios para pacientes internados, servicios para pacientes ambulatorios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios y en un centro de atención médica ambulatoria según sea clínicamente apropiado, y servicios médicos y profesionales prestados en un entorno de consultorio, para pacientes internados o ambulatorios para lo siguiente:
 - ✓ todas las etapas de reconstrucción de la(s) mama(s) en las que se han realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios;
 - ✓ la cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica;
 - ✓ el tratamiento de complicaciones físicas por la mastectomía y el tratamiento de linfedemas;
 - ✓ la mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de mama;
 - ✓ prótesis mamaria externa para la(s) mama(s) en la(s) que se han realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios.
- Chequeos médicos y servicios del Programa de Atención Integral (CCP) para niños de 20 años o menos a través del Programa Pasos Sanos de Texas.
- Evaluación bucal y barniz de flúor en el hogar médico junto con el chequeo médico de Pasos Sanos de Texas para niños de 6 a 35 meses de edad.
- Podología
- Atención prenatal
- Servicios de atención primaria.
- Servicios preventivos, incluido un chequeo anual de bienestar para adultos para pacientes de 21 años o más.
- Rayos X, imágenes y radiografías.
- Servicios médicos especializados.
- Terapias físicas, ocupacionales y del habla.
- Trasplante de órganos y tejidos.
- Vista (incluye optometría y anteojos. Los lentes de contacto solo están cubiertos si son médicamente necesarios para la corrección de la vista que no pueda lograrse con el uso de anteojos).

Los servicios cubiertos desde el nacimiento del miembro hasta los 20 años de edad pueden ser diferentes a los cubiertos para miembros de 21 años o más.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Debe consultar con su médico para preguntarle sobre los servicios médicos. Para saber cómo obtener estos u otros servicios, utilice el sitio web **www.ParklandHealthPlan.com**, o llámenos al **1-888-672-2277**.

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?

Puede haber límites en algunos servicios. Llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación para obtener más información.

¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos?

PCHP no cubre todos los servicios de atención médica. Los siguientes son servicios de salud que no cubre STAR Medicaid. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Cualquier servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
- Suministros relacionados con una cirugía cosmética, excepto los que se requieran para la reparación inmediata de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado, o cuando Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP) lo autorice previamente para fines específicos (incluida la extracción de cicatrices queloides).
- Autopsias.
- Terapia de biorretroalimentación.
- Cirugía cosmética (como un estiramiento facial).
- Medicamentos o procedimientos experimentales.
- Curación con agujas y alfileres (acupuntura).
- Duelo hospitalario.
- Hipnosis.
- Tratamiento para infertilidad.
- Operaciones de cambio de sexo.
- Balón intragástrico para la obesidad.
- Fecundación in vitro.
- Mastectomía para el diagnóstico de enfermedad fibroquística en ausencia de factores de riesgo documentados.
- Reversión de esterilización.
- Servicios no autorizados.

Si acepta recibir servicios que no cubrimos ni aprobamos, es posible que deba pagarlos.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

PCHP cubre todos los medicamentos con receta aprobados por el programa Texas Medicaid. Para ver la lista de los medicamentos cubiertos, visite nuestro sitio web www.ParklandHealthPlan.com, o llámenos al número en su tarjeta de identificación.

Consultas al proveedor de atención primaria

Consulta con su proveedor de atención primaria

¿Qué necesito llevar a la cita con mi médico?

Debe llevar los siguientes elementos cuando vaya a la cita con su médico:

- Su tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid o formulario 1027-A
- Tarjeta de identificación de PCHP
- Registros de vacunación (vacunas)
- Papel para anotar la información que reciba del médico

Las consultas regulares a su proveedor de atención primaria y dentista son importantes, incluso si sus hijos están sanos. Los chequeos de Pasos Sanos de Texas o chequeos de niño sano están disponibles sin costo para nuestros miembros. Todos los bebés, los niños y los adolescentes necesitan chequeos. Siga este cronograma:

Intervalo de edad	Edades objetivo
Nacimiento hasta 1 año	2 semanas, 2 meses, 4 meses 6 meses, 9 meses
1 año a 4 años	12 meses, 15 meses 18 meses, 24 meses 30 meses, 3 años, 4 años
5 años a 20 años	Todos los años, en los 30 días posteriores al cumpleaños

Las vacunas ayudan a proteger a su hijo de muchas infecciones. Las infecciones pueden causar serios problemas de salud. Su proveedor le dará las vacunas durante el examen de Pasos Sanos de Texas o niño sano de su hijo, si es necesario. Asegúrese de llevar el registro de vacunas de su hijo a cada consulta. **NOTA:** Las guarderías y las escuelas requieren que todos los niños estén al día con las vacunas.

¿Qué tipo de atención no requiere que primero me vea mi proveedor de atención primaria?

Para los siguientes tipos de atención, no es necesario que vaya primero a su proveedor de atención primaria:

- Emergencia
- Ginecoobstetricia
- Planificación familiar
- Cuidado de la vista de rutina
- Salud conductual
- Chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas

Para obtener más información, diríjase a nuestro sitio web, **www.ParklandHealthPlan.com**, o llámenos al número de la tarjeta de identificación.

Cambio de proveedor de atención primaria

¿Cómo puedo cambiar de proveedor de atención primaria?

Puede cambiar de proveedor de atención primaria llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación. Para obtener una lista de médicos y clínicas, consulte nuestro directorio de proveedores. Puede verlo en línea en **www.ParklandHealthPlan.com**.

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

No hay límite en la cantidad de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Puede cambiar su proveedor de atención primaria llamándonos sin costo al

1-888-672-2277 o escribiendo a: Parkland Community Health Plan Attn: Member Services, P.O. Box 560307, Dallas, Texas 75356.

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

Si cambia de proveedor de atención primaria, recibirá una nueva tarjeta de identificación. La nueva tarjeta de identificación le dirá el nombre, la dirección y el número de teléfono del nuevo proveedor de atención primaria y la fecha en la que este entrará en vigencia. El cambio de proveedor de atención primaria entrará en vigencia el mismo día que llame a Servicios para Miembros para realizar el cambio.

¿Existen razones por las que se pueda denegar una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria?

En algunos casos, se puede denegar la solicitud para cambiar su proveedor de atención primaria. La solicitud se puede denegar en los siguientes casos:

- El proveedor de atención primaria que eligió no acepta nuevos pacientes. O bien
- El proveedor de atención primaria que eligió ya no forma parte de Parkland Community Health Plan.

¿Puede mi proveedor de atención primaria derivarme a otro proveedor por incumplimiento?

Su proveedor de atención primaria puede solicitarle que elija un nuevo proveedor por las siguientes razones:

- A menudo, usted falta a las citas y no llama para avisarle al proveedor de atención primaria.
- No sigue los consejos de su proveedor de atención primaria.

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

Deberá acudir a su proveedor de atención primaria para obtener la mayoría de los servicios de salud o es posible que tenga que pagar aparte.

¿Qué sucede si mi proveedor de atención primaria deja la red de Parkland Community Health Plan?

Si su proveedor de atención primaria deja la red de Parkland Community Health Plan, le enviaremos una carta para informarle sobre el nuevo proveedor de atención primaria que elegimos para usted. Si no está satisfecho con el nuevo proveedor de atención primaria, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y díganos cuál es el proveedor de atención primaria que desea. Si está recibiendo tratamientos médicamente necesarios, es posible que pueda continuar con ese médico si este está dispuesto a atenderlo. Cuando encontremos un nuevo proveedor de atención primaria en nuestra lista que pueda brindarle el mismo tipo de atención, cambiaremos su proveedor.

Atención fuera del horario de servicio

¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria haya cerrado?

Si se enferma por la noche o durante un fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención primaria. Su proveedor de atención primaria u otro médico están disponibles para ayudarlo por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También, puede llamar a la Línea de enfermería de 24 horas de Parkland al **1-888-667-7890** o al **214-266-8773** para hablar con un enfermero registrado que lo ayude a decidir qué hacer.

Salud de la mujer (embarazo y parto)

¿Qué sucede si necesito atención ginecoobstétrica? ¿Tengo derecho a elegir a un ginecoobstetra?

Atención, miembros mujeres: PCHP les permite elegir a un ginecoobstetra, pero este médico debe pertenecer a la misma red que su proveedor de atención primaria.

Tiene derecho a elegir a un ginecoobstetra sin una remisión de su proveedor de atención primaria. Un ginecoobstetra puede brindarle:

- Un chequeo anual de bienestar para la mujer
- Atención relacionada con el embarazo.
- Atención para cualquier afección médica femenina
- Remisión a médicos especialistas dentro de la red

¿Cómo elijo a un ginecoobstetra?

Consulte nuestro directorio de proveedores para encontrar a un ginecoobstetra de la red. También puede obtener una copia del directorio de proveedores en línea en www.ParklandHealthPlan.com, o llamarnos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación para que le ayudemos a encontrar a un ginecoobstetra.

Si no elijo a un ginecoobstetra ¿tengo acceso directo?

Puede comunicarse con cualquier ginecoobstetra de la red de PCHP directamente para recibir servicios.

¿Necesitaré una remisión?

Tiene derecho a elegir a un ginecoobstetra de nuestra red sin una remisión de su proveedor de atención primaria.

¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de comunicarme con mi ginecoobstetra para una cita?

Si está embarazada, debe recibir atención en las 2 semanas posteriores a la inscripción o antes de la semana 12 de su embarazo. Si no está embarazada, debe recibir atención en las 3 semanas posteriores a la solicitud de una cita.

¿Puedo seguir recibiendo atención de mi ginecoobstetra si no está en PCHP?

Si está embarazada y ha pasado la semana 24 de su embarazo cuando se inscribe, su ginecoobstetra actual podrá seguir atendiéndola. Si lo desea, puede elegir a un ginecoobstetra que esté en nuestra red siempre que el proveedor acepte atenderla. Podemos ayudar con los cambios entre médicos.

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

Primero, llame a su proveedor de atención primaria. Este puede ayudarla a recibir la atención que necesita para su embarazo. También, debe llamar al trabajador social de Medicaid para informarle que está embarazada. No olvide llamar a PCHP para informarnos que tendrá un bebé.

Si no tiene un ginecoobstetra, la ayudaremos a encontrar un médico en las dos (2) semanas posteriores a que nos solicite ayuda.

Debe asistir a todas las citas prenatales. Esto ayudará a que su bebé esté sano. Recuerde hacerse todos los chequeos después de tener al bebé. La debe revisar un ginecoobstetra en las 2 semanas posteriores a la solicitud de la cita. Si desea tomar clases prenatales, puede llamar a Servicios para Miembros de PCHP al **1-888-672-2277** para encontrar clases cerca.

Llame a Servicios para Miembros de PCHP al **1-888-672-2277** para obtener más información.

¿Qué otros servicios, actividades o educación le ofrece PCHP a las mujeres embarazadas?

PCHP tiene un programa especial para que usted y su bebé se mantengan saludables durante el embarazo. PCHP ofrece obsequios a las miembros que realizan y completan los chequeos prenatales y posparto.

Llame a Servicios para Miembros de PCHP al **1-888-672-2277** para obtener más información.

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?

Comuníquese con el Servicio para Miembros llamando al **1-888-672-2277**, o puede buscar en nuestro directorio de proveedores en línea en www.ParklandHealthPlan.com para saber qué centros de parto están en nuestra red.

¿Puedo elegir a un proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca?

Debe llamarnos antes de que nazca el bebé o tan pronto como sea posible para elegir a un pediatra (médico de bebés). Podrá elegir al médico del bebé de una lista de médicos del directorio de proveedores de PCHP.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de atención primaria de mi bebé?

Para cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación. Podemos cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé el mismo día que solicite el cambio. El cambio se hará de inmediato.

¿Puedo cambiar el plan médico de mi bebé?

Durante al menos 90 días a partir de la fecha de nacimiento, su bebé tendrá la cobertura del plan médico en el que usted está inscrita. Puede solicitar un cambio de plan médico antes de que transcurran los 90 días llamando al agente de inscripción al **1-800-964-2777**.

No puede cambiar los planes médicos mientras el bebé esté en el hospital.

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo le informo a mi plan médico?

Es importante que nos llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación lo antes posible para que podamos asegurarnos de que conoce los servicios de salud para su bebé.

¿Cómo y cuándo me comunico con mi trabajador social?

Deberá comunicarse con el trabajador social de Medicaid tan pronto como nazca el bebé para inscribirlo en Medicaid.

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

Después de que nazca el bebé, es posible que pierda la cobertura de Medicaid. Es posible que pueda acceder a algunos servicios de atención médica a través del Programa de Healthy Texas Women y del Departamento Estatal de Servicios de salud (DSHS). Estos servicios son para mujeres que los solicitan y tienen la aprobación.

Beneficios adicionales

¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de PCHP? **Aplican limitaciones y restricciones**

Los miembros de PCHP obtienen los siguientes servicios de valor agregado y beneficios adicionales:

Categoría	Servicios de valor agregado	Aplican limitaciones y restricciones
Línea de enfermería las 24 horas:	Línea de ayuda gratuita con personal de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	❖ Debe ser miembro.

