Manual para miembros de STAR Kids (Medicaid) 2026

Áreas de servicio de Dallas y Tarrant

Departamento de Servicios para Miembros 1-844-STRKIDS (1-844-787-5437)
Mayo de 2026

TEXAS Health and Human Services | TEXAS STAR Kids Your Health Plan ★ Your Choice

AetnaBetterHealth.com/Texas

86.07.345.0-TX G (Rev 5/26)

aetna®

Aetna Better Health® of Texas

Información personal

Número de identificación de miembro de mi hijo: _____

Nombre del proveedor de atención primaria (PCP) de mi hijo: _____

Dirección del proveedor de atención primaria (PCP) de mi hijo: _____

Número de teléfono del proveedor de atención primaria (PCP) de mi hijo: _____

En caso de emergencia, llame al 911 o a su línea directa de emergencia local.

Llámenos a este número:
Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas
Número gratuito: **1-844-STRKIDS (1-844-787-5437)**
Se encuentran disponibles servicios de interpretación en inglés/español.
Horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros: durante las 24 horas, los 7 días de la semana
TTY: Para las personas sordas o con problemas auditivos, llame a la línea TTY de retransmisión de Texas al **1-800-735-2989** y pídales que llamen a la línea del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas.

Escríbanos:
Aetna Better Health of Texas
Atención: Member Services
PO Box 818042
Cleveland, OH 44181-8042

Visite nuestro sitio web:
AetnaBetterHealth.com/Texas

Aetna Better Health® of Texas

Manual para miembros de STAR Kids

Mayo de 2026.

Aetna Better Health of Texas cubre a miembros en el **área de servicio de Dallas** en los siguientes condados: Dallas, Collin, Rockwall, Hunt, Kaufman, Ellis y Navarro. **Área de servicio de Tarrant** en los siguientes condados: Tarrant, Denton, Hood, Johnson, Parker y Wise.

Departamento de Servicios para Miembros
1-844-STRKIDS (1-844-787-5437)

TEXAS Health and Human Services | TEXAS STAR Kids Your Health Plan ★ Your Choice

Índice

Introducción 4
Departamento de Servicios para Miembros 5
Aviso sobre prácticas de privacidad de Aetna Better Health 8
Tarjetas de identificación de miembro (ID) 13
Tarjeta de beneficios de Medicaid Your Texas Benefits 14
Proveedores de atención primaria 17
Atención después del horario de atención 20
Programa de Bloqueo de Medicaid 22
Información sobre el plan de incentivos para médicos 22
Cómo cambiar de plan de salud 22
Cancelación de su inscripción en Aetna Better Health of Texas 23
Beneficios 23
Beneficios adicionales 24
Atención médica y otros servicios 26
Atención de emergencia 28
Atención especializada 30
Salud conductual 33
Farmacia y medicamentos 34
Servicios de planificación familiar 38
Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW) 39
Intervención Temprana en la Infancia (ECI) 40
Coordinación de servicios 40
Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 41
Opciones de prestación de servicios 44
Verificación electrónica de visitas (EVV) 44
Especialista en transiciones 46
Atención médica domiciliaria 47
Centro de atención pediátrica prolongada recetada (PPECC) 47

Controles de Texas Health Steps (THSteps) 47
Servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) 50
Servicios de la vista 52
Servicios dentales 52
Servicios de interpretación 53
Salud de la mujer 53
Programa de Salud para la Mujer de Texas 55
Otros servicios para miembros 57
Renovación de la cobertura 57
Facturación de proveedores 58
Aviso del Departamento de Servicios para Miembros 58
Derechos y responsabilidades de los miembros 59
Proceso de reclamo 62
Proceso de apelación 63
Proceso de la apelación de emergencia 67
Audiencia imparcial del estado 68
Revisión médica externa 69
Denuncias de abuso, negligencia y explotación 70
Información sobre fraude 71
Subrogación 73
Notificación anual 73
Beneficios y servicios de STAR Kids 74
Exclusiones de STAR Kids 75
Clases de educación para la salud de STAR Kids 75
Beneficios de valor agregado de STAR Kids 76
Aviso de no discriminación 81
Glosario 83

Introducción

Su manual para miembros de STAR Kids
Este manual es una guía para ayudarlo a conocer el plan Aetna Better Health of Texas de usted o de su hijo. Si tiene preguntas sobre los beneficios de usted o de su hijo o sobre la cobertura, consulte la sección de beneficios de este manual.

Si no puede encontrar las respuestas a sus preguntas en este manual, visite nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Texas**, o llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación o la de su hijo. Con gusto lo ayudaremos.

Consejos para los miembros

- Controle la tarjeta de identificación para asegurarse de que la información sea correcta. El nombre del proveedor de atención primaria de usted o de su hijo aparece en la tarjeta de Aetna Better Health of Texas.
- Conserve este manual para consultarlo en el futuro.
- Escriba su número de identificación o el de su hijo en el frente de este manual o en otro lugar seguro.
- Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación o la de su hijo.
- Mantenga el nombre y el número de su médico o el de su hijo cerca del teléfono.
- Llame al proveedor de atención primaria cuando usted o su hijo necesiten atención.
- Siga las recomendaciones del proveedor de atención primaria.
- Acuda a la sala de emergencias (ER) del hospital solo para emergencias.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda para entender o leer este manual para miembros?
Si no entiende el manual para miembros o necesita ayuda para leerlo, contamos con personal que habla inglés o español que puede responder sus preguntas y ayudarlo. También podemos ayudarlo si tiene problemas para leer, escuchar, ver o hablar inglés o español. Puede solicitar el manual para miembros en audio, otros idiomas, braille o incluso en letra grande. Si necesita un audiocasete o un CD, se lo enviaremos por correo. Para obtener ayuda, visite nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Texas** o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación o la de su hijo.

Puede recibir una copia impresa del Manual para miembros en inglés o español sin costo. Se la enviaremos en un plazo de cinco días después de que lo solicite.

Información sobre el plan y recursos en línea
Obtenga información durante las 24 horas, los 7 días de la semana en nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Texas.** Puede encontrar información y respuestas a sus preguntas sin llamarnos.

Esto sitio web le permite lo siguiente:

- consultar los boletines para miembros;
- ver preguntas y respuestas sobre Medicaid;
- buscar en nuestro directorio de proveedores para encontrar médicos y hospitales de Aetna en su área;
- obtener información sobre diferentes temas de salud.

Recurso de directorio de proveedores
Nuestro directorio de proveedores tiene una lista de todos los tipos de proveedores de la red junto con sus nombres, direcciones, números de teléfono, especialidad, educación, certificación de la junta, idiomas que hablan, edades que atienden, entre otros. El directorio más reciente siempre está disponible en **AetnaBetterHealth.com/Texas**. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para localizar un médico o si desea que le enviemos una copia impresa.

También puede buscar a nuestros proveedores en el **sitio web de HealthGrades.com** para obtener más información, como la facultad de medicina a la que asistieron y la finalización de la residencia.

Departamento de Servicios para Miembros

Contamos con personal que habla inglés o español que puede ayudarlo por teléfono, de lunes a viernes de 8 a.m. a 10 p.m., excepto los días festivos aprobados por el estado, los 7 días de la semana, al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

- Haga preguntas sobre los beneficios y la cobertura de usted o de su hijo.
- Actualice su dirección o número de teléfono.
- Cambie el proveedor de atención primaria de usted o de su hijo.
- Obtenga más información sobre cómo presentar un reclamo.

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

Para obtener asistencia después del horario de atención y los fines de semana, puede comunicarse con nuestra línea de enfermería o dejar un mensaje de voz; le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Llame a su proveedor de atención primaria si tiene preguntas sobre las consultas, las horas de servicio o cómo obtener atención después del horario de atención.

Toda la información se ofrece en inglés y en español. Además, los servicios de interpretación se encuentran disponibles cuando los solicite. Llámenos para obtener más información.

Para nuestros miembros sordos o con problemas auditivos, llame a la línea TTY de retransmisión de Texas al **1-800-735-2989** o al **711** y pídales que llamen a la línea del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health.

Departamento de Coordinación de Servicios
Los coordinadores de servicios lo ayudan a gestionar las necesidades de atención médica de usted o de su hijo. Llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) para solicitar un coordinador de servicios. También puede llamar al número gratuito y seguir las instrucciones para hablar directamente con un coordinador de servicios.

Departamento de Salud Conductual
Los servicios de salud conductual (incluyen la salud mental y el consumo de sustancias) están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana llamando al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**). Hay miembros del personal disponibles que hablan inglés y español. Hay servicios de interpretación disponibles.

Si usted o su hijo tienen una emergencia médica o de salud conductual y necesitan atención, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Usted o alguien en su nombre o el de su hijo deberá llamarnos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) para informarnos que usted o su hijo tuvieron una emergencia.

Línea de enfermería las 24 horas
Puede llamar a nuestra línea gratuita de enfermería las 24 horas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) y seguir las instrucciones. Nuestros enfermeros conocen el programa STAR Kids, los servicios cubiertos, la población de STAR Kids y los recursos de proveedores. Tenemos enfermeros que hablan inglés y español, y contamos con servicios de interpretación, si es necesario.

Para nuestros miembros sordos o con problemas auditivos, llame a la línea TTY de retransmisión de Texas al **1-800-735-2989** o al **711** y pídales que llamen a la línea del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health.

Otros números importantes

Línea de enfermería las 24 horas (información de salud de un enfermero certificado) durante las 24 horas, los 7 días de la semana	**1-844-STRKIDS (1-844-787-5437)**
Línea de ayuda del programa STAR Kids	**1-800-964-2777**
Superior Vision Services	**1-800-879-6901**
Organizaciones de cuidado administrado dental de STAR Kids • DentaQuest • MCNA Dental • United Healthcare Dental	 **1-800-516-0165** **1-855-691-6262** **1-877-901-7321**
Información sobre medicamentos con receta	**1-844-STRKIDS (1-844-787-5437)**
Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) proporcionado por MTM Health	**1-866-411-8920 (TTY:711)**, dos días hábiles antes de su cita para programar su traslado. Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O use la aplicación MTM Health (**MTM**) en su teléfono inteligente. **Where's my ride?** Línea directa: Los servicios de interpretación se encuentran disponibles cuando los solicite. Toda la información se ofrece en inglés y en español. **1-866-411-8920 (TTY: 711)**
Equipo de Asistencia de Cuidado Administrado del Defensor del Pueblo (OMCAT)	**1-866-566-8989** TTY: **1-866-222-4306**

Aviso sobre prácticas de privacidad de Aetna Better Health

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder usted a esta información. Revíselo detenidamente.

Este aviso entró en vigencia el 1 de septiembre de 2025.

¿A qué nos referimos cuando decimos "información de salud"?
Cuando utilizamos las palabras "información de salud" nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Su nombre
- Su fecha de nacimiento
- Atención médica recibida
- Montos pagados por la atención

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Como ayuda para cuidar de usted: Podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, como controles o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas. Es posible que compartamos su información de salud con otras personas que le brinden atención, ya sean médicos o farmacias.

Con familiares y amigos: podemos compartir su información de salud con alguien que le brinde ayuda. Es posible que se trate de personas que le ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de estas personas. Si no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

Si es menor de dieciocho años y no desea que divulguemos su información a sus padres, llámenos. Podemos brindar ayuda en algunos casos si lo permite la ley estatal.

Para el pago: es posible que les brindemos su información de salud a las personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya su información de salud.

Además, podemos utilizar su información de salud para revisar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

En operaciones de atención médica: podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar esta información para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos.
- Mejora de la calidad.

- Prevención de fraude.
- Prevención de enfermedades.
- Asuntos legales.

Es posible que un administrador de casos trabaje con su médico. Este puede informarle sobre programas o lugares que puedan ayudarle con su salud. Si nos llama para hacernos alguna pregunta, necesitamos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

Cómo compartimos su información con otras empresas
Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. Lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, puede que el transporte esté cubierto en su plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los responsables del transporte para ayudarle a llegar al consultorio del médico. Les informaremos si usted utiliza una silla de ruedas con motor para que envíen una camioneta en vez de un automóvil a buscarlo.

Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud
También es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- Seguridad pública: para brindar ayuda con asuntos como el abuso infantil y las amenazas a la salud pública.
- Investigación: con investigadores, después de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- Socios comerciales: con las personas que nos brindan servicios. Estas se comprometen a mantener su información segura.
- Reglamentaciones para la industria: Con las agencias federales y estatales que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Cumplimiento de la ley: con el personal federal, estatal y local responsable del cumplimiento de las leyes.
- Acciones legales: con los tribunales por asuntos legales o demandas.

Una vez que la información de salud se comparte por cualquiera de los motivos anteriores, es posible que se vuelva a compartir o se utilice para fines no mencionados en este documento.

Algunas leyes estatales y federales pueden requerir límites adicionales sobre cómo usamos y divulgamos información médica confidencial, como salud mental o enfermedades transmisibles. Seguiremos la ley más estricta que se aplica a su información de salud.

Información sobre el trastorno por abuso de sustancias (SUD)

No somos un programa de tratamiento para el SUD. Es posible que recibamos o conservemos información sobre usted que provenga de un programa de SUD. Si un programa de SUD nos proporciona esta información con un consentimiento legal, utilizaremos o compartiremos

la información según lo permitido si contamos con el consentimiento legal. Debemos contar con el consentimiento y la autorización conforme a la ley federal de privacidad. Esto incluye un consentimiento para usos y divulgaciones futuras para lo siguiente:

- Tratamiento
- Pago
- Operaciones de atención médica

En algunas situaciones, podemos compartir esta información sin su consentimiento. Esto sería para situaciones como una emergencia médica o auditorías gubernamentales. Cumpliremos con la ley que ofrezca mayor protección. No usaremos ni compartiremos esta información en ningún caso legal en su contra, a menos que:

- Usted nos otorgue su consentimiento por escrito, o
- Un tribunal nos la ordene mediante una citación u otro requisito legal.

Usted o Aetna también deberán ser notificados y tener la oportunidad de ser escuchados.

Motivos por los que necesitaremos su autorización escrita

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización en las siguientes circunstancias:

- Por motivos de comercialización que no tengan ninguna relación con su plan de salud.
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.
- Para la venta de su información de salud.
- Por otros motivos requeridos por la ley.

Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para retirar su autorización, escríbanos. No podemos usar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de proporcionarle un seguro médico.

Cuáles son sus derechos

Tiene derecho a revisar su información de salud.