Categoría	Servicios de valor agregado	Aplican limitaciones y restricciones
Salud conductual: programa de incentivos de seguimiento para pacientes hospitalizados	Recompensa de \$30 (una por año del plan) por el seguimiento del proveedor de salud conductual en los 7 días posteriores a la hospitalización por salud conductual (personas de 6 años en adelante).	❖ Debe ser miembro durante la hospitalización y el seguimiento. ❖ Seguimiento dentro de los 7 días posteriores al alta del hospital de salud conductual. ❖ El seguimiento debe completarse con un proveedor de salud conductual. ❖ Debe tener 6 años o más. ❖ Límite de recompensa de \$30 por año. ❖ No se puede ganar con la recompensa de 30 días por la misma hospitalización.
	Recompensa de \$30 (una por año del plan) por el seguimiento con un proveedor de salud conductual en los 8 a 30 días posteriores a la hospitalización.	❖ Debe ser miembro durante la hospitalización y el seguimiento. ❖ Seguimiento dentro de los 8 a 30 días posteriores al alta del hospital de salud conductual. ❖ El seguimiento debe completarse con un proveedor de salud conductual. ❖ Debe tener 6 años o más. ❖ Límite de recompensa de \$30 por año. ❖ No se puede ganar con la recompensa de 7 días por la misma hospitalización.
Servicios dentales	Asignación anual de \$300 para miembros de 21 años o más para servicios dentales como chequeos, radiografías y limpiezas.	❖ Debe ser miembro de STAR. ❖ Debe tener 21 años o más. ❖ Límite de \$300 por año. ❖ El miembro es responsable de los servicios no cubiertos.

Categoría	Servicios de valor agregado	Aplican limitaciones y restricciones
Manejo de la enfermedad	Recompensa de \$20 por completar el examen de la vista anual para diabéticos para miembros de 18 años o más.	❖ Debe ser miembro durante el examen. ❖ Debe ser diagnosticado con diabetes. ❖ Debe tener 18 años o más. ❖ Límite de recompensa de \$20 por año.
	Recompensa de \$20 por hacerse un análisis de sangre de HbA1c una vez cada 6 meses para miembros de 18 años o más.	❖ Debe ser miembro durante el examen. ❖ Debe ser diagnosticado con diabetes. ❖ Debe tener 18 años o más. ❖ Límite de recompensa de \$40 por año.
	Recompensa anual de \$50 para los miembros que participen en el Programa de Diabetes de PCHP durante 6 meses consecutivos y logren un nivel de A1C de $\leq 8\%$.	❖ Debe ser miembro. ❖ Debe estar inscrito en el programa de diabetes durante 6 meses consecutivos. ❖ Límite de recompensa de \$50 por año. ❖ Debe tener un nivel de A1C $\leq 8\%$.
Servicios de farmacia/beneficios de venta libre	Recompensa de \$20 para los miembros que completen una evaluación anual de riesgos de salud. La recompensa se puede usar para medicamentos de venta libre que no estén cubiertos por Medicaid.	❖ Debe ser miembro. ❖ Límite de recompensa de \$20 por año.

Categoría	Servicios de valor agregado	Aplican limitaciones y restricciones
Ayuda adicional para mujeres embarazadas	Recompensa de \$50 para miembros que se realicen un chequeo posparto dentro de los 7 a 84 días posteriores al parto.	❖ Debe ser miembro durante el chequeo posparto. ❖ El chequeo debe realizarse dentro de los 7 a 84 días posteriores al parto. ❖ Límite de recompensa de \$50 por año.
	Servicio de comidas gratuito para miembros en etapa posparto. Hasta 10 comidas gratuitas a domicilio durante los primeros 3 meses después del alta hospitalaria.	❖ Debe ser miembro en etapa posparto. ❖ Límite de hasta 10 comidas al año.
Ayuda adicional para mujeres embarazadas	Asiento convertible para auto gratuito (uno por año del plan) para miembros que completen su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a su inscripción en Parkland Community Health Plan.	❖ Debe ser miembro. ❖ Debe haber completado la consulta prenatal dentro del primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción. ❖ Un asiento convertible para auto por año.
	Recompensa de \$25 (una por año del plan) para miembros embarazadas que realicen 6 o más consultas prenatales.	❖ Debe ser miembro durante las consultas. ❖ Límite de recompensa de \$25 por año. ❖ Debe realizar 6 o más consultas prenatales antes del parto.

Categoría	Servicios de valor agregado	Aplican limitaciones y restricciones
	Corral de juego portátil con moisés gratuito (uno por año del plan) para miembros que se realicen su chequeo posparto dentro de los 7 a 84 días posteriores al parto, mientras estén inscritos en el Parkland Community Health Plan.	❖ Debe ser miembro durante la consulta y cuando solicite un corral de juego. ❖ Debe haber completado la consulta posparto dentro de los 7 a 84 días posteriores al parto. ❖ Un corral de juego portátil al año.
Ayuda adicional para obtener un transporte	Traslado gratuito de ida y vuelta a una tienda de comestibles, banco de alimentos, oficina de WIC o cita de renovación de STAR (un viaje de ida y vuelta al mes); mencione los pasajeros adicionales al programar el viaje.	❖ Debe ser miembro de STAR. ❖ El viaje se limita a tiendas de comestibles, bancos de alimentos, oficinas de WIC o citas para renovar su plan STAR. ❖ Viaje limitado al área de servicio de Dallas. ❖ Un viaje de ida y vuelta por mes. ❖ Debe avisar a los pasajeros adicionales cuando solicite el viaje.
Servicios para la vista adicionales	Asignación anual de \$100 para los miembros cada 2 años para cambiar monturas.	❖ Debe ser miembro.

Categoría	Servicios de valor agregado	Aplican limitaciones y restricciones
Programas de regalos	Límite de recompensa de \$180 por niño para los miembros por completar a tiempo cada chequeo de bebé sano: \$120 por 6 consultas antes de los 15 meses y \$60 por 3 consultas entre los 18 y los 30 meses.	❖ Debe ser miembro durante los chequeos. ❖ \$20 por chequeo para un máximo de 9 consultas. ❖ Debe completar 6 consultas antes de los 15 meses y 3 consultas entre los 18 y los 30 meses. ❖ Debe tener entre 0 y 30 meses. ❖ Límite de recompensa de \$180 por niño.
	Recompensa de \$25 por realizar un chequeo anual de bienestar para niños y adolescentes de los 3 a los 20 años.	❖ Debe ser miembro durante los chequeos. ❖ Debe tener entre 3 y 20 años. ❖ Límite de recompensa de \$25 por año.
	Recompensa de \$20 (una por año del plan) por la consulta de seguimiento para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con el médico que le recetó el medicamento dentro de los 30 días posteriores al primer surtido de la receta para niños de 6 a 12 años.	❖ Debe ser miembro durante la consulta. ❖ La consulta debe ser con el proveedor que emite la receta. ❖ Debe tener entre 6 y 12 años. ❖ Debe ser diagnosticado con TDAH. ❖ Límite de recompensa de \$20 por año.

Categoría	Servicios de valor agregado	Aplican limitaciones y restricciones
	Recompensa anual de \$20 para los miembros de 6 a 12 años que asistan a 2 consultas de seguimiento con su proveedor dentro de los 9 meses posteriores al inicio de los medicamentos para el TDAH.	❖ Debe ser miembro durante las consultas. ❖ Se requieren dos consultas en un plazo de 9 meses. ❖ Debe tener entre 6 y 12 años. ❖ Límite de recompensa de \$20 por año.
	Recompensa anual de \$20 para los miembros de 11 años o más que resurtan su receta de antidepresivos durante 3 meses consecutivos.	❖ Debe ser miembro. ❖ Debe resurtir los medicamentos tres meses seguidos. ❖ Debe ser diagnosticado con depresión. ❖ Debe tener 11 años o más. ❖ Límite de recompensa de \$20 por año.
Programas de regalos	Recompensa anual de \$20 para los miembros de 11 años o más que resurtan su receta de antidepresivos durante 6 meses consecutivos.	❖ Debe ser miembro al resurtir los medicamentos. ❖ Debe resurtirse 6 meses seguidos. ❖ Debe tener 11 años o más. ❖ Límite de recompensa de \$20 por año.
Servicios para la salud y el bienestar	Recompensa de \$20 (una por año del plan) para los miembros nuevos que completen una consulta con su PCP dentro de los 90 días posteriores a la inscripción.	❖ Debe ser un miembro nuevo. ❖ Debe completar la consulta dentro de los 90 días posteriores a la inscripción. ❖ Límite de recompensa de \$20 por año.

Categoría	Servicios de valor agregado	Aplican limitaciones y restricciones
Servicios para la salud y el bienestar	Recompensa de \$20 por recibir las vacunas DTaP y contra el rotavirus antes de cumplir los 2 años (una por miembro).	❖ Debe ser miembro. ❖ Debe recibir ambas vacunas antes del segundo cumpleaños ❖ Recompensa de \$20, solo una vez.
	Recompensa de \$30 para los miembros que reciban la vacuna anual contra la gripe y la informen al plan de salud.	❖ Debe ser miembro. ❖ Límite de recompensa de \$30 por año. ❖ Debe completar la autocertificación a través del portal de recompensas o el centro de llamadas.
Programas de ejercicio y juego saludable	Hasta \$100 anuales para la membresía de Boys & Girls Club para niños de 6 a 18 años (donde esté disponible).	❖ Debe ser miembro. ❖ Debe tener entre 6 y 18 años. ❖ Límite de recompensa de \$100 por año. ❖ Solo en ubicaciones participantes.
Ayuda para miembros con asma	Recompensa de hasta \$60 al año (\$15 por trimestre) para los miembros de 5 años o más que resurtan sus medicamentos para el control del asma durante 3 meses consecutivos.	❖ Debe ser miembro. ❖ Debe tener entre 5 y 999 años. ❖ Debe ser diagnosticado con asma. ❖ Los medicamentos deben ser para el control del asma. ❖ Límite de recompensa de \$60 por año. ❖ Debe resurtir el medicamento de forma continua durante 3 meses.

Categoría	Servicios de valor agregado	Aplican limitaciones y restricciones
Examen físico escolar y deportivo	Un examen físico deportivo sin costo con un PCP de la red por año escolar para cada miembro de 5 a 19 años con cobertura.	❖ Debe ser miembro. ❖ El examen físico debe realizarse con el PCP asignado al miembro. ❖ El PCP debe pertenecer a la red de PCHP. ❖ Debe tener entre 5 y 19 años. ❖ Un examen físico deportivo gratuito por año.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

No es necesario que acuda a su proveedor de atención primaria para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, vaya a nuestro sitio web, **www.ParklandHealthPlan.com**, o llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

¿Qué clases de educación para la salud ofrece PCHP?

Trabajamos con nuestros socios comunitarios para que estas clases estén disponibles sin costo alguno para usted. Algunos temas de salud incluyen los siguientes:

Seguridad del asiento del automóvil	Seguridad contra venenos	Atención prenatal
Concientización sobre las drogas y el alcohol	Enfermedades de transmisión sexual	Mortalidad infantil
Nutrición	Salud bucal	Concientización sobre la vista
Control del peso	Vacunaciones	Dejar de fumar
Concientización sobre el embarazo adolescente	Aptitud física	

Llámenos para obtener más información. Consulte con su proveedor antes de comenzar cualquier nuevo programa médico o de bienestar.

¿Qué otros servicios puede PCHP ayudarme a obtener?

Podemos brindarle ayuda con servicios cubiertos por Medicaid de pago por servicio en lugar de PCHP. A continuación, se mencionan las agencias y programas que brindan otros servicios.

- Servicios dentales de Pasos Sanos de Texas (incluida la ortodoncia): los miembros de Medicaid de 20 años y menos pueden obtener beneficios dentales a través de una organización de atención dental administrada.
- Investigación de plomo en el medio ambiente (ELI) de Pasos Sanos de Texas.

- Servicios de cuidado personal de Pasos Sanos de Texas para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años.
- Administración de casos/coordinación de servicios de intervención temprana en la infancia (ECI).
- Capacitación en habilidades especializadas de ECI.
- Programa de salud escolar y servicios relacionados (SHARS).
- Programa de Descubrimiento y Desarrollo Vocacional para Niños Ciegos del Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación.
- Servicios para la tuberculosis brindados por proveedores aprobados (terapia de observación directa e investigación de contactos) por el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS).
- Servicios de Community First Choice (CFC).

No es necesario que acuda a su proveedor de atención primaria para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

¿Y la cobertura de la nueva tecnología?

Siempre estamos buscando nuevos procedimientos y servicios médicos para asegurarnos de que reciba atención médica segura, actualizada y de alta calidad. Un equipo de médicos revisa los nuevos métodos de atención médica y decide si deben convertirse en servicios cubiertos. Los tratamientos y servicios de investigación y estudio no son servicios cubiertos.

Para decidir si la nueva tecnología será un beneficio o servicio cubierto, haremos lo siguiente:

- Estudiaremos el propósito de cada tecnología.
- Revisaremos la bibliografía médica.
- Determinaremos el impacto de una nueva tecnología.
- Desarrollaremos pautas sobre cómo y cuándo usar la tecnología.