- Puede pedirnos una copia de su información de salud.
- Puede solicitar sus registros médicos. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.

Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información de salud.

- Puede solicitarnos que modifiquemos su información de salud si considera que es incorrecta.

- Si nosotros no estamos de acuerdo con la modificación que usted pidió, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.

Tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.

Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.

- Si considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.

Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos o compartimos su información de salud.

- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud de las maneras que se describen en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de estas maneras. Esto incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.

Tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.

- Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro para lo siguiente:

- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado anteriormente.
- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si considera que se han infringido sus derechos o los de su hijo, escríbanos a PrivacyAetna@AETNA.com o a la siguiente dirección:

Aetna HIPAA Member Rights Team
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
FAX: **859-280-1272**

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para pedirnos la dirección.

Si usted no está conforme y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá

la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

Cómo protegemos su información

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos, como los siguientes:

- Administrativos: contamos con normas que establecen cómo debemos utilizar su información de salud, independientemente del formato en el que se encuentre, ya sea escrito, oral o electrónico.
- Físicos: Su información de salud está protegida y guardada en lugares seguros. Protegemos los ingresos a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear los ingresos no autorizados.
- Técnicos: El acceso a su información de salud está "basado en roles". Esto les permite tener acceso únicamente a las personas que necesitan hacer su trabajo y brindarle atención.

Cumplimos con todas las leyes federales y estatales para proteger su información de salud.

Modificaciones de este aviso

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que se establece en este aviso. También, tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si lo hacemos, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Le enviaremos por correo un aviso en caso de que el material haya sido modificado. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web **https://www.aetnabetterhealth.com.**

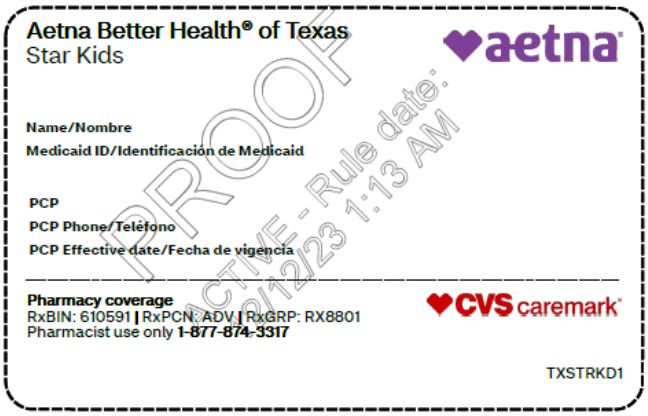
Tarjetas de identificación de miembro (ID)

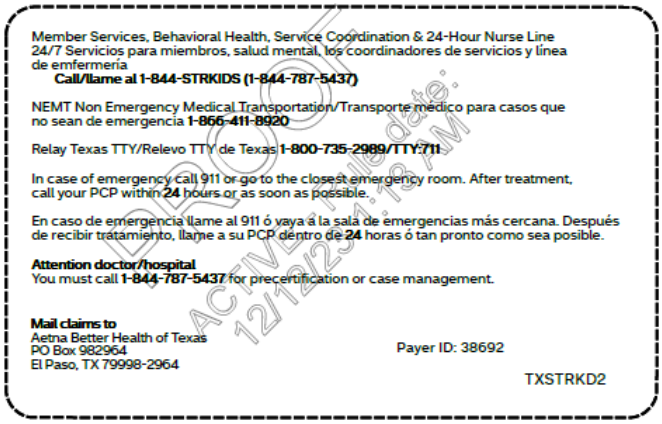
Cuando se registre usted o a su hijo en Aetna Better Health of Texas, le daremos una tarjeta de identificación. Usted o su hijo no recibirán una nueva tarjeta de identificación de Aetna cada mes. Si nos llama para cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo, recibirá una nueva tarjeta.

Cómo leer su tarjeta o la de su hijo: La tarjeta de identificación incluye el nombre y los números de teléfono de su proveedor de atención primaria o el de su hijo. La parte posterior de la tarjeta de identificación tiene números de teléfono importantes para que llame si usted o su hijo necesitan ayuda. Asegúrese de que su información o la de su hijo que figura en la tarjeta de identificación sea correcta.

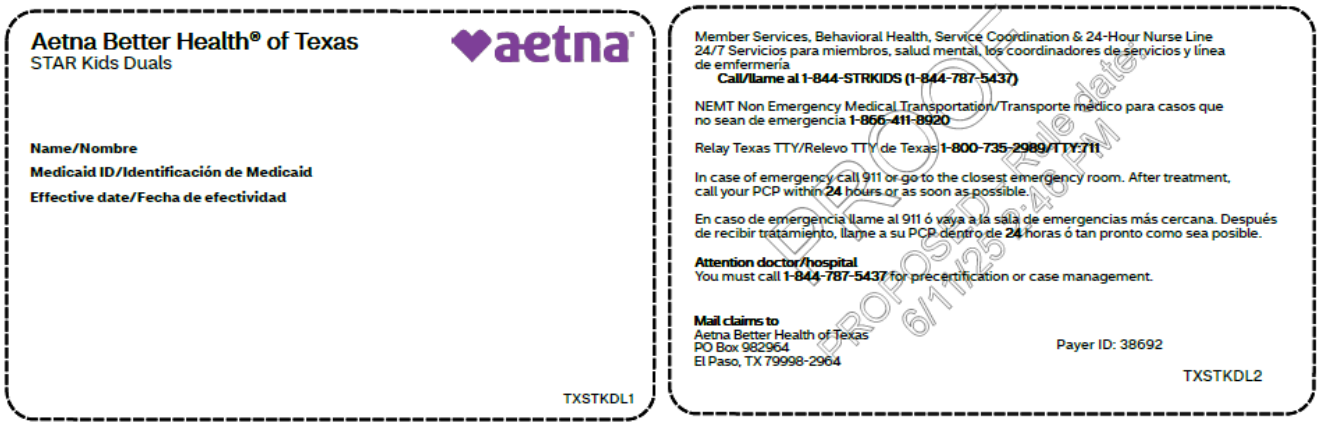
- Identificación de Medicaid: número de identificación del miembro.
- Fecha de entrada en vigor: fecha de entrada en vigencia de la cobertura con el plan de salud.
- Proveedor de atención primaria (PCP): nombre y número de teléfono del proveedor de atención primaria.
- Fecha de entrada en vigencia del PCP: fecha de entrada en vigencia de la cobertura con el proveedor.
- RxBIN: número de identificación bancaria que utiliza la farmacia para presentar reclamaciones.
- RxGrp: número de grupo de medicamentos recetados que utiliza la farmacia para identificar el plan de salud.
- RxPCN: número de control del procesador que utiliza la farmacia para enviar reclamaciones.

Tarjeta de identificación de STAR Kids





Tarjeta de identificación de STAR Kids Duals (Medicare y Medicaid)



Cómo usar su tarjeta o la de su hijo: Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación o la de su hijo cuando consulte al médico. La necesitará para obtener atención médica. Debe mostrarla cada vez que usted o su hijo reciban servicios.

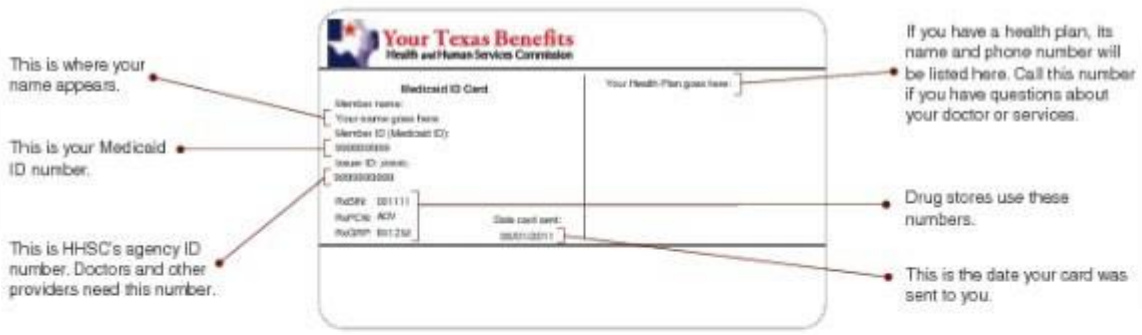
Cómo reemplazar su tarjeta o la de su hijo en caso de pérdida o robo: llámenos de inmediato para que podamos enviarle otra tarjeta de identificación.

Tarjeta de beneficios de Medicaid Your Texas Benefits

Cuando usted o su hijo reciben la aprobación de Medicaid, recibirán una tarjeta de beneficios de Medicaid Your Texas Benefits. Esta tarjeta de plástico será la tarjeta de identificación diaria de Medicaid de usted o de su hijo. Debe llevarla y protegerla como su licencia de conducir o una tarjeta de crédito. La tarjeta tiene una banda magnética que contiene el número de identificación de Medicaid de usted o de su hijo. El médico de usted o de su hijo puede usar la tarjeta para saber si usted o su hijo tienen beneficios de Medicaid cuando vayan a una cita.

Solo se le expedirá una tarjeta y solo recibirá una tarjeta nueva en caso de que pierda o le roben la tarjeta. En cuyo caso puede obtener una nueva llamando sin cargo al **1-855-827-3748** o ingresando al sitio web **www.YourTexasBenefits.com** para pedir o imprimir una tarjeta temporal.

Si no está seguro de si usted o su hijo tienen cobertura de Medicaid, puede averiguarlo llamando de manera gratuita al **1-800-252-8263**. También puede llamar al **2-1-1.** Primero elija un idioma y luego seleccione la opción 2.



Los antecedentes médicos de usted o de su hijo son una lista de los servicios médicos y los medicamentos que usted o su hijo recibieron por medio de Medicaid. Los compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué atención médica necesitan usted o su hijo. Si no desea que sus médicos vean sus antecedentes médicos o los de su hijo a través de la red segura en línea, llame sin costo al **1-800-252-8263** o cancele la opción de compartir su información de salud en **www.YourTexasBenefits.com**.

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

- El nombre y número de identificación de Medicaid de usted o de su hijo.
- La fecha en que se le envió la tarjeta.
- El nombre del programa de Medicaid en el que se encuentran usted o su hijo si obtienen los siguientes beneficios:
  - Medicare (QMB, MQMB)
  - Programa de Salud de la Mujer de Texas (TWHP)
  - Atención de hospicio
  - STAR Health
  - Medicaid de emergencia
  - Elegibilidad presunta para mujeres embarazadas (PE)
- Hechos que su farmacia o la de su hijo necesitará facturar a Medicaid.

- El nombre del médico y la farmacia de usted o de su hijo, si están en el programa de Bloqueo de Medicaid.

En el dorso de la tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid encontrará un sitio web que puede visitar, **yourtexasbenefits.com/Learn/Home**, y un número de teléfono al que puede llamar sin cargo **1-800-252-8263** si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

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

Portal para clientes de Medicaid YourTexasBenefits.com

Puede usar el portal para clientes de Medicaid para hacer todo lo siguiente por usted mismo u otra persona de la que tenga acceso a su información médica o dental:

- Consultar, imprimir y solicitar una tarjeta de Medicaid YTB
- Consultar sus planes médicos y dentales
- Ver información sobre sus beneficios
- Ver alertas de Texas Health Steps de STAR y STAR Kids
- Ver alertas de difusión
- Ver diagnósticos y tratamientos
- Ver vacunas
- Ver medicamentos con receta
- Elegir autorizar a los médicos y al personal de Medicaid a ver su información médica y dental disponible

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

- Haga clic en **Log In** (Iniciar sesión).
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Create a new account** (Crear una cuenta nueva).
- Haga clic en **Manage** (Administrar).
- Diríjase a la sección “Quick links” (Enlaces rápidos).
- Haga clic en **Medicaid & CHIP Services** (Servicios de Medicaid y del CHIP).
- Haga clic en **View services and available health information** (Consultar servicios e información de salud disponibles).

Nota: El Portal para clientes de Medicaid **YourTexasBenefits.com** solo muestra información de clientes activos. Es posible que un representante con autorización legal vea 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 si pierde la tarjeta de beneficios Your Texas Benefits de Medicaid o se la roban. La tarjeta de identificación temporal de Medicaid les informa a los

proveedores sobre usted o su hijo y los servicios que pueden recibir durante el período que figura en el Formulario 1027-A.

Asegúrese de leer la parte posterior del Formulario 1027-A. La parte posterior de la tarjeta le indica cómo y cuándo usarla. Hay un recuadro que tiene información específica para los proveedores.

Debe llevar su Formulario 1027-A y la tarjeta de identificación del plan de salud cuando usted o su hijo reciban cualquier servicio de atención médica. Deberá mostrar estas tarjetas cada vez que usted o su hijo necesiten servicios. Puede usar la tarjeta de identificación temporal hasta que obtenga la tarjeta de beneficios Your Texas Benefits de Medicaid.

Proveedores de atención primaria

Nota: Para los miembros de STAR Kids que están cubiertos por Medicare, no se asignará ningún proveedor de atención primaria.

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un proveedor de atención primaria es el médico principal de usted o de su hijo. Este médico brindará la mayor parte de la atención médica que usted o su hijo necesiten. A veces, usted o su hijo pueden tener un problema que necesite ser tratado por un especialista. El proveedor de atención primaria autorizará a usted o a su hijo a consultar al especialista con una remisión y le dirá cómo programar una cita. En caso de que usted o su hijo deban ser hospitalizados, el médico puede coordinar este servicio por ustedes.

Nuestro objetivo es que usted o su hijo tengan un buen estado de salud. Lo instamos a consultar al médico de usted o de su hijo para recibir servicios de atención preventiva dentro de los próximos sesenta (60) días o lo antes posible. Esto ayudará a que el médico de usted o de su hijo esté al tanto de su estado de salud y a que pueda ayudarlos a planificar las necesidades futuras de atención médica de usted o de su hijo. Comenzar con su médico o el de su hijo también puede ayudar a prevenir retrasos en la atención cuando usted o su hijo están enfermos.

Recuerde que usted y el médico son las personas más importantes del equipo de atención médica de usted o de su hijo.

¿Qué debo llevar a mi consulta médica o la de mi hijo?

Cuando vaya a las citas médicas de usted o de su hijo, debe llevar lo siguiente:

- La tarjeta de beneficios de Medicaid Your Texas Benefits de usted o de su hijo o su Formulario 1027-A.
- tarjeta de identificación de Aetna Better Health of Texas;
- Sus registros de inmunización (vacunas).
- Papel para tomar notas sobre la información que reciba del médico.