Atención especializada

¿Qué sucede si necesito ver a un médico especial (especialista)?

Su proveedor de atención primaria puede remitirlo a otro médico si necesita un tipo especial de atención que este no puede ofrecer. Su proveedor de atención primaria le dirá si necesita ver a un especialista. Algunos servicios especializados requieren autorización previa.

¿Qué es una autorización previa?

La autorización previa es una aprobación que Parkland Community Health Plan requiere para ciertos servicios y medicamentos. Algunos servicios necesitan aprobación antes de que puedan brindarse. El proveedor que está tratando a su hijo debe obtener esta aprobación. Puede preguntarle a su médico o a nosotros si se necesita una aprobación para un servicio o tratamiento.

¿Qué es una remisión?

El médico hablará con usted sobre sus necesidades o las de su hijo y le brindará ayuda para planificar la visita al especialista que pueda ofrecerle los mejores cuidados. Esto se denomina **remisión**. Una remisión no es un requisito para su plan de beneficios de PCHP.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

El plan de beneficios de STAR (Medicaid) no requiere remisiones para ningún servicio. Sin embargo, hay servicios que pueden necesitar una autorización previa.

¿Qué tan rápido puede atenderme el especialista?

Debería poder ver a un especialista dentro de las 3 semanas para una cita de rutina o dentro de las 24 horas para citas de atención de urgencia.

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Puede obtener una segunda opinión sobre el uso de cualquier servicio de atención médica por parte de un proveedor de la red. Si un proveedor de la red no está disponible, puede consultar con uno que no esté en la red. Usted no paga ningún costo por obtener una segunda opinión. Para obtener más información sobre cómo solicitar una segunda opinión, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

¿Qué pasa si mi PCP quiere que vea a un proveedor que no está en la red de PCHP?

Si su PCP desea que consulte a un proveedor que no pertenece a la red de proveedores PCHP, este debe solicitar una autorización previa de PCHP. Puede acudir a un proveedor no participante solo si se cumplen las siguientes condiciones:

- la atención es necesaria; Y
- no hay proveedores de PCHP que brinden la atención; Y
- PCHP ha aprobado la atención.

PCHP tiene derecho a decidir dónde puede recibir servicios cuando no hay un proveedor de PCHP disponible para brindar la atención. El proveedor no participante que planea brindarle atención debe asegurarse de que su PCP obtenga la autorización previa para ofrecerle los servicios. Llámenos al **1-888-672-2277** si tiene alguna pregunta. Esto puede incluir que su médico le dé un motivo para usar un proveedor no participante.

Puede consultar a cualquier proveedor en cualquier momento en caso de una emergencia o para los servicios de planificación familiar.

Salud conductual

¿Cómo consigo ayuda si tengo problemas de salud mental, alcohol o consumo de drogas?

Parkland Community Health Plan (PCHP) administra los beneficios de salud mental y consumo de sustancias. No necesita aprobación para recibir terapia individual, familiar ni grupal. Estas consultas no tienen límites. Sin embargo, es posible que se le pida a su terapeuta que le dé a PCHP información clínica después de 30 sesiones. Su terapeuta puede solicitar más consultas si usted las necesita. También, puede obtener ayuda con sus medicamentos o ir al hospital si tiene problemas. Puede recibir ayuda si tiene problemas con las drogas o el alcohol, así como para otros servicios.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Parkland Community Health Plan (PCHP) puede proporcionar una lista de todos los servicios de tratamiento de salud conductual disponibles y ayudarlo a comunicarse con un proveedor de tratamiento si no tiene uno.

La línea para crisis de salud conductual de PCHP está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para brindar información y recursos. Si está experimentando una crisis de salud conductual, hay terapeutas con licencia disponibles para hablar. Solo llame al **1-844-603-1134**.

También puede consultar el directorio de proveedores en línea de PCHP para encontrar proveedores en su área: www.ParklandHealthPlan.com.

¿Necesito una remisión para esto?

No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria. Puede acudir directamente a cualquier proveedor de salud conductual de la red de PCHP. También puede consultar el directorio de proveedores en línea de PCHP para ubicar proveedores en su área en www.parklandhealthplan.com/members/provider-directory.

Es bueno que le informe a su proveedor de atención primaria sobre todos los médicos que usted o su hijo consultan. También es importante que su proveedor de atención primaria y los especialistas, como su proveedor de tratamiento de salud conductual, puedan compartir información sobre el progreso de su tratamiento. Esto se denomina coordinación de la atención. Puede encontrar más información al respecto en el sitio web para miembros de PCHP:

www.ParklandHealthPlan.com.

¿Qué servicios de salud conductual existen? ¿Cómo obtengo estos servicios?

Existen muchos tipos diferentes de servicios que pueden ayudarlo con las afecciones de salud mental o por consumo de sustancias. Una evaluación lo ayudará a usted y a su proveedor a comprender sus necesidades y a decidir qué servicios son mejores para usted. A continuación, hay algunos ejemplos de servicios de salud conductual, pero existen otros. Para obtener una lista completa de servicios, comuníquese con Parkland Community Health Plan al 1-888-672-2277.

La administración de los medicamentos es un servicio en el que su proveedor de atención primaria o de salud conductual le receta medicamentos para ayudarlo a tratar los síntomas de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.

La **terapia para pacientes ambulatorios** es un servicio prestado por un clínico con licencia, ya sea individualmente, en formato grupal o con la unidad familiar. Generalmente, la terapia para pacientes ambulatorios se brinda en sesiones cortas entre 45 y 60 minutos una o dos veces por semana, a menos que se necesite tratamiento adicional.

La **administración de casos de salud mental específicos** son servicios diseñados para ayudar a los miembros a acceder a servicios y apoyos médicos, sociales, educativos y de otro tipo necesarios.

Los **servicios residenciales** son intervenciones muy intensivas en las que el miembro permanece durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana en un centro de tratamiento para recibir atención. Se brinda terapia individual, grupal y familiar junto con otras intervenciones terapéuticas diarias.

La **hospitalización para pacientes internados** brinda un tratamiento intensivo en un entorno hospitalario. La atención para pacientes internados se brinda cuando la afección de salud mental o por consumo de sustancias de una persona representa un riesgo significativo para su salud y seguridad. También hay servicios específicos que están disponibles “en lugar de” o en vez de la hospitalización, cuando son seguros y adecuados para el miembro. Los miembros deben aceptar recibir los servicios alternativos (ILOS) antes de que se brinden. El objetivo de los servicios alternativos es prevenir o reducir la hospitalización.

¿Qué son los servicios y entornos alternativos (ILOS)? ¿Qué incluyen los ILOS?

¿Cómo obtengo estos servicios y entornos?

Servicios para pacientes internados en una institución de enfermedades mentales (IMD): los servicios incluyen la hospitalización en un IMD como alternativa a un entorno hospitalario de cuidados agudos. Los servicios para pacientes internados en un IMD deben tratar afecciones psiquiátricas agudas y están autorizados durante un máximo de 15 días calendario por mes solo para los miembros de entre 21 y 64 años.

Servicios de hospitalización parcial: los servicios de hospitalización parcial brindan un programa diurno estructurado de servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios. Los programas de hospitalización parcial (PHP) pueden brindar servicios para salud mental, trastorno por consumo de sustancias (SUD), o ambos.

Servicios intensivos para pacientes ambulatorios (IOP): los servicios intensivos para pacientes ambulatorios, también conocidos como servicios de IOP son generalmente menos intensivos que los PHP. Pueden brindarse para salud mental, SUD, o ambos. Los servicios intensivos para

pacientes ambulatorios son servicios organizados no residenciales que proporcionan terapia estructurada de grupo e individual, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida que consiste en, como mínimo, 10 horas por semana durante cuatro a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día.

Servicios de atención especializada coordinada (CSC): la CSC se diseña para satisfacer las necesidades de las personas que padecen un inicio temprano de la psicosis. Las personas inscritas en la CSC reciben servicios de salud mental que se basan en un modelo de tratamiento integral y orientado a la recuperación para personas con un primer episodio psicótico. La CSC utiliza un enfoque de toma de decisiones compartida y en equipo para desarrollar un plan de atención diseñado para las necesidades individualizadas de la persona. Los servicios de CSC son para personas de entre 15 y 30 años que tienen un trastorno psicótico diagnosticado en los últimos dos años y que viven en el área de servicio de un proveedor de CSC.

Los miembros pueden solicitar los servicios de ILOS directamente comunicándose con PCHP o con los proveedores de este servicio. PCHP ofrecerá y coordinará los servicios alternativos con los afiliados, cuando esté clínicamente indicado, para evitar ingresos a niveles de atención más elevados o respaldar la transición desde estos, a fin de brindar opciones de servicios adicionales a los miembros.

Si pierde la elegibilidad de Medicaid, puede seguir recibiendo atención de la Autoridad Local de Salud Mental o de la Autoridad de Salud Conductual del Norte de Texas.

Servicios de planificación familiar

¿Cómo obtengo los servicios de planificación familiar?

Los servicios de planificación familiar la ayudan a planificar o controlar el embarazo. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria para recibir los servicios o suministros de planificación familiar. Si es menor de 21 años, no es necesario que obtenga el permiso de sus padres para tener acceso a los servicios o suministros de planificación familiar. Puede recibir los servicios de planificación familiar de su proveedor de atención primaria o puede acudir a cualquier proveedor de planificación familiar que esté en nuestro directorio de proveedores. Los servicios que puede obtener incluyen:

- Un chequeo anual.
- Una consulta en el consultorio o clínica por un problema, asesoramiento o consejo.
- Análisis de laboratorio.
- Recetas y suministros de anticonceptivos como píldoras anticonceptivas, diafragmas y condones.
- Prueba de embarazo.
- Servicios de esterilización (solo si tiene 21 años de edad o más; se necesita un formulario de consentimiento de esterilización federal).

¿Necesito una remisión para esto?

No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria para obtener los servicios o suministros de planificación familiar.

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

Puede encontrar las ubicaciones de los proveedores de planificación familiar cercanos en línea en www.dshs.state.tx.us/famplan/, o puede llamar a PCHP al 1-888-672-2277 para obtener ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar.

Medicamentos recetados

¿Cómo consigo los medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico dice que usted necesita. Su médico le dará una receta para que pueda llevarla a la farmacia, o puede enviarla por usted.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

- Puede encontrar una farmacia de la red visitando nuestro sitio web en www.ParklandHealthPlan.com, y luego buscar una farmacia en su área.
- Llame sin cargo a Servicios para Miembros al **1-888-672-2277** y pídale al representante que lo ayude a encontrar una farmacia de la red en su área.

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

Si va a una farmacia que no pertenece a la red, es posible que deba pagar. La farmacia puede llamar al número gratuito del Servicio de Ayuda al Farmacéutico que se encuentra en el reverso en su tarjeta de identificación de PCHP o de la de su hijo.

¿Qué llevo a la farmacia?

Deberá llevar la receta que le realizó su médico. También, deberá mostrar la tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid y su tarjeta de identificación de PCHP.

¿Es necesario que algunos medicamentos cuenten con aprobación previa, autorización previa?

PCHP debe aprobar algunos medicamentos de nuestra lista de medicamentos antes de cubrirlos. Hacemos esto mediante una autorización previa o terapia escalonada. La autorización previa es una aprobación que PCHP requiere para ciertos servicios y medicamentos.

¿Qué es la terapia escalonada?

Algunos medicamentos no se aprueban a menos que se haya probado otro primero. La cobertura de la terapia escalonada (ST) requiere que se utilice una prueba de otro medicamento antes de que se cubra el solicitado.

Cuando tiene un nuevo medicamento recetado, pregúntele a su proveedor si necesitamos aprobar el medicamento antes de que pueda obtenerlo. De ser así, pregunte si hay otro medicamento que pueda usar que no necesite aprobación. Cuando necesitamos aprobar su medicamento, su proveedor debe llamar a PCHP por usted. Revisaremos la solicitud para aprobar su

medicamento. Si el farmacéutico no puede comunicarse con PCHP para asegurarse de que esté aprobado, puede darle un suministro temporal de tres (3) días del nuevo medicamento recetado.

Le informaremos por escrito si no aprobamos la solicitud. También, le diremos cómo iniciar el proceso de apelación o reclamo.

¿Qué sucede si no puedo conseguir la aprobación del medicamento que me indicó el médico?

Si no se puede comunicar con su médico para aprobar una receta, es posible que pueda conseguir un suministro de emergencia de su medicamento para tres días.

Para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos, llame a PCHP al **1-888-672-2277**.

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

Si tiene problemas para conseguir sus medicamentos, llámenos al número gratuito que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

¿Qué pasa si no puedo conseguir el medicamento que me recetó mi médico?

Si el medicamento que su médico considera que necesita no se encuentra en nuestro formulario y no puede tomar ningún otro medicamento excepto el recetado, su médico puede solicitar una excepción. Su médico deberá llenar el formulario y enviarnos la historia clínica para respaldar la solicitud de excepción.

¿Qué pasa si pierdo los medicamentos?