Visitas al proveedor de atención primaria de usted o de su hijo
Las visitas regulares a su proveedor de atención primaria o el de su hijo y al dentista son importantes, incluso si usted o sus hijos están sanos.

Las vacunas ayudan a proteger a usted o a su hijo de muchas infecciones. Las infecciones pueden causar problemas de salud graves. Su proveedor o el de su hijo administrará vacunas durante los controles de bienestar o de Texas Health Steps, si fuera necesario. Asegúrese de llevar el registro de vacunas de usted o de su hijo a cada consulta.

NOTA: Los centros de atención y las escuelas exigen que todos los niños estén al día con las vacunas.

¿Qué tipo de atención no requiere que primero me vea/vea a su hijo un proveedor de atención primaria?
Para los siguientes tipos de atención, no tiene que acudir primero a su proveedor de atención primaria o el de su hijo:

- Emergencia
- Obstetricia/ginecología
- Planificación familiar
- Atención de la vista de rutina
- Salud conductual
- Controles médicos y dentales de Texas Health Steps

Para obtener más información, visite nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Texas** o llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria o el de su hijo
¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo? (Clínica de salud rural/Centro de salud con calificación federal)
Si usted o su hijo reciben atención primaria en una clínica y desean continuar allí, elija un médico como proveedor de atención primaria de su hijo en ese lugar. El médico que elija debe aparecer en nuestro directorio de proveedores.

Algunos de los proveedores que también puede elegir para que sea su proveedor de atención primaria o el de su hijo son los siguientes: médicos de familia, pediatras (para niños), obstetras/ginecólogos (OB/GYN) (médico para la mujer), médicos generales (GP), profesionales en enfermería avanzados (ANP), centros de salud con calificación federal (FQHC) y clínicas de salud rurales (RHC).

Consulte nuestro directorio de proveedores para obtener una lista de proveedores de atención primaria. Debe elegir un médico que esté en nuestra red de Aetna Better Health. También puede obtener una copia del directorio de proveedores en **AetnaBetterHealth.com/Texas** o llamándonos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

¿Puede un especialista ser considerado un proveedor de atención primaria?
Puede haber ocasiones en que un especialista pueda ser su proveedor de atención primaria o el de su hijo. El directorio de proveedores es una buena fuente para ubicar a estos especialistas. Además, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda.

¿Qué sucede si elijo ir a otro médico que no sea mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?
Usted puede consultar con cualquier médico o clínica de nuestra red para recibir servicios de atención médica de rutina que cubramos o aprobemos. Esto incluye los exámenes de bienestar infantil y de Texas Health Steps. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria. El médico o clínica debe aparecer en nuestro Directorio de proveedores.

Cómo cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo
¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?
Puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo llamándonos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**). Si tiene acceso a nuestro portal para miembros, puede enviar una solicitud segura para cambiar su PCP o el de su hijo, y nuestro personal puede encargarse de eso.

El médico o clínica debe aparecer en nuestro Directorio de proveedores. Para obtener una lista de médicos y clínicas, consulte nuestro directorio de proveedores en línea en **AetnaBetterHealth.com/Texas**.

¿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 de proveedor de atención primaria llamándonos sin costo al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) o escribiéndonos a:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Departamento de Servicios para Miembros
P.O. Box 818042
Cleveland, OH 44181-8042

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?
El cambio de proveedor de atención primaria entrará en vigencia el mismo día que llame al Departamento de Servicios para miembros para realizar el cambio. Recibirá una tarjeta de identificación nueva dentro de los 7 a 10 días hábiles. La nueva tarjeta de identificación indicará el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico nuevo y la fecha en la que entrará en vigencia este cambio.

¿Hay alguna razón por la que una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria puede ser denegada?
Sí, su solicitud puede ser denegada en los siguientes casos:

- El proveedor de atención primaria que eligió no acepta nuevos pacientes.
- El proveedor de atención primaria que eligió ya no forma parte de Aetna Better Health.

¿Puede mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo transferirnos a otro proveedor de atención primaria por incumplimiento?
Su proveedor de atención primaria o el de su hijo puede solicitarle que elija un nuevo proveedor de atención primaria por los siguientes motivos:

- Falta a sus citas o las de su hijo a menudo y no llama al proveedor de atención primaria para avisarle.
- No sigue las recomendaciones de su proveedor de atención primaria o el de su hijo.

¿Qué sucede si mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo deja la red de Aetna Better Health? Le enviaremos una carta para informarle el nuevo proveedor de atención primaria que hemos elegido para usted o para su hijo. Si no está conforme con la elección, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para informarnos el médico que desea. Si usted o su hijo reciben tratamientos médicamente necesarios, podrán permanecer con ese médico si está dispuesto a atenderlos a usted o a su hijo. Cuando encontremos un nuevo médico en nuestra lista que pueda brindarle el mismo tipo de atención, cambiaremos su médico o el de su hijo.

Atención después del horario de atención

¿Cómo obtengo atención médica después del horario de atención del consultorio del proveedor de atención primaria de mi hijo?
Si usted o su hijo se enferman durante la noche o el fin de semana y no pueden esperar para recibir atención médica, llame a su médico o el de su hijo. El médico principal de usted o de su hijo u otro médico están preparados para ayudarlo por teléfono durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar a la Línea de enfermería las 24 horas al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) para hablar con un enfermero certificado que le ayude a tomar decisiones.

¿Qué sucede si mi hijo o yo nos enfermamos cuando estamos fuera de la ciudad o de viaje?
Si usted o su hijo necesitan atención médica durante un viaje, llámenos sin cargo al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) y lo ayudaremos a encontrar un médico.

Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia durante un viaje, diríjase a un hospital cercano y luego llámenos sin cargo al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

¿Qué sucede si mi hijo o yo nos encontramos fuera del estado?
Si usted o su hijo necesitan atención médica mientras está fuera del estado, llámenos sin cargo al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) y lo ayudaremos a encontrar un médico.

¿Qué sucede si mi hijo o yo nos encontramos fuera del país?
Los servicios médicos obtenidos fuera del país no están cubiertos por Medicaid.

Programa de Bloqueo de Medicaid

¿Qué es el Programa de bloqueo de Medicaid?
Es posible que inscriban a usted o a su hijo en el Programa de Bloqueo si usted no sigue las normas de Medicaid. Este programa controla cómo usted o su hijo utilizan los servicios de farmacia de Medicaid. Los beneficios de Medicaid de usted o de su hijo siguen siendo los mismos. Cambiar a una organización de cuidado administrado (MCO) diferente no cambiará la condición de bloqueo.

Para evitar ser incluido en el Programa de bloqueo de Medicaid, haga lo siguiente:

- Elija una farmacia en un lugar para usar todo el tiempo.
- Asegúrese de que el médico principal, el dentista principal o los especialistas a los que remiten a usted o a su hijo sean los únicos médicos que le receten medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos.

Para obtener más información, llame a Aetna Better Health al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

Información sobre el plan de incentivos para médicos

Aetna Better Health of Texas no puede realizar pagos conforme a un plan de incentivos para médicos si los pagos están ideados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos médicamente necesarios para los miembros. En este momento, Aetna Better Health of Texas no tiene un plan de incentivo de médicos.