Si pierde el medicamento, debe comunicarse con su farmacia local para ver si hay un resurtido disponible. Los medicamentos perdidos o robados no son un beneficio cubierto. Deberá pagar el costo del medicamento. También, puede llamar a su médico o a la clínica si no hay un resurtido disponible.

¿Qué pasa si necesito que me envíen los medicamentos?

Consulte la lista de farmacias en línea O llame a Servicios para Miembros al **1-888-672-2277** para saber qué farmacias hacen envíos.

¿Qué sucede si necesito equipo médico duradero (DME) u otros productos que normalmente se encuentran en una farmacia?

Medicaid cubre algunos equipos médicos duraderos (DME) y productos que normalmente se encuentran en una farmacia. Para todos los miembros, PCHP paga los nebulizadores, suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Para los niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), PCHP también paga los medicamentos recetados de venta libre, los pañales, la leche de fórmula y algunas vitaminas y minerales médicamente necesarios.

Llame al **1-888-672-2277** para obtener más información sobre estos beneficios.

Atención médica y otros servicios (atención médicamente necesaria y de emergencia)

¿Qué significa médicamente necesario?

Médicamente necesario significa:

- (1) Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Pasos Sanos de Texas:
 - (a) servicios de exámenes de detección, para la vista y para la audición; y
 - (b) Otros servicios de atención médica, incluidos los servicios de salud conductual, que son necesarios para corregir o mejorar un defecto, o una enfermedad o afección física o mental. Un criterio para establecer si un servicio es necesario para corregir o mejorar un defecto, o una enfermedad o afección física o mental:
 - (i) Debe cumplir con los requisitos de los acuerdos *Alberto N., et al. v. Traylor, et al.* parciales.
 - (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, los servicios de atención médica no relacionados con la salud conductual que:
 - (a) Son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones de salud, o brindar detección, intervenciones o tratamientos tempranos para afecciones que causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o limitaciones en la función, amenazan con causar una discapacidad o la empeoran, causan enfermedad o dolencia de un miembro, o ponen en peligro la vida.
 - (b) Se brindan en instalaciones adecuadas y en los niveles apropiados de atención para el tratamiento de las afecciones de salud de un miembro.
 - (c) Siguen las pautas y los estándares de la práctica de la atención médica respaldados por organizaciones de atención médica o agencias gubernamentales reconocidas profesionalmente.
 - (d) Son coherentes con los diagnósticos de las afecciones.
 - (e) No son más intrusivos o restrictivos de lo necesario para brindar un equilibrio adecuado de seguridad, eficacia y eficiencia.
 - (f) no son ni experimentales ni de investigación; y
 - (g) No se brindan principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.
- (3) Para los miembros mayores de 20 años, los servicios de salud conductual que:
 - (a) Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o de dependencia de sustancias; o para mejorar, mantener el funcionamiento, o evitar que este se deteriore debido al problema.
 - (b) Cumplen con las pautas clínicas y los estándares de práctica profesionalmente aceptados en la atención de la salud conductual.
 - (c) Se brindan en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el que los servicios se pueden ofrecer de manera segura.

- (d) Son el nivel o suministro de servicio más apropiado que se puede proporcionar de manera segura.
- (e) No se pueden omitir sin afectar de forma negativa la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención brindada.
- (f) no son ni experimentales ni de investigación; y
- (g) No se brindan principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

¿Qué es la atención médica de rutina? ¿Qué tan rápido me pueden atender?

La **atención de rutina** es la atención que no es ni de emergencia ni de urgencia que recibe de su proveedor de atención primaria u otros proveedores de atención médica.

El proveedor de atención primaria que eligió es el “hogar médico” y lo ayudará con toda su atención médica. Su proveedor de atención primaria le hará chequeos periódicos y lo tratará cuando sea necesario. Su proveedor de atención primaria le dará medicamentos recetados y suministros médicos. Su proveedor de atención primaria también lo enviará a un especialista si es necesario. Un especialista puede ser su proveedor de atención primaria según lo decidan su proveedor de atención primaria y PCHP.

Es importante que siga los consejos de su proveedor de atención primaria y participe en las decisiones sobre su atención médica. Cuando necesite atención, llame al número de teléfono de su proveedor de atención primaria que figura en su tarjeta de identificación. El consultorio del médico o la clínica le programarán una cita. Es muy importante que vaya a las citas. Si no puede asistir, llame a su médico para informárselo. Su proveedor de atención primaria debe poder verlo en las dos (2) semanas posteriores a la solicitud de la cita de atención de rutina o en las ocho (8) semanas posteriores a la solicitud de una cita para un chequeo físico o de bienestar.

¿Qué es la atención médica de urgencia?

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

Quemaduras o cortes leves	Dolores de oído	Dolor de garganta	Esguinces o distensiones musculares
------------------------------	-----------------	-------------------	---

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

Para recibir atención de urgencia, debe llamar al consultorio de su médico incluso durante la noche y los fines de semana. Su médico le dirá qué hacer. En algunos casos, su médico puede indicarle que vaya a una clínica de atención de urgencia. Si le dice eso, no es necesario que llame a la clínica antes de ir. Debe dirigirse a una clínica que trabaje con Parkland Community Health Plan de Medicaid. Para pedir ayuda, llámenos sin costo al **1-888-672-2277**. También, puede llamar a nuestra línea de enfermería las 24 horas al **1-888-667-7890** o, localmente, en el área de Dallas al **214-266-8773** para pedir ayuda para obtener la atención que necesita.

¿Qué tan rápido me pueden atender?

Debería poder ver a su médico dentro de las 24 horas para una cita de atención de urgencia. Si su médico le indica que vaya a una clínica de atención de urgencia, no es necesario que llame a la institución antes de ir. La clínica de atención de urgencia debe aceptar Parkland Community Health Plan de Medicaid.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Atención médica de emergencia

Se brinda atención médica de emergencia para afecciones médicas de emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia. No se aplica ningún copago a los servicios de emergencia de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. Parkland Community Health Plan no le facturará por estos servicios.

Afección médica de emergencia significa:

Una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos repentinos y de una gravedad considerable (incluido el dolor intenso), de manera que, una persona prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, podría razonablemente pensar que la ausencia de atención médica inmediata podría:

1. poner en grave peligro la salud del paciente;
2. deteriorar considerablemente las funciones corporales;
3. generar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
4. provocar una desfiguración grave; o
5. en el caso de una mujer embarazada, representar un grave peligro para la salud de la mujer o del niño por nacer.

Afección de salud conductual de emergencia significa:

Cualquier afección, independientemente de su naturaleza o causa, que, según la opinión de una persona prudente que posea un conocimiento promedio de la medicina y la salud:

1. requiere una intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro representaría un peligro inmediato para sí mismo o para otros; o
2. hace que el miembro sea incapaz de controlar, reconocer o comprender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y atención de emergencia significan:

Servicios cubiertos para pacientes internados y ambulatorios proporcionados por un proveedor que está calificado para brindarlos y que son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia o una afección de salud conductual de emergencia, incluidos los servicios de atención posteriores a la estabilización.

¿Qué tan rápido me pueden atender?

Debe recibir atención el mismo día si necesita atención de emergencia.

Pautas

Le pedimos que siga las pautas que se describen a continuación cuando crea que necesita atención de emergencia.

- Llame al 911 o a la línea de ayuda de emergencia local, o vaya al centro de emergencia más cercano. Si una demora no perjudicara su salud, llame a su proveedor de atención primaria.
- Si usted o su hijo están atravesando una crisis relacionada con la salud mental o el consumo de sustancias, la atención en crisis está disponible llamando a la línea directa para crisis de BH al **1-844-603-1134**, donde habrá profesionales clínicos con licencia disponibles para hablar con usted y ayudarlo a decidir cuáles son los servicios más adecuados. Pueden ayudarlo a comunicarse con servicios para crisis.

Informe a su proveedor de atención primaria lo antes posible después de recibir tratamiento.

- Tan pronto como su afección médica se estabilice, el centro de emergencia debe llamar a su proveedor de atención primaria para obtener información sobre su historia clínica.
- Si es admitido en un centro para pacientes internados, usted, un familiar o amigo en su nombre debe informárselo a su proveedor de atención primaria lo antes posible.
- Algunas buenas razones para ir a la ER son las siguientes:

Peligro de perder la vida o una extremidad	Diarrea o vómitos incontrolados	Intoxicación o sobredosis de medicamentos	Asfixia o problemas para respirar.
Posibilidad de tener huesos rotos	Dolores de pecho muy fuertes	Sangrado abundante	Heridas o quemaduras graves.
Desmayos.	Incapacidad de movilidad repentina (parálisis)	Víctima de un ataque violento (violación, asalto, puñalada o herida de bala)	Pensamientos sobre autolesionarse o dañar a otros
Parto inminente.			

Atención dental de emergencia

¿Los servicios dentales de emergencia están cubiertos por el plan médico?

PCHP cubre servicios dentales de emergencia limitados en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, incluso el pago de lo siguiente:

- Tratamiento para la mandíbula dislocada
- Tratamiento por daño traumático a dientes y estructuras de soporte
- Eliminación de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o gingival
- Hospital, médico y servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de las afecciones mencionadas anteriormente

¿Qué hago si mi hijo necesita atención dental de emergencia?

Durante el horario laboral normal, llame al dentista de cabecera de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después del cierre del consultorio del dentista de cabecera, llámenos sin costo al **1-888-672-2277** o llame al **911**.

¿Qué es la posestabilización?

Los servicios de posestabilización son servicios cubiertos por Medicaid que mantienen estable su afección después de recibir atención médica de emergencia.

¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria haya cerrado?

Si se enferma por la noche o durante un fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención primaria. Su proveedor de atención primaria u otro médico están disponibles para ayudarlo por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También, puede llamar a la Línea de enfermería de 24 horas de Parkland al **1-888-667-7890 o al 214-266-8773** para hablar con un enfermero registrado que lo ayude a decidir qué hacer.

Atención de seguimiento después de una emergencia

Es posible que necesite atención de seguimiento después de ir a la sala de emergencias. Si es así, programe una cita con su proveedor de atención primaria. No regrese a la sala de emergencias (a menos que sea una emergencia). No regrese al médico que lo trató en el hospital, a menos que se lo indique su proveedor de atención primaria.

Recibir atención durante un viaje

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

Si necesita atención médica cuando viaja, llámenos sin cargo al **1-888-672-2277** y lo ayudaremos a encontrar a un médico.

Si necesita servicios de emergencia mientras viaja, vaya a un hospital cercano, y luego llámenos sin cargo al **1-888-672-2277**.

¿Y si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos recibidos fuera del país.

Coordinación de servicios

¿Qué es la coordinación de servicios STAR?

La coordinación de servicios, también conocida como administración de casos, es un servicio que ofrecemos para ayudarlos a usted o su hijo, y a sus médicos, a desarrollar un plan para asegurarse de que usted o su hijo tengan acceso y utilicen los servicios cubiertos médicamente necesarios, servicios extracápita y otros servicios y apoyos, especialmente si usted o su hijo tienen necesidades especiales de atención médica.

PCHP cuenta con enfermeros experimentados que pueden ayudarlo a comprender las afecciones de salud que usted o su hijo puedan tener, como:

- ✓ Asma
- ✓ Diabetes.

- ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- ✓ Trasplantes.
- ✓ Uso frecuente de la sala de emergencias.
- ✓ Acceso frecuente al hospital.
- ✓ Heridas que no sanan.
- ✓ Múltiples enfermedades o afecciones.

¿Qué hará un coordinador de servicios por mí?

Nuestros enfermeros lo ayudarán a usted o a su hijo a mantenerse saludables y les brindarán la atención que necesitan. Lo ayudamos a encontrar atención cercana. Trabajaremos con su médico para mejorar su salud. El objetivo de nuestro programa es saber qué información o servicios necesita. Queremos que sea más independiente respecto a su salud.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

No es necesario que un médico lo derive para hablar con un administrador de casos. Llame al Servicio para Miembros al 1-888-672-2277 y pida hablar con un administrador de casos. Los administradores de casos están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. hora local. Si no hay ninguno disponible, puede dejar un mensaje de voz confidencial.

¿Cómo puedo conseguir la coordinación de servicios?

Si usted o su hijo tienen necesidades especiales de atención médica, como una enfermedad grave permanente, discapacidad, o afecciones crónicas o complejas y desea obtener más información, comuníquese al número gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Podemos ayudarlo a programar una cita con uno de nuestros médicos que trabaja con pacientes con necesidades especiales de atención médica. También, lo remitiremos a uno de nuestros administradores de casos que:

- ✓ Lo ayudará a recibir la atención y los servicios que necesita.
- ✓ Desarrollará un plan de atención con la ayuda de usted y su médico o el de su hijo.
- ✓ Seguirá su progreso o el de su hijo, y se asegurará de que reciba la atención que necesita.
- ✓ Responderá sus preguntas sobre atención médica.

Aunque nuestros enfermeros pueden ayudarlo, sabemos que es posible que no desee esto. Si no desea participar en el programa, puede dejar de hacerlo en cualquier momento llamando a su enfermero o al de su hijo.