Cómo cambiar de plan de salud

¿Qué sucede si deseo cambiar mi plan de salud o el de mi hijo? ¿A quién debo llamar?
Puede cambiar su plan de salud o el de su hijo llamando a la línea de ayuda de Texas STAR Kids al **1-800-964-2777**.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi plan de salud o el de mi hijo?
Puede cambiar de plan con la frecuencia que quiera.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de plan de mi salud o el de mi hijo?
Si llama para cambiar su plan de salud o el de su hijo el día 15 del mes o antes, el cambio se realizará el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio se realizará el primer día del segundo mes posterior. Por ejemplo:

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

Cancelación de su inscripción en Aetna Better Health of Texas

¿Puede Aetna Better Health solicitar que mi hijo sea dado de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Su inscripción o la inscripción de su hijo en nuestro plan se cancelará automáticamente en los siguientes casos:

- Usted o su hijo se mudan fuera del área de servicio.
- Lo llevan o lleva a su hijo a la sala de emergencias cuando no tienen una emergencia.
- Usted o su hijo continúan yendo a otro médico o clínica sin obtener primero la aprobación de su médico o el de su hijo.
- Usted o su hijo presentan un patrón de comportamiento perturbador o abusivo no relacionado con una afección médica.
- Pierde muchas citas sin avisar con anticipación a su médico o el de su hijo.
- Permite que un tercero utilice su tarjeta de identificación o la de su hijo.
- Generalmente, no respeta las recomendaciones de su médico o el de su hijo.

La HHSC (Comisión de Salud y Servicios Humanos) tomará la decisión definitiva con respecto a las solicitudes de cancelación de inscripción. Si hay un cambio en su plan de salud o el de su hijo, le enviaremos una carta.

Beneficios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica o los de mi hijo?

Para obtener una lista de los servicios que usted o su hijo pueden recibir, consulte la tabla en la página **70**. Consulte a su médico o el de su hijo para obtener información sobre los servicios médicos. Siga las recomendaciones de su médico o el de su hijo. Él es responsable de coordinar toda su atención o la de su hijo.

¿Cómo obtiene mi hijo estos servicios?

Consulte a su médico o el de su hijo para obtener información sobre los servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo recibir estos u otros servicios, visite nuestro sitio web, **AetnaBetterHealth.com/Texas**, o llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

¿Hay límites para algún servicio cubierto?

Puede haber límites en algunos servicios. Llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) para obtener más información.

¿Cuáles son los beneficios de cuidados agudos que tengo yo o tiene mi hijo?

Los beneficios de cuidados agudos son servicios como visitas al médico, radiografías, análisis de laboratorio, etc. Para obtener una lista de estos servicios, consulte la página **70**. Para obtener más información, llame al coordinador de servicios o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

Beneficios de cuidados agudos para miembros con doble elegibilidad (solo con Medicaid y Medicare)

Recuerde que si usted o su hijo tienen Medicare y Medicaid, los beneficios de cuidados agudos de usted o de su hijo están cubiertos por **Medicare**. Aetna Better Health of Texas pagará algunos de sus beneficios actuales de cuidados agudos o los de su hijo a partir del 1 de septiembre de 2025. Estos son servicios para los que usted o su hijo ya son elegibles, que se coordinan a través de Aetna Better Health of Texas y que son pagados por Medicaid tradicional (pago por servicio). A partir del 1 de septiembre de 2025, estos servicios serán pagados por Aetna Better Health of Texas en lugar de por Medicaid tradicional (pago por servicio). Usted o su hijo continuarán recibiendo beneficios de atención a largo plazo a través de Aetna Better Health of Texas. No hay cambios en la cobertura ni en los costos de Medicare o Medicaid para usted o su hijo. Es posible que necesitemos aprobar algunos servicios antes de que los reciba. Esto se llama autorización previa.

¿Cómo obtiene mi hijo servicios de cuidados agudos? ¿A qué número debo llamar para averiguar acerca de estos servicios?

Llame a su médico o el de su hijo e informe al consultorio qué servicio necesitan usted o su hijo. Su médico o el de su hijo los ayudará a obtener los servicios que necesitan. Para obtener algunos de los servicios enumerados, puede dirigirse directamente al proveedor que brinda los servicios. Llame a su coordinador de servicios o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

¿Qué servicios no están cubiertos?

Aetna Better Health no cubre todos los servicios de atención médica. Los servicios que no están cubiertos por STAR Kids se denominan **“exclusiones”**. Para obtener una lista completa de las exclusiones, consulte la tabla en la página **71.**

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

Beneficios adicionales

¿Qué beneficios adicionales recibe mi hijo como miembro de Aetna Better Health of Texas?

Los miembros de Aetna Better Health reciben los siguientes servicios de valor agregado y beneficios adicionales sin costo para usted. Para obtener una lista completa de los beneficios de valor agregado, consulte las páginas **72-74**. Si tiene alguna pregunta sobre estos servicios, llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

¿Cómo puede mi hijo obtener estos beneficios?

No tiene que acudir a su médico o al de su hijo para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, visite nuestro sitio web, **AetnaBetterHealth.com/Texas**, o llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

¿Qué clases de educación para la salud ofrece Aetna Better Health?
Trabajamos con nuestros socios comunitarios para ofrecer clases gratuitas o de bajo costo para padres e hijos. Algunos temas de salud que están disponibles para usted se enumeran en la tabla en la página **71.**

Llámenos para conocer más. Además, consulte con su proveedor o el de su hijo antes de comenzar un nuevo programa de salud o bienestar.

¿Qué otros servicios puede Aetna Better Health ayudar a mi hijo a recibir?
Además de los servicios enumerados en la sección de beneficios, es posible que su hijo pueda obtener algunos de los siguientes servicios o programas:

Otros servicios de STAR Kids
Administración de casos de salud mental específicos del Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS)
Servicios de salud mental del DSHS
Administración de casos del DSHS para niños y mujeres embarazadas
Administración de casos del Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARS) para personas ciegas
Servicios para casos de tuberculosis (TB) ofrecidos por proveedores aprobados por el DSHS
Servicio de hospicio del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Discapacidades (DADS)
Programa de transporte médico
Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)
Programa nutricional complementario para mujeres, bebés y niños (WIC)
Head Start

Los servicios adicionales disponibles para **miembros desde el nacimiento hasta los 20 años** incluyen los siguientes:

Miembros desde el nacimiento hasta los 20 años
Servicios dentales de Texas Health Steps, incluidos los aparatos de ortodoncia (estos servicios están disponibles si son médicamente necesarios y no incluyen los servicios dentales que se prestan principalmente con fines cosméticos)
Inspección ambiental de plomo (ELI) de Texas Health Steps
Programa de intervención temprana en la infancia (ECI)
Administración de casos específicos (TCM)
Capacitación en aptitudes especializadas en intervención temprana en la infancia
Salud Escolar y Servicios Relacionados (SHARS) de Texas.

No tiene que acudir a su médico o al de su hijo para obtener estos beneficios y servicios adicionales. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

Atención médica y otros servicios

¿Qué significa "médicamente necesario"?

"Médicamente necesario" significa lo siguiente:

- Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años, los siguientes servicios de Texas Health Steps:
  (a) Servicios de detección, de la vista y auditivos.
  (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. Una determinación de 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 de conciliación parcial de Alberto N. et al. v. Traylor et al.
    (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.