Necesidades especiales de atención médica

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

Los coordinadores de servicios se encuentran disponibles para ayudarlo si tiene necesidades especiales de atención médica, como las siguientes:

- Participantes del programa de ECI.
- Mujeres embarazadas identificadas como de alto riesgo, entre las que se incluyen las siguientes:
 - Miembros embarazadas de 35 años o más, o de 15 años o menos.
 - Miembros embarazadas diagnosticadas con preeclampsia, presión arterial alta o diabetes.
 - Miembros embarazadas con diagnóstico de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
 - Miembros embarazadas con un parto prematuro anterior, como se identifica en el informe de riesgo perinatal.
- Miembros con casos catastróficos de alto costo o con un gran uso de los servicios, como muchas visitas a la sala de emergencias (ER) o al hospital.
- Miembros con enfermedades mentales y diagnósticos de trastornos por consumo de sustancias coexistentes.

También puede hacer que un especialista le brinde atención médica si tiene necesidades especiales de atención médica. Si tiene necesidades especiales de atención médica y necesita que alguien lo ayude, llámenos al número gratuito en su tarjeta de identificación para obtener más información.

Administración de la utilización

¿Qué es la Administración de utilización (UM) y qué hace por usted?

El propósito del programa de administración de utilización es coordinar la prestación de la mejor atención posible a los miembros y administrar el uso de los recursos de atención médica para garantizar un sistema de prestación de atención médica física eficaz y eficiente. El programa está diseñado para garantizar que la atención prestada sea adecuada, médicamente necesaria y se ajuste a las mejores y más precisas prácticas clínicas.

Revisión previa al servicio

La autorización previa es una decisión de su aseguradora o plan de salud de que un servicio de atención sanitaria (por ejemplo, terapia, salud en el hogar, enfermería privada, cirugía, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero) que usted o su proveedor han solicitado es médicamente necesario. Esta decisión, a veces denominada autorización previa, aprobación previa o certificación previa, se debe obtener antes de recibir el servicio solicitado. La preautorización no es garantía de pago ni de que los servicios estarán cubiertos. Su proveedor presentará solicitudes de preautorización en su nombre.

Una solicitud de preautorización puede ser acelerada (urgente) o estándar. Una solicitud acelerada (urgente) es una solicitud de atención o servicios médicos en los que el plazo para tomar la determinación podría poner en grave peligro la vida, la salud o la seguridad del miembro o de otras personas. Las condiciones podrían incluir el estado psicológico del miembro, o en la opinión de un profesional con conocimiento de la afección médica o de salud conductual del miembro, sometería al miembro a consecuencias de salud adversas sin la atención o el tratamiento que es objeto de la solicitud.

Las solicitudes aceleradas se procesan dentro de las 72 horas después de recibir la solicitud, y las solicitudes estándar se procesan dentro de los tres días hábiles. Se le envía una notificación por escrito a usted y a su médico.

Revisión concurrente urgente

Una revisión concurrente es una solicitud de cobertura de atención o servicios médicos realizada mientras usted está recibiendo dicha atención o servicios, incluso si PCHP no aprobó la atención previamente. Todas las solicitudes concurrentes se consideran urgentes. Su médico presentará la solicitud de preautorización en su nombre. Se le envía una notificación por escrito a usted y a su médico.

Revisión posterior al servicio

Su médico es responsable de solicitar autorizaciones para los servicios antes de que estos se presten. Una revisión posterior al servicio, también conocida como revisión retrospectiva, se produce a pedido, con una determinación emitida dentro de los 30 días posteriores a la solicitud y supeditada a la recepción de toda la documentación necesaria para tomar la determinación.

Cómo presentar una apelación

Tiene derecho a solicitar una apelación si no está satisfecho o no está de acuerdo con la determinación adversa de beneficios. PCHP le informará por escrito si no aprobamos la solicitud. También, le diremos cómo iniciar el proceso de apelación o reclamo y obtendrá una respuesta oportuna. Una apelación es el proceso mediante el cual usted o una persona autorizada para actuar en su nombre, incluido su médico, solicita una revisión de la determinación adversa de beneficios. Puede ser verbal o escrita. Usted o su médico pueden enviar cualquier información médica adicional que respalde la razón de su desacuerdo con la decisión. Puede llamarnos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y solicitar una apelación. El representante de Servicios para Miembros anotará la información y se la enviará para que la revise.

Presente sus recursos y toda la documentación justificativa como se indica a continuación:

Llame a: PCHP: 1-888-672-2277

Fax: 1-844-310-1823

Correo postal: Parkland Community Health Plan

Attn: Complaint and Appeals Team

PO Box 560347

Dallas, TX 75356

Correo electrónico: PCHPComplaintsandAppeals@phhs.org

Para obtener más información, consulte el Manual para miembros o comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-672-2277.



Programas adicionales de atención médica

Programa de atención primaria de salud del DSHS

El Programa de atención primaria de salud del DSHS atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden acceder a la misma atención a través de un seguro u otros programas. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos de una persona no deben exceder los límites de ingreso del programa (200% del nivel federal de pobreza). Es posible que una persona que tenga aprobación para recibir los servicios deba abonar un copago, pero los servicios no se rechazan para nadie por falta de dinero.

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

- Diagnóstico y tratamiento.
- Servicios de emergencia.
- Planificación familiar
- Servicios de salud preventivos, que incluyen vacunas (inyecciones) y educación para la salud, así como pruebas de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico apropiados.

Los servicios secundarios que se pueden brindar son los de nutrición, examen médico de detección, atención médica en casa, atención dental, transporte a las citas médicas, medicamentos indicados por el médico (medicamentos recetados), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento para pies dañados (servicios de podología) y servicios sociales.

Podrá solicitar los servicios de Atención Primaria de Salud en determinadas clínicas de su área. Para encontrar una clínica donde pueda presentar una solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en **<http://txclinics.com/>**.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de atención primaria de la salud, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

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

Teléfono: **512-776-7796**

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

Programa de atención primaria de salud ampliado del DSHS

El Programa de atención primaria de salud ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección a mujeres de 18 años o más cuyos ingresos no exceden los límites del ingreso del programa (200% del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de extensión se brindan a través de clínicas comunitarias contratadas por el DSHS. Los trabajadores comunitarios de salud ayudarán a garantizar que las mujeres obtengan los servicios preventivos y de detección que necesitan. Algunas clínicas pueden ofrecer ayuda con la lactancia.

Puede solicitar estos servicios en determinadas clínicas de su área. Para encontrar una clínica donde pueda presentar una solicitud, vaya al buscador de clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del DSHS en <http://txclinics.com/>.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de atención primaria de salud ampliado del DSHS, visite el sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: **www.dshs.state.tx.us/ephc/Expanded-Primary-Health-Care.aspx**

Teléfono: **512-776-7796**

Fax: **512-776-7203**

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

Programa de planificación familiar del DSHS

El Programa de planificación familiar tiene clínicas en todo el estado que brindan métodos anticonceptivos de calidad, económicos y fáciles de usar para mujeres y hombres.

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

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de planificación familiar, visite el sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

Sitio web: **www.dshs.state.tx.us/famplan**

Teléfono: **512-776-7796**

Fax: **512-776-7203**

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

Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW)

¿Qué es la Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW)?

El CPW es un programa de Medicaid que ofrece servicios de administración de casos relacionados con la salud a mujeres embarazadas de alto riesgo y a niños desde el nacimiento hasta los 20 años de edad con una afección/riesgo para la salud.

Administración de casos para niños y mujeres embarazadas

¿Necesita ayuda para encontrar y obtener servicios? Es posible que pueda conseguir que un administrador de casos lo ayude.

¿Quién puede conseguir un administrador de casos?

Niños, adolescentes, adultos jóvenes (desde el nacimiento hasta los 20 años) y mujeres embarazadas que reciben Medicaid y:

- Tienen problemas de salud. O bien:
- Tienen un alto riesgo de tener problemas de salud.

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos lo visitará y luego:

- Descubrirá qué servicios necesita.
- Encontrará servicios cerca de donde usted vive.
- Le enseñará cómo buscar y obtener otros servicios.
- Se asegurará de que usted consiga los servicios que necesita.

¿Qué tipo de ayuda puedo recibir?

Los administradores de casos pueden ayudarlo a:

- Obtener servicios médicos y dentales.
- Obtener suministros o equipos médicos.
- Trabajar en temas escolares o educativos.
- Trabajar en otros problemas.

¿Cómo puedo conseguir un administrador de casos?

Comuníquese con PCHP para obtener más información o llame a Pasos Sanos de Texas al **1-877-847-8377** (sin costo), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

- Administración de casos de PCHP: 1-888-672-2277
- Sitio web de PCHP: www.parklandhealthplan.com

Healthy Texas Women Program

El Programa de Healthy Texas Women ofrece exámenes de planificación familiar, exámenes de detección de salud relacionados y control de la natalidad para mujeres de 18 a 44 años cuyos ingresos familiares no exceden los límites de ingreso del programa (198% del nivel federal de pobreza). Debe enviar una solicitud para averiguar si puede obtener servicios a través de este programa.

Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través del Programa de Healthy Texas Women, escriba, llame o visite el sitio web del programa:

Programa de Healthy Texas Women
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: **1-800-335-8957**
Sitio web: **www.texaswomenshealth.org/**
Fax (gratuito): **1-866-993-9971**

Intervención temprana en la infancia (ECI)

¿Qué es ECI?

ECI brinda servicios a niños de 0 a 3 años cuyo desarrollo está retrasado. Algunos de los servicios para niños son exámenes de detección, fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y del lenguaje, y actividades para ayudar a los niños a aprender mejor.

¿Mi hijo necesita una remisión para esto?

No se necesita remisión, pero, si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al **1-888-672-2277**.

¿Dónde encuentro a un proveedor de ECI?

Para obtener información sobre los servicios de ECI y otros recursos, puede llamarnos al **1-888-672-2277**. También puede buscar en línea un programa cercano de ECI. Diríjase a <https://citysearch.hhsc.state.tx.us/>.

Chequeos de Pasos Sanos de Texas

¿Qué es Pasos Sanos de Texas? ¿Qué servicios ofrece 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.

Pasos Sanos de Texas le brinda a su hijo:

- Chequeos médicos regulares gratuitos desde el nacimiento.
- Chequeos dentales gratuitos a partir de los 6 meses de edad.
- Un administrador de casos que puede averiguar qué servicios necesita su hijo y dónde obtenerlos.

Chequeos de Pasos Sanos de Texas:

- Detecta los problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- Previene los problemas de salud que hacen más difícil que los niños aprendan y crezcan como otros de su edad.
- Ayuda a su hijo a tener una sonrisa saludable.

¿Cómo y cuándo obtengo los chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas para mi hijo?

Cuándo programar un chequeo:

- Recibirá una carta de Pasos Sanos de Texas que le informará cuándo es el momento de un chequeo. Llame al médico o al dentista de su hijo para programar el chequeo.
- Programe el chequeo a la hora que sea más conveniente para su familia.

Si el médico o el dentista detecta un problema de salud durante un chequeo, su hijo puede recibir la atención que necesita, como:

- Exámenes para la vista y anteojos
- Exámenes para la audición y audífonos
- Atención dental
- Otra atención médica
- Tratamiento para otras afecciones médicas

Llame a PCHP al 1-888-672-2277 o a Pasos Sanos de Texas al **1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS)** (sin costo) en los siguientes casos:

- Necesita ayuda para encontrar un médico o dentista.
- Necesita ayuda para programar un chequeo.

- Tiene preguntas sobre los chequeos o sobre Pasos Sanos de Texas.
- Necesita ayuda para encontrar y conseguir otros servicios.

Si no puede llevar a su hijo al chequeo, es posible que Medicaid pueda ayudarlo. Los niños con Medicaid y sus padres pueden obtener transporte gratuito desde el médico, dentista, hospital o farmacia, o hacia estos lugares. Comuníquese con PCHP para obtener más información.

¿Por qué es importante que mi hijo reciba el chequeo de Pasos Sanos de Texas en un plazo de 90 días?

Como miembro nuevo de PCHP, es importante que su hijo vea a un proveedor dentro de los primeros 90 días posteriores a la inscripción con nosotros para un chequeo de Pasos Sanos de Texas. Para evitar problemas de salud para sus niños, adolescentes y adultos jóvenes, asegúrese de que se realicen los chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas.

¿Mi médico tiene que pertenecer a la red de PCHP?

Los miembros pueden acudir a cualquier proveedor de Pasos Sanos de Texas. No es necesario que el proveedor de Pasos Sanos de Texas sea parte de la red de PCHP. Este puede ser su proveedor de atención primaria. Si va a un proveedor de Pasos Sanos de Texas que no es su proveedor de atención primaria, pídale que le envíe una copia de los resultados de su chequeo a su proveedor de atención primaria.

¿Debo tener una remisión?

No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria para hacerse los chequeos médicos o dentales de Pasos Sanos de Texas.

¿Qué sucede si necesito cancelar una cita?

Si necesita cancelar o cambiar la cita para un chequeo de Pasos Sanos de Texas, llame a su proveedor de Pasos Sanos de Texas lo antes posible.

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

Es importante programar el chequeo de su hijo antes de irse de la ciudad. Si se encuentra fuera de la ciudad cuando su hijo debe realizarse el chequeo de Pasos Sanos de Texas, programe una cita con un proveedor de Pasos Sanos de Texas tan pronto como llegue a casa. Si se ha mudado, llame a PCHP al número gratuito en su tarjeta de identificación para obtener el nombre de un proveedor de Pasos Sanos de Texas cerca de donde vive.

¿Y si soy trabajador agrícola migrante?

Un trabajador agrícola migrante es una persona que trabaja en granjas o campos o como empacador de alimentos durante ciertas épocas del año. Los trabajadores agrícolas migrantes se trasladan a diferentes lugares para seguir los cultivos.

Puede hacerse su chequeo antes, si se va del área. Contamos con servicios especiales de Medicaid para los hijos de los trabajadores agrícolas migrantes. Llame a Servicios para Miembros de PCHP al 1-888-672-2277 si tiene preguntas o necesita más información.

Si nos llama y nos dice que es un trabajador agrícola migrante:

- Lo ayudaremos a encontrar médicos y clínicas, y a programar citas para sus hijos.
- Le informaremos a los médicos que deben atender a sus hijos rápidamente porque es posible que usted tenga que abandonar el área para ir al próximo trabajo agrícola.

¿Por qué es necesario que mi plan médico esté al tanto de que soy un trabajador agrícola migrante?

Queremos asegurarnos de que reciba la atención que necesita a tiempo. Si viaja haciendo un trabajo de temporada, queremos ayudarlo a planificar los chequeos y otros servicios que podrían ser necesarios durante su ausencia.

¿Cómo puede ayudar su plan médico?

Si es un trabajador agrícola migrante, puede llamarnos al 1-888-672-2277. Podemos ayudarlo a averiguar si debe realizarse un chequeo durante el tiempo que estará viviendo fuera del área. Lo ayudaremos a hacer un plan para recibir servicios antes de que se vaya.

Programa de traslado médico no urgente (NEMT)

MTM Health

¿Qué es MTM Health?

Los servicios de NEMT proporcionan transporte no urgente para que los miembros que no tienen otras opciones de transporte asistan a las citas de atención médica. Estos viajes incluyen transporte hacia el médico, el dentista, el hospital, la farmacia y otros lugares donde recibe los servicios de Medicaid. Estos traslados NO incluyen los traslados en ambulancia.

¿Qué servicios forman parte de MTM Health?

- Pases o boletos para transporte como transporte público dentro de las ciudades o los estados, y entre ellos, incluso en tren o autobús.
- Servicios de transporte de aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, que es el transporte de puerta a puerta en autobuses privados, camionetas o automóviles sedán, incluidos los vehículos con acceso para sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso de millas para un participante de transporte individual (ITP) por un viaje completo verificado a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una parte responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si usted 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 para el miembro y de \$25 por día para un asistente autorizado.
- Si usted tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo del alojamiento asociado con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los

servicios de alojamiento se limitan a la estadía de una noche y no incluyen las comodidades utilizadas durante su estadía, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.

- Si usted tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos para un viaje por adelantado para cubrir servicios de NEMT autorizados.

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

Los niños de 14 años o menos 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 alguno de estos en el archivo para viajar solos. No se requiere el consentimiento de los padres si el servicio de atención médica es de naturaleza confidencial.

¿Cómo obtengo un viaje?

Su plan médico le proporcionará información sobre cómo solicitar los servicios de MTM Health. Debe solicitar los servicios de NEMT lo antes posible y al menos dos días hábiles antes de que necesite los servicios de NEMT. En determinadas circunstancias, puede solicitar el servicio de NEMT con menos tiempo de aviso. Estas circunstancias incluyen la recogida tras el alta hospitalaria; los traslados a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y los traslados por afecciones urgentes. Una afección urgente es una afección de salud que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de las 24 horas.

Si se cancela su cita médica, debe notificar a su plan médico antes del viaje aprobado y programado.

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

Puede llamar a MTM Health al 1-833-931-3844 para programar un traslado a su cita médica.

Servicios dentales

¿Qué servicios dentales para niños cubre PCHP?

PCHP cubre los servicios dentales de emergencia en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio, que incluyen, entre otros, el pago de lo siguiente:

- Tratamiento de la mandíbula dislocada
- Tratamiento por daño traumático a dientes y estructuras de soporte
- Eliminación de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o gingival.

PCHP cubre el hospital, el médico y los servicios médicos relacionados con las afecciones anteriores. Esto incluye los servicios que brinda el médico y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

PCHP también es responsable de pagar el tratamiento y los dispositivos para las anomalías craneofaciales.

El plan dental de Medicaid de su hijo brinda todos los demás servicios dentales, incluidos los que ayudan a prevenir las caries y los que solucionan los problemas dentales. Llame al plan dental de Medicaid de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que se ofrecen.

Servicios para la vista

¿Cómo obtengo servicios de atención para la vista?

Avesis Vision ofrecerá servicios para la vista como exámenes y anteojos. Avesis Vision lo ayudará a recibir la atención y los servicios que necesita, mientras coordina con PCHP. Si necesita servicios de visión, llame a Avesis Vision al **1-866-678-7113**.

Para exámenes de la vista de rutina, puede consultar a un oculista sin una remisión de su proveedor de atención primaria. Puede elegir a un oculista cercano. Los servicios para la vista son diferentes para adultos y niños.

Los niños, adolescentes y adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años, pueden hacerse un examen de la vista y obtener anteojos recetados una vez cada período de 12 meses. Es posible que pueda obtener más servicios si tiene un cambio en la vista. Es posible que pueda obtener más servicios si el proveedor de atención primaria, maestro o enfermero de la escuela de su hijo los solicita por escrito. Si tiene 21 años o más, puede hacerse un examen de la vista una vez cada 24 meses.



Reclamos y apelaciones

Cómo presentar un reclamo

¿Qué debo hacer si tengo un reclamo? ¿A quién llamo para que me ayude a presentar un reclamo?

Queremos ayudar. Si tiene un reclamo, llámenos sin cargo al **1-888-672-2277** para informarnos sobre su problema. Un defensor de Servicios para Miembros de PCHP puede ayudarlo a presentar un reclamo. Solo llame al **1-888-672-2277**. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o, como máximo, en unos pocos días.

¿Puede ayudarme alguien de PCHP a presentar un reclamo?

Nuestro representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar un reclamo. También puede enviar un reclamo por escrito a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Complaints and Appeals Department
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356
1-888-672-2277

¿Cuánto tiempo llevará tramitar el reclamo?

El reclamo se tramitará en los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha en que PCHP lo reciba. Podría tardar menos de 30 días. Recibirá una carta que le informará cómo se resolvió el reclamo. Esta carta explicará el proceso completo de reclamo y apelación. También le informará sobre sus derechos de apelación.

¿Tengo derecho a reunirme con un comité de apelación de reclamos?

Si no está satisfecho con la decisión del reclamo, tiene derecho a solicitar una apelación del reclamo. En los cinco (5) días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación del reclamo, le enviaremos una carta para informarle que nos llegó esta apelación. El Comité de Apelación de Reclamos revisará la información que envió y analizará su caso o el de su hijo. No es un tribunal de justicia. Tiene el derecho de comparecer ante el Comité de Apelación de Reclamos en persona en un lugar determinado para hablar sobre la apelación escrita del reclamo que nos envió. Cuando tomemos la decisión sobre la apelación del reclamo, le enviaremos una respuesta por escrito en los treinta (30) días posteriores a la recepción de la apelación del reclamo.

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar un reclamo?

No hay un límite de tiempo para la presentación de un reclamo. Cuando recibamos su reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días para informarle que este nos llegó. Le enviaremos otra carta con los resultados en los treinta (30) días siguientes de la fecha en que recibimos el reclamo.

¿Cuándo puedo presentar un reclamo ante la HHSC?

Una vez que ha realizado el proceso de reclamo de PCHP, puede reclamar ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al número gratuito 1-866-566-8989.

Si desea presentar su reclamo por escrito, envíelo a la siguiente dirección:

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

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su reclamo en:
hhs.texas.gov/managed-care-help.

Cómo presentar una apelación

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento cubiertos para mí, pero PCHP lo deniega o lo limita?

PCHP le enviará una carta sobre una determinación adversa de beneficios para un servicio cubierto que solicita su médico. Una determinación adversa de beneficios es la denegación o la autorización limitada de un servicio solicitado. Incluye:

- La denegación total o parcial del pago del servicio.
- La denegación de un tipo o nivel de servicio.
- La reducción, suspensión o finalización de un servicio previamente autorizado.

Tiene derecho a solicitar una apelación si no está satisfecho o no está de acuerdo con la determinación adversa de beneficios. Una apelación es el proceso mediante el cual usted o una persona autorizada para actuar en su nombre, incluido su médico, solicita una revisión de la determinación adversa de beneficios. Usted o su médico pueden enviar cualquier información médica adicional que respalde la razón de su desacuerdo con la decisión. Puede llamarnos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y solicitar una apelación. El representante de Servicios para Miembros anotará la información y se la enviará para que la revise. Se puede enviar una apelación por escrito a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356

¿Cómo sabré si se deniegan los servicios?

Si se deniegan los servicios, usted y su médico recibirán una carta en la que se informará el motivo de la denegación. En la carta, se explicará cómo presentar una apelación y cómo solicitar una audiencia imparcial del estado con o sin revisión médica externa.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

La solicitud de apelación debe presentarse en los sesenta (60) días posteriores a la fecha del aviso de la determinación adversa de beneficios. Para garantizar la continuidad de los servicios actualmente autorizados, debe presentar la apelación

1. 10 días después del envío por correo de PCHP del aviso de la acción; o
2. El día en que la carta del plan médico le indica que su servicio se reducirá o finalizará.

El plazo para la resolución de la apelación dependerá de los servicios que se hayan denegado. Si está en el hospital o la demora en la resolución perjudicará su vida, salud o capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la funcionalidad máxima, puede llamar y solicitar una apelación acelerada. El proceso de apelación acelerada se explica a continuación.

Su solicitud de apelación puede ser verbal o escrita. Si la apelación se recibe verbalmente, el representante de Servicios para Miembros anotará la información y se la enviará para que la revise. Deberá volver a enviar el formulario a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356

La resolución de la apelación se puede extender hasta catorce (14) días calendario después de la apelación si solicita más tiempo o si PCHP puede demostrar que necesitamos más información. Solo podemos hacer esto si tener más tiempo lo ayudará. Le enviaremos una carta informándole por qué le pedimos más tiempo.

Para una apelación estándar, le enviaremos una carta en los cinco (5) días posteriores a la recepción de la solicitud de apelación. Esta carta le informa que nos llegó la solicitud. PCHP le enviará toda la información que tengamos a un médico que no haya participado en la toma de la primera decisión. Recibirá una respuesta por escrito sobre su apelación en los treinta (30) días posteriores a que nos la envíe.

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado con o sin revisión médica externa a más tardar 120 días después de la fecha de la notificación de la decisión de la apelación de Parkland Community Health Plan (PCHP).

Usted tiene la opción de solicitar solo una revisión de la audiencia imparcial del estado a más tardar 120 días después de la notificación de la primera decisión de apelación de PCHP.

Solo se puede solicitar una audiencia imparcial del estado con o sin revisión médica externa una vez que se haya completado el proceso de apelación de PCHP.

¿Cuándo y de qué manera tengo derecho a solicitar una apelación?

Si no está de acuerdo con la decisión tomada por PCHP sobre un beneficio o servicio, incluidos los servicios y entornos alternativos, puede solicitar una apelación a PCHP. Esto incluye la denegación del pago total o parcial de los servicios, o su reducción, suspensión o finalización. No tiene derecho a solicitar una apelación si los servicios que solicitó no están cubiertos por Medicaid, a menos que se trate de una decisión tomada, en su totalidad o en parte, con respecto a los servicios y entornos alternativos. No tiene derecho a solicitar una apelación si se realiza un cambio en la ley estatal o federal, que afecta a algunos o a todos los beneficiarios de Medicaid.

¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?

La solicitud no tiene que ser por escrito. Puede solicitar una apelación a través de Servicios para Miembros al 1-888-672-2277. Escribiremos lo que nos diga y se lo enviaremos para que lo revise. Cada apelación verbal se debe confirmar mediante un formulario de apelación por escrito firmado por el miembro o su representante, a menos que se solicite una apelación acelerada.

¿Puede ayudarme alguien de PCHP a presentar una apelación?

Puede obtener ayuda para presentar una apelación llamándonos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o escribiendo a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356

Proceso de apelación acelerada

¿Qué es una apelación de emergencia (acelerada)?

Una apelación de emergencia (acelerada) se da cuando el plan médico tiene que tomar una decisión rápidamente en función de su afección de salud y porque tomarse el tiempo para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo solicito una apelación de emergencia (acelerada)?

Puede solicitar una apelación acelerada llamándonos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o escribiendo a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356

¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?

La solicitud no tiene que ser por escrito. Puede solicitar una apelación acelerada llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros.

¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia (acelerada)?