- Para miembros mayores de 20 años, servicios de atención médica no relacionados con la salud conductual que tengan las siguientes características:
  (a) Sean razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o proporcionar exámenes de detección, intervenciones o tratamientos tempranos para afecciones que causan dolor o sufrimiento, causan deformidades físicas o limitaciones en el funcionamiento, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, causan enfermedades o dolencias de un miembro, o ponen en peligro la vida.
  (b) se proporcionen en centros adecuados y en los niveles adecuados de atención para el tratamiento de las afecciones de salud de un miembro;
  (c) sigan las pautas y estándares de la práctica de atención médica que están respaldados por organizaciones de atención médica o agencias gubernamentales reconocidas profesionalmente;
  (d) Coincidan con los diagnósticos de las afecciones.
  (e) sean menos invasivos o restrictivos de lo necesario para proporcionar un equilibrio adecuado de seguridad, eficacia y eficiencia;
  (f) No sean experimentales ni investigativos.
  (g) No estén destinados principalmente a la conveniencia del miembro o el proveedor.

- Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud conductual que tengan las siguientes características:
  — Sean razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de un trastorno de salud mental o de dependencia química, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento a causa de dicho trastorno.

- Sigan las pautas clínicas y los estándares de práctica profesionalmente aceptados en la atención de la salud conductual.
- Se suministren en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el que los servicios puedan prestarse de manera segura.
- Se correspondan con el nivel o el suministro de servicio más adecuado que se pueda proporcionar de manera segura.
- No se puedan omitir sin afectar negativamente la salud mental o física del miembro, o la calidad de la atención prestada.
- No sean experimentales ni investigativos.
- No estén destinados principalmente a la conveniencia del miembro o el proveedor.

¿Qué es la atención médica de rutina?
La atención de **rutina** es cuando usted o su hijo visitan al médico o a otro proveedor de atención médica para hacerse un control, sin estar enfermos. Este tipo de atención es importante para que usted o su hijo no se enfermen.

¿En cuánto tiempo pueden atendernos a mí o a mi hijo?
Su médico o el de su hijo debería atenderlos dentro de las dos (2) semanas posteriores a la solicitud de una cita de atención médica de rutina o dentro de las ocho (8) semanas posteriores a la fecha en la que solicite una cita para un control 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 sean emergencias, pero que pueden convertirse en emergencias si no se tratan en el plazo de 24 horas.

Algunos ejemplos de dichas lesiones y enfermedades son los siguientes:

Quemaduras o cortes leves	Dolor de oídos	Dolor de garganta	Esguinces/torceduras musculares

¿Qué debo hacer si mi hijo necesita atención médica de urgencia?
Para recibir atención de urgencia, debe llamar al consultorio de su médico o el de su hijo incluso durante la noche y los fines de semana. Su médico o el médico de su hijo le dirá qué hacer. En algunos casos, puede indicarle que vaya a una clínica de atención de urgencia. Si le indica esto, no es necesario que llame a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que acepte Medicaid de Aetna Better Health of Texas.

Para obtener ayuda, puede llamarnos al número gratuito **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**). También puede llamar a nuestra Línea de enfermería las 24 horas al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) para obtener ayuda a fin de recibir la atención que necesita. Preste atención y siga las instrucciones para comunicarse con la línea de enfermería.

¿En cuánto tiempo pueden atender a mi hijo?
Debe poder ver a su médico o el de su hijo dentro de las 24 horas para una cita de atención de urgencia. Si su médico o el de su hijo le dice que vaya a una clínica de atención de urgencia, no es necesario que llame a la clínica antes de ir. La clínica de atención de urgencia debe aceptar Medicaid de Aetna Better Health of Texas.

Atención de emergencia

¿Qué es la atención médica de emergencia? ¿En cuánto tiempo pueden atender a mi hijo?
Se proporciona atención médica de emergencia para afecciones de salud de emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia.

"***Afección médica de emergencia***" hace referencia una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de aparición reciente y de una gravedad tal (incluido el dolor intenso) que una persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina podría esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata dé como resultado lo siguiente:

- Un grave peligro para la salud del paciente
- Un grave deterioro de las funciones corporales
- Una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo
- Una deformación grave
- En el caso de una mujer embarazada, un riesgo grave para la salud de la mujer o de su futuro bebé.

Una "**afección de salud conductual de emergencia**" comprende cualquier afección, sin tener en cuenta su naturaleza o su causa, que, según una persona prudente con un conocimiento promedio sobre medicina y salud, tenga las siguientes características:

- Requiere intervención o atención médica inmediata sin la cual el miembro estaría ante un peligro inmediato para sí mismo o para otros.
- Hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o comprender las consecuencias de sus acciones.

Los "***servicios de emergencia***" y la "***atención médica de emergencia***" son servicios cubiertos para pacientes internados y pacientes externos proporcionados por un proveedor que está calificado para brindar dichos servicios 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 de posestabilización.

Pautas
En caso de necesitar atención de emergencia, usted o su hijo deben ser atendidos el mismo día. Le pedimos que siga estas pautas cuando considere que usted o su hijo necesitan atención de emergencia.

- Llame al 911 o a la línea directa de emergencia local, o bien diríjase al centro de emergencia más cercano. En el caso de que una demora no sea perjudicial para su salud o la de su hijo, llame a su médico o al de su hijo.

Comuníquese con su médico o el de su hijo lo antes posible después de recibir tratamiento.

- Apenas sea médicamente posible, el centro de emergencias debe comunicarse con su médico o el de su hijo para pedirle sus antecedentes médicos o los de su hijo.
- Si usted o su hijo ingresan en un centro como pacientes internados, usted, un familiar o un amigo que actúe en nombre de usted o de su hijo deben comunicarse con su médico o el de su hijo lo antes posible.
- Los siguientes son algunos motivos razonables para acudir a la sala de emergencias:

Motivos para acudir a la sala de emergencias
Peligro de perder una extremidad o la vida
Diarrea o vómitos incontrolados
Envenenamiento o sobredosis de medicamentos
Asfixia o problemas para respirar
Posibles fracturas de huesos
Dolores fuertes en el pecho
Sangrado abundante
Lesiones o quemaduras graves
Desmayos
No poder moverse de repente (parálisis)
Ser víctima de un ataque violento (violación, asalto, puñalada o herida de bala)
Usted o su hijo tienen pensamientos de hacerse daño a sí mismos o a los demás
Estar a punto de dar a luz a un bebé

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

Aetna Better Health cubre servicios dentales de emergencia limitados en un hospital o centro de cirugía ambulatoria, incluido el pago por lo siguiente:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento del daño traumático en los dientes y las estructuras de soporte
- Extirpación de quistes
- Tratamiento de abscesos orales de origen dental o gingival
- Servicios hospitalarios, médicos u otros servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores

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

Durante el horario de atención habitual, llame a su dentista de cabecera o el de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si usted o su hijo necesitan servicios dentales de emergencia fuera del horario de atención habitual del dentista de cabecera, llámenos sin cargo al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) o al **911.**

¿Qué es la posestabilización?

Los **"servicios de atención de posestabilización"** son servicios cubiertos por Medicaid que mantienen su afección o la de su hijo estable después de la atención médica de emergencia.