El plazo para la resolución se basará en su afección, procedimiento o tratamiento de emergencia médica. PCHP le informará la decisión final de la apelación de emergencia (acelerada) por escrito en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas.

¿Qué sucede si PCHP deniega la solicitud de apelación de emergencia (acelerada)?

Si solicita una apelación de emergencia (acelerada) que no implique una afección, un procedimiento o un tratamiento de emergencia o una hospitalización en curso, se le informará que la apelación no puede acelerarse. Se enviará un aviso por escrito de la denegación dentro de los dos días posteriores a la recepción del pedido. Continuaremos trabajando en la apelación en el plazo estándar y le responderemos dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la apelación.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia (acelerada)?

Puede solicitar una apelación llamándonos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o escribiendo a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356

Revisión médica externa

¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?

Si un miembro, como miembro del plan médico, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan médico, el miembro tiene derecho a solicitar una revisión médica externa. Una revisión médica externa es un paso adicional y opcional que el miembro puede dar para que se revise el caso antes de que se produzca la audiencia imparcial del estado. El miembro puede nombrar a alguien que le represente si se comunica con el plan médico y da el nombre de la persona que el miembro quiere que le represente. Un proveedor puede ser el representante del miembro.

El miembro o su representante deben solicitar la revisión médica externa en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que el plan médico envía la carta con la decisión de la apelación interna. Si el miembro no solicita la revisión médica externa en un plazo de 120 días, puede perder su derecho a una revisión médica externa. Para solicitar una revisión médica externa, el miembro o su representante pueden:

- Llenar el “Formulario de solicitud de audiencia imparcial del estado y revisión médica externa” que se proporciona como anexo a la carta de notificación del miembro sobre la decisión de la apelación interna de la MCO y enviarlo por correo o por fax a PCHP con la dirección o el número de fax que aparecen en la parte superior del formulario.
- Llamar a PCHP al 1-888-672-2277.
- Enviar un correo electrónico a PCHP a PCHPComplaintsandAppeals@phhs.org

Si el miembro solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la decisión de apelación del plan médico, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio denegado, incluidos los servicios y entornos alternativos, siempre que se trate de servicios previamente autorizados, al menos hasta que se emita la decisión final de la audiencia imparcial del estado. Si el miembro no solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días a partir del momento en que recibe la decisión de la apelación del plan médico, el servicio que el plan médico denegó se suspenderá.

El miembro puede retirar su solicitud de revisión médica externa antes de que se asigne a una Organización de Revisión Independiente o mientras la Organización de Revisión Independiente revisa la solicitud de revisión médica externa del miembro. Una Organización de Revisión Independiente es una organización de terceros contratada por la 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. Una revisión médica externa no se puede retirar si una Organización de Revisión Independiente ya ha completado la revisión y ha tomado una decisión.

Una vez recibida la decisión de la revisión médica externa, el miembro tiene derecho a retirar la solicitud de audiencia imparcial del estado. El miembro puede retirar una solicitud de audiencia imparcial del estado de manera verbal o por escrito contactando al oficial de audiencias que se menciona en el Formulario 4803, Aviso de audiencia.

Si el miembro continúa con una audiencia imparcial del estado y la decisión de esta es diferente de la decisión de la Organización de Revisión Independiente, es la decisión de la audiencia imparcial del estado la que es definitiva. La decisión de la audiencia imparcial del estado solo puede mantener o aumentar los beneficios del miembro a partir de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de urgencia?

Si cree que la espera de una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, usted, sus padres o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial del estado de emergencia por escrito o llamando a PCHP. Para calificar para una revisión médica externa de emergencia y una revisión de audiencia imparcial del estado de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interno de PCHP.

Audiencia imparcial del estado

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial del estado?

Si usted, como miembro del plan médico, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan médico, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado. Puede nombrar a alguien para que lo represente mediante una carta al plan médico con el nombre de la persona que desea que lo represente. Un proveedor puede ser su representante.

Si quiere impugnar una decisión tomada por su plan médico, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial del estado dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta del plan médico con la decisión de apelación interna. Si no solicita la audiencia imparcial del estado en un plazo de 120 días, puede perder su derecho a una audiencia imparcial del estado.

Para solicitar una audiencia imparcial del estado, usted o su representante deben llamar al **1-888-672-2277** o enviar una carta al plan médico:

Parkland Community Health Plan
Attention: Complaints and Appeals Department
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356

Tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico haya denegado o reducido, incluidos los servicios y entornos alternativos, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia si solicita una audiencia imparcial a más tardar:

1. 10 días calendario siguientes a la fecha de la carta de decisión de la apelación interna del plan médico; o
2. el día en que la carta de decisión de la apelación interna del plan médico dice que su servicio se reducirá o terminará.

Si no solicita una audiencia imparcial del estado antes de esta fecha, el servicio que el plan médico denegó se suspenderá.

Si solicita una audiencia imparcial del estado, recibirá un paquete de información que le permitirá conocer la fecha, la hora y el lugar de esta audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales del estado se realizan por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden explicar por qué usted necesita el servicio que el plan médico denegó.

La HHSC le informará sobre la decisión final en un plazo de 90 días a partir de la fecha en la que pidió la audiencia.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial del estado de emergencia?

Si cree que la espera de una audiencia imparcial del estado pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial del estado de emergencia por escrito o llamando a PCHP. Para calificar para una audiencia imparcial del estado de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interno de PCHP.



Información legal y reglamentaria

Derechos y responsabilidades de los miembros

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos del miembro:

1. Tiene derecho al respeto, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación. Eso incluye el derecho a:
 - a. Recibir un trato justo y respetuoso.
 - b. Saber que su historia clínica y las conversaciones con sus proveedores serán privadas y confidenciales.
2. Tiene derecho a tener una oportunidad razonable de elegir un plan de atención médica y un proveedor de atención primaria. Este es el médico o proveedor de atención médica con quien consultará la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Tiene derecho a cambiarse a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Eso incluye el derecho a:
 - a. Recibir información sobre cómo elegir y cambiar su plan médico y proveedor de atención primaria.
 - b. Elegir cualquier plan médico que desee que esté disponible en su área, y elegir su proveedor de atención primaria de ese plan.
 - c. Cambiar su proveedor de atención primaria.
 - d. Cambiar su plan médico sin penalización.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar su plan médico o proveedor de atención primaria.
3. Tiene derecho a hacer preguntas y obtener respuestas sobre todo lo que no comprenda. Eso incluye el derecho a:
 - a. Pedirle a su proveedor que le explique sus necesidades de atención médica y le comente las diferentes formas en las que se pueden tratar sus problemas de atención médica.
 - b. Recibir una explicación sobre la razón de la denegación y la no prestación de la atención o los servicios.
 - c. Recibir información sobre su salud, plan, servicios y proveedores.
 - d. Que le informen de sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento y participar activamente en las decisiones de este. Eso incluye el derecho a:
 - a. Trabajar como parte de un equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar la atención recomendada por su proveedor.
5. Si su organización de atención médica administrada (MCO) ofrece servicios y entornos alternativos, usted tiene derecho a lo siguiente:
 - a. Recibir información sobre los servicios y entornos alternativos a los que puede acceder y cómo solicitarlos.
 - b. Recibir una explicación sobre el motivo de la reducción o denegación del acceso a los servicios y entornos alternativos.

- c. Optar por no recibir servicios y entornos alternativos en lugar de otros servicios cubiertos.
- 6. Usted tiene derecho a utilizar todos los procesos de reclamo y apelación disponibles a través de su plan médico y de Medicaid, así como a recibir una respuesta oportuna a los reclamos, las apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales del estado. Eso incluye el derecho a:
 - a. Presentar un reclamo a su plan médico o al programa estatal de Medicaid sobre su atención médica, su proveedor o su plan médico.
 - b. Obtener una respuesta oportuna al reclamo.
 - c. Utilizar el proceso de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Solicite una Revisión Médica Externa y una audiencia imparcial del estado al programa estatal de Medicaid y obtenga información sobre cómo funciona ese proceso.
 - e. Solicite una audiencia imparcial del estado y una Revisión Médica Externa al programa estatal de Medicaid y obtenga información sobre cómo funciona ese proceso.
- 7. Tiene derecho a obtener un acceso a tiempo a la atención sin obstáculos en la comunicación o en el acceso físico. Eso incluye el derecho a lo siguiente:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgencia que necesite.
 - b. Obtener atención médica a tiempo.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto incluye un acceso sin obstáculos para personas con discapacidades u otras afecciones que limitan la movilidad, de acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.
 - d. Tener intérpretes, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y cuando hable con su plan médico. Los intérpretes son personas que pueden hablar en su idioma nativo, ayudar a alguien con una discapacidad o ayudarlo a comprender la información.
 - e. Recibir información que pueda comprender sobre las reglas del plan médico, incluidos los servicios de atención médica a los que puede acceder y cómo obtenerlos.
- 8. Tiene derecho a que no lo limiten ni aísen para la conveniencia de otra persona, para forzarlo a hacer algo que no desea o para castigarlo.
- 9. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otras personas que lo atienden pueden asesorarlo sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan médico no puede evitar que le brinden esta información, incluso si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.
- 10. Tiene derecho a saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros no pueden exigirle que pague copagos ni ningún otro monto por los servicios cubiertos.
- 11. Tiene derecho a hacer recomendaciones a los derechos y responsabilidades de los miembros de su plan médico.

Responsabilidades de los miembros:

1. Debe aprender y comprender cada uno de los derechos que tiene en el programa Medicaid. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Conocer y comprender los derechos que tiene con el programa Medicaid.
 - b. Hacer preguntas si no comprende sus derechos.
 - c. Conocer las opciones de los planes médicos disponibles en su área.
2. Debe cumplir con las políticas y los procedimientos del plan médico y de Medicaid. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Conocer y seguir las reglas de su plan médico y las de Medicaid.
 - b. Elegir su plan médico y un proveedor de atención primaria rápidamente.
 - c. Realizar cualquier cambio en su plan médico y proveedor de atención primaria en las formas establecidas por Medicaid y por el plan médico.
 - d. Asistir a todas las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre comunicarse primero con su proveedor de atención primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Asegurarse de tener la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de acudir a un especialista.
 - h. Comprender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Debe compartir información sobre su salud con su proveedor de atención primaria y conocer las opciones de servicio y tratamiento. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Informarle al proveedor de atención primaria sobre su salud.
 - b. Hablar con los proveedores sobre sus necesidades de atención médica y hacer preguntas sobre las diferentes formas en las que se pueden tratar sus problemas de atención médica.
 - c. Ayudar a sus proveedores a obtener la historia clínica.
4. Debe participar en las decisiones relacionadas con las opciones de servicio y tratamiento, tomar decisiones personales y tomar medidas para mantenerse saludable. Esto incluye las siguientes responsabilidades:
 - a. Trabajar como un equipo junto a su proveedor para decidir qué atención médica es mejor para usted.
 - b. Comprender cómo sus acciones pueden afectar su salud.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor sobre todos los medicamentos.

Responsabilidades adicionales del miembro mientras usa MTM Health:

1. Cuando solicite los Servicios NEMT, deberá proporcionar la información solicitada por la persona que organice o verifique su traslado.
2. Debe respetar todas las normas y reglamentos que afectan a sus servicios NEMT.
3. Debe devolver los fondos anticipados no utilizados. Debe presentar una prueba de que ha acudido a su consulta médica antes de recibir los futuros fondos anticipados.
4. No debe abusar o acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras solicita o recibe los servicios de NEMT.

5. No debe perder los billetes de autobús o las fichas y debe devolver los billetes de autobús o las fichas que no utilice. Debe utilizar los billetes o fichas de autobús únicamente para acudir a su consulta médica.
6. Solo debe utilizar los servicios NEMT para ir y volver de sus citas médicas.
7. Si ha concertado un servicio NEMT pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse con la persona que le ayudó a concertar el traslado lo antes posible.

Si cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame sin cargo al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al **1-800-368-1019**. También puede obtener información sobre la Oficina de Derechos Civiles de HHS en línea en **www.hhs.gov/ocr**.

Aviso de privacidad de Parkland Community Health Plan

Este aviso detalla cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Léalo con detenimiento.

Este aviso entró en vigencia el 16 de septiembre de 2013.

¿A qué nos referimos cuando usamos las palabras “información médica”?

Usamos las palabras “información médica” cuando nos referimos a la información que lo identifica. Los ejemplos incluyen lo siguiente:

- Nombre.
- Fecha de nacimiento.
- Atención médica que recibió.
- Montos pagados por su atención.

Cómo usamos y compartimos su información médica:

Nos ayuda a cuidar de usted: podemos utilizar su información médica para ayudar con su atención médica. También la usamos para decidir qué servicios cubren sus beneficios. Le podemos informar sobre los servicios que puede obtener. Pueden ser controles o pruebas médicas. También podemos recordarle las citas. Podemos compartir su información médica con otras personas que le brindan atención. Pueden ser médicos o farmacias. Si ya no está en nuestro plan, con su autorización, le daremos la información médica a su nuevo médico.

Familiares y amigos: podemos compartir su información médica con alguien que le brinde ayuda. Pueden brindarle ayuda con su atención o con el pago de esta. Por ejemplo, si tiene un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de estas personas. Si no desea que divulguemos su información médica, llámenos. Si tiene menos de 18 años y no quiere que le demos su información médica a sus padres, llámenos. Podemos ayudar en algunos casos, si lo permite la ley estatal.

Para el pago: podemos darles su información médica a otras personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya la información médica.

También podemos utilizar su información médica para analizar la atención que le brinda su médico. Además, podemos revisar el uso que hace de los servicios médicos.

Operaciones de atención médica: podemos utilizar su información médica para que podamos hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraudes
- Prevención de enfermedades
- Cuestiones legales

Un Coordinador de servicios puede trabajar con su médico. Es posible que le informen sobre programas o lugares que pueden ayudarlo con su problema médico. Cuando nos llame con preguntas, debemos revisar su información médica para darle respuestas.

Intercambio de información con otras empresas

Podemos compartir su información médica con otras empresas. Hacemos esto por las razones explicadas anteriormente. Por ejemplo, es posible que el plan cubra el transporte. Podemos compartir su información médica con ellos para que pueda llegar al consultorio del médico. Les diremos si está en una silla de ruedas motorizada, así envían una camioneta en lugar de un automóvil para que lo recoja. También podemos compartir su información médica por estas razones:

- Seguridad pública: para ayudar en situaciones como el abuso infantil y las amenazas a la salud pública.
- Investigación: para investigadores, luego de que se toman precauciones para proteger su información.
- Socios comerciales: para personas que nos brindan servicios. Prometen mantener su información segura.
- Regulación de la industria: para agencias estatales y federales. Nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Aplicación de la ley: para las personas encargadas de hacer cumplir la ley a nivel federal, estatal y local.
- Acciones legales: para los tribunales por una demanda o una cuestión legal.

Razones por las que necesitaremos su permiso por escrito

Excepto por lo que explicamos anteriormente, le pediremos su permiso antes de usar o compartir su información médica. Por ejemplo, pediremos su permiso en los siguientes casos:

- Por razones de mercadotecnia que no tienen nada que ver con su plan médico.
- Antes de compartir notas de psicoterapia.
- Para la venta de su información médica.
- Por otras razones según lo requiera la ley.

Puede cancelar su permiso en cualquier momento. Para hacerlo, puede escribirnos. No podemos usar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle un seguro médico.

Cuáles son sus derechos

- Usted tiene derecho a consultar su información médica.
 - Puede pedirnos una copia.
 - Puede solicitar sus historias clínicas. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió tratamiento.
- Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información médica.
 - Puede pedirnos que cambiemos su información médica si cree que no es correcta.
 - Si no estamos de acuerdo con el cambio que solicitó, puede pedirnos que presentemos una declaración de desacuerdo por escrito.
- Tiene derecho a tener una lista de las personas o los grupos con los que hemos compartido su información médica.
- Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de forma privada.
 - Si cree que la forma en que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privada, llámenos.
 - Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de una forma más privada.
- Tiene derecho a solicitar atención especial en la forma en la que usamos o compartimos su información médica.
 - Podemos usar o compartir su información médica de las maneras detalladas en este aviso.
 - Puede pedirnos que no usemos ni compartamos su información de estas formas. Esto incluye compartirla con personas relacionadas con su atención médica.
 - No tenemos que estar de acuerdo, pero lo pensaremos cuidadosamente.
- Tiene derecho a saber si su información médica se compartió sin su permiso.
- Le informaremos si hacemos esto en una carta.

Llámenos sin costo al **1-888-672-2277** para:

- Pedirnos que hagamos cualquiera de las cuestiones anteriores.
- pedirnos una copia impresa de este aviso;
- hacernos preguntas sobre el aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si cree que se infringieron sus derechos, escríbanos a:

Parkland Community Health Plan
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Llámenos para obtener la dirección. Si no está satisfecho y se lo informa a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No usaremos el reclamo en su contra.

Protección de su información

Protegemos su información médica con procedimientos específicos, como los siguientes:

- **Administrativos.** Tenemos reglas que nos indican cómo usar su información médica sin importar el formato en el que esté, ya sea, escrito, oral o electrónico.
- **Físicos.** Su información médica está resguardada y se mantiene en áreas seguras. Protegemos los ingresos a nuestras computadoras y nuestros edificios. Esto nos ayuda a controlar los ingresos no autorizados.
- **Técnicos.** El acceso a su información médica está “basado en roles”. Esto permite que solo tengan acceso aquellas personas que lo necesitan para hacer su trabajo y brindarle atención.

Seguimos todas las leyes estatales y federales para la protección de su información médica.

¿Cambiaremos este aviso?

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información médica. Debemos seguir lo que establecemos en este aviso. También tenemos derecho a cambiar este aviso. Si lo modificamos, los cambios se aplican a toda la información que tenemos o que obtendremos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web en www.ParklandHealthPlan.com.

Aviso de no discriminación

Parkland Community Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles.

No discriminamos a las personas y eso significa que no lo excluiríamos ni lo trataremos de manera diferente debido a las siguientes cosas:

Edad	Color	Discapacidad
Nacionalidad	Raza	Sexo o identidad de género

A las personas con discapacidades o que hablan un idioma que no sea inglés les ofrecemos estos servicios sin costo:

- intérpretes de lengua de señas calificados;
- documentación escrita en letra grande, audio, formato electrónico y otros formatos;
- ayuda de intérpretes calificados en el idioma que habla;
- documentación escrita en el idioma que habla.

Para obtener estos servicios, llame al número gratuito de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación:

PCHP Medicaid STAR: 1-888-672-2277

¿Cree que no obtuvo estos servicios o que lo discriminamos por las razones mencionadas anteriormente? Si es así, puede presentar una queja (reclamo) ante: Parkland Community Health Plan, P.O. Box 560347, Dallas, TX 75356, **1-888-672-2277** (TTY **711**), Fax: **1-844-310-1823** o PCHPCComplaintsandAppeals@phhs.org.

¿Necesita ayuda con la presentación? Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.:

Correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Para obtener un formulario de reclamo, visite <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

Denuncia de fraude, malgasto y abuso

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Infórmenos si cree que un médico, dentista, farmacéutico en una farmacia, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está haciendo algo incorrecto. Hacer algo incorrecto podría incluir un malgasto, abuso o fraude, lo cual es ilegal. Por ejemplo, avísenos si cree que alguien hace lo siguiente:

- Está recibiendo pagos por servicios que no se prestaron o no fueron necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre una afección médica para recibir tratamiento médico.
- Está permitiendo que otra persona use su identificación de Medicaid.
- Está usando la identificación de Medicaid de otra persona.
- No está diciendo la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

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

Correo: Parkland Community Health Plan
Attention: SIU Analyst
P.O. Box 560347
Dallas, TX 75356
Teléfono: 1-888-209-3841
Correo electrónico: PCHPSIU@phhs.org

- Llame a la línea de ayuda de la Oficina del Inspector General (OIG) al **1-800-436-6184**.
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us>; debajo del cuadro titulado “I WANT TO” (Quiero), haga clic en “Report Waste, Abuse, and Fraud” (Informar malgasto, abuso y fraude) para llenar el formulario en línea.
- Informe directamente a su plan médico:

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, reúna tanta información como sea posible.

Al informar sobre un proveedor (médico, dentista, terapeuta, etc.), incluya lo siguiente:

- Nombre, dirección y número de teléfono de los proveedores.
- Nombre y dirección del centro (casa de reposo, hospital, agencia de servicios de salud en casa, etc.).
- Número de Medicaid del proveedor y del centro, si los tiene.
- Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
- Nombres y el número de otros testigos que pueden ayudar en la investigación.
- Fechas de los eventos.
- Resumen de lo sucedido.

Al informar sobre alguien que recibe beneficios, incluya:

- El nombre de la persona.
- La fecha de nacimiento, el número de Seguro Social o el número de caso de la persona, si los tiene.
- La ciudad donde vive la persona.
- Detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

Notificación anual

La siguiente información debe estar disponible para los miembros anualmente (requisito de la Ley de Presupuesto Equilibrado). Debería estar a disposición de la siguiente manera:

Como miembro de PCHP, puede solicitar y recibir la siguiente información cada año:

1. Información sobre los proveedores de la red, por lo menos, los médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá nombres, direcciones, números de teléfono e idiomas que hablan (además del inglés) para cada proveedor de la red, además de la identificación de los proveedores que no aceptan nuevos pacientes.
2. Cualquier límite a su libertad de elección entre los proveedores de la red.
3. Sus derechos y responsabilidades.
4. Información sobre los procedimientos de reclamación, apelación, revisión médica externa y audiencia imparcial del estado.
5. Información sobre los servicios alternativos, si los ofrece su MCO, incluida la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios, y la política sobre remisiones.
6. Información sobre los beneficios disponibles en el programa de Medicaid, incluida la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Esto está diseñado para garantizar que comprenda los beneficios a los que tiene derecho.
7. Cómo obtiene los beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
8. Cómo obtiene los beneficios, incluidos los servicios de planificación familiar, los de proveedores fuera de la red y los límites a esos beneficios.
9. Cómo obtiene cobertura de emergencia y fuera del horario de servicio, y los límites a ese tipo de beneficios, que incluyen:

- Lo que compone las condiciones médicas de emergencia, los servicios de emergencia y los servicios de posestabilización.
 - El hecho de que no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para los servicios de atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluidas las instrucciones sobre cómo utilizar el sistema telefónico del 911 o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares donde los proveedores y hospitales brindan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración que establezca que tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otro entorno para recibir atención de emergencia.
 - Las reglas de posestabilización.
10. Las normas sobre remisiones para la atención especializada y para otros beneficios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria.
11. Pautas de práctica de PCHP.

Información del plan de incentivos para médicos

La organización de atención médica administrada (MCO) no puede realizar pagos en un plan de incentivos para médicos si los pagos tienen como fin inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos médicamente necesarios para los miembros. En este momento, PCHP no tiene un plan de incentivos para médicos.

Subrogación

Podemos solicitar el reembolso de los gastos médicos para tratar una lesión o enfermedad causada por otra persona. Esta es una disposición de “derecho de subrogación”. Según nuestro derecho de subrogación, nos reservamos el derecho a recuperar el costo de los beneficios médicos pagados cuando otra parte es (o puede ser) responsable de causarle la enfermedad o lesión. También podemos pedirle que nos devuelva el costo de los gastos médicos si los recibe de otra parte.

Glosario

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

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

Atención de enfermería especializada: servicios de enfermeros con licencia en su propia casa o en una casa de reposo.

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

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

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, generalmente, no requiere pasar la noche.

Atención médica en casa: servicios de atención médica que una persona recibe en una casa.

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

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

Dispositivos y servicios de habilitación: servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Equipo médico duradero (DME): equipo y suministros solicitados por un proveedor de atención médica para un uso diario o prolongado. La cobertura del DME puede incluir equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras de análisis de sangre para diabéticos.

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

Hospitalización: atención en un hospital que requiere una admisión como paciente internado y, generalmente, requiere pasar la noche.

Medicamento necesario: servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

Medicamentos recetados: medicamentos que, por ley, requieren una receta.

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

Plan: un beneficio, como Medicaid, para pagar sus servicios de atención médica.

Preautorización: una decisión de la aseguradora o del plan médicos que establece, antes de que usted lo reciba, que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces, se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa. La preautorización no es una promesa que su plan o seguro médico cubrirá el costo.

Prima: el monto que debe pagarse por el plan o seguro médico.

Proveedor de atención primaria: un médico (M.D.: Doctor en medicina o D.O.: Doctor en medicina osteopática), enfermero con práctica médica, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona o coordina una variedad de servicios de atención médica o ayuda a un paciente a acceder a estos.

Proveedor no participante: un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora ni su plan médicos para brindarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de la aseguradora o plan médicos para obtener servicios de un proveedor no participante, en lugar de un proveedor participante. En pocas ocasiones, por ejemplo, cuando no haya otros proveedores, su aseguradora médica puede contratar el pago de un proveedor no participante.

Proveedor participante: un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan médicos para brindarle servicios cubiertos.

Proveedor: un médico (M.D.: Doctor en medicina o D.O.: Doctor en medicina osteopática), profesional de la atención médica, o centro de atención médica con licencia, certificación o acreditación según lo requiera la ley estatal.

Queja: un reclamo a su aseguradora o plan médicos.

Reclamo: una queja que usted transmite a aseguradora o plan médicos.

Red: las instalaciones, los proveedores y los abastecedores a los que la aseguradora o el plan médicos han contratado para brindar servicios de atención médica.

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

Servicios de emergencia: evaluación de un tratamiento y una afección médica de emergencia para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos: servicios de atención médica que su aseguradora o plan médicos no pagan ni cubren.

Servicios médicos: servicios de atención médica que proporciona o coordina un médico con licencia (M.D.: Doctor en medicina o D.O.: Doctor en medicina osteopática).

Servicios para pacientes terminales: servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o se han deteriorado debido a la enfermedad, herida o discapacidad de una persona.

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



Septiembre 2026