Atención de seguimiento después de una emergencia

Es posible que usted o su hijo necesite atención de seguimiento después de ir a la sala de emergencias. Si esto es así, programe una cita con su médico o el de su hijo. No vuelva a la sala de emergencias (a menos que se trate de una emergencia). No vuelva al médico que le brindó tratamiento a usted o a su hijo en el hospital, a menos que se lo indique el médico.

Atención especializada

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

Su médico o el de su hijo puede remitirlo a otro médico en caso de necesitar un tipo de atención especial que este no puede brindarle. Su médico o el de su hijo le comunicará si necesitan visitar a un especialista. No debe acudir a otro médico para recibir servicios si su médico o el de su hijo no acepta hacer una remisión. Si ve a un especialista sin una remisión, es posible que deba pagar los servicios.

¿En cuánto tiempo puede atendernos el especialista a mí o a mi hijo?

Después de haber recibido una remisión de su médico o el médico de su hijo, debe poder consultar a un especialista en un período de tres semanas para una consulta de rutina y dentro de las 24 horas para consultas de atención de urgencia.

¿Qué es una remisión?

Una **remisión** es una aprobación de su médico o el de su hijo para recibir atención especializada y tratamiento de seguimiento.

Puntos importantes sobre las remisiones:

- Debe hablar con su médico o el de su hijo sobre la remisión para saber qué servicios especiales pueden necesitar y por qué.
- Si el especialista sugiere más tratamientos o pruebas que no sean para lo que fue aprobada la remisión, es posible que necesite otra remisión de su médico o el de su hijo. Si usted o su hijo necesitan otra remisión y no la obtienen, es posible que deban pagar.
- **No puede solicitar remisiones** para servicios especializados **después** de ir a consultar a un especialista. Debe obtener la remisión de su médico o el de su hijo **antes** de recibir atención especializada (excepto en una emergencia).

¿Cuáles son los servicios que no necesitan una remisión?

Los siguientes servicios **no** necesitan una remisión:

No se necesitan remisiones
Servicios de planificación familiar
Atención de emergencia
Atención de la vista de rutina
Atención de obstetras/ginecólogos (OB/GYN)
Servicios de salud conductual (salud mental y enfermedad por consumo de sustancias)

¿Qué es una autorización previa?

No es una remisión ni una preautorización. La **autorización previa** es una aprobación que Aetna Better Health of Texas requiere para ciertos servicios y medicamentos. Algunos servicios necesitan aprobación antes de ser prestados. El proveedor que está tratando a usted o a su hijo debe obtener esta aprobación. Puede consultar a su médico, al médico de su hijo o a nosotros si necesita una aprobación para un servicio o tratamiento.

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red sobre el uso de cualquier servicio de atención médica. Si un proveedor de la red no está disponible, puede consultar a un proveedor fuera de la red. Obtener una segunda opinión no tiene costo para usted. Para obtener más información sobre cómo obtener una segunda opinión, llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos recibir servicios en el hogar?

En algunos casos, su médico o el de su hijo puede recomendarle atención de enfermería a domicilio. También es posible que necesite que le lleven equipos o suministros a su hogar,

para los cuales se necesita una autorización previa. Su médico o el de su hijo deberá enviar documentación sobre la necesidad médica antes de que los servicios puedan aprobarse.

- La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) ha cerrado un acuerdo extrajudicial que afecta al servicio de atención de enfermería privada, la atención de enfermería especializada a domicilio, el equipo médico duradero y los suministros, y los servicios de atención personal para los beneficiarios de Medicaid menores de 21 años. Podrá encontrar una copia de dicho acuerdo en **www.hhsc.state.tx.us** y **www.advocacyinc.org**. Si tiene preguntas, llame a Advocacy, Inc. al **1-800-252-9108**.

¿Qué sucede si mi PCP o el de mi hijo quiere que consulte a un proveedor que no pertenece a la red de Aetna Better Health?

Si su PCP o el de su hijo quiere que consulte a un proveedor que no está en la red de proveedores de Aetna Better Health, debe solicitar una autorización previa de Aetna Better Health. Puede acudir a un proveedor no participante solo en los siguientes casos:

- Necesita la atención; Y
- no hay proveedores de Aetna Better Health que brinden la atención;
- Aetna Better Health ha aprobado la atención.

Aetna Better Health tiene derecho a decidir dónde usted o su hijo pueden recibir servicios cuando no hay un proveedor de Aetna Better Health disponible para brindarle la atención. El proveedor no participante que planea brindarle atención a usted o a su hijo debe asegurarse de que su PCP o el de su hijo obtenga la autorización previa para proporcionar los servicios. Llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) si tiene alguna duda.

En caso de emergencia o servicios de planificación familiar, puede consultar a cualquier proveedor en cualquier momento.

¿Qué sucede con la cobertura de las nuevas tecnologías?

Siempre estamos en busca de nuevos procedimientos y servicios médicos para garantizar que usted o su hijo obtengan 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 servicios y tratamientos experimentales que se están investigando y estudiando no son servicios cubiertos.

Para decidir si una nueva tecnología será un beneficio o servicio cubiertos, haremos lo siguiente:

- Estudiaremos el propósito de cada tecnología.
- Revisaremos la documentación médica.
- Determinaremos el impacto de las nuevas tecnologías.
- Desarrollaremos pautas sobre cómo y cuándo usar la tecnología.

¿Qué sucede si mi hijo tiene una relación establecida con un proveedor especializado que no pertenece a la red de proveedores de Aetna Better Health?
Aetna Better Health of Texas permitirá que un miembro de STAR Kids que esté recibiendo servicios para necesidades médicas complejas siga recibiendo atención de un proveedor inscrito en Medicaid de Texas de quien el miembro esté recibiendo atención, incluso si tal proveedor no pertenece a la red de Aetna Better Health of Texas, siempre y cuando existan relaciones establecidas entre el miembro y el proveedor, protocolos de tratamiento existentes y planes de atención en curso.

Salud conductual

¿Cómo recibe ayuda mi hijo si tiene problemas de salud conductual (mental), con el alcohol o las drogas?
Aetna Better Health ofrece cobertura de salud para usted o su hijo de manera integral. Eso incluye ayuda por problemas de salud mental como la depresión. Usted o su hijo también pueden obtener ayuda cuando usted o alguien más piensa que usted o su hijo están bebiendo demasiado o consumiendo drogas. Si usted o su hijo necesitan ayuda de inmediato, llame a nuestra línea directa, durante las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-844-STRKIDS (1-844-787-5437)**.

¿Necesito una remisión para esto?
Usted puede acudir a cualquier proveedor de salud mental de nuestra red. No necesita pedirle a su médico que derive a alguien a usted o a su hijo. Es posible que deba obtener la aprobación del plan antes de recibir algunos servicios. La atención de emergencia está cubierta en todo Estados Unidos.

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la administración de casos específicos de salud mental?
Este beneficio los ayudará a usted o a su hijo a obtener acceso a atención médica y conductual, asistencia educativa y otros servicios necesarios en su comunidad.

¿Qué es la rehabilitación de salud mental?
Estos beneficios los ayudan a usted o a su hijo a saber más sobre la salud mental y asisten con su recuperación.

- Capacitación y apoyo relacionados con medicamentos: Le enseña a usted o a su hijo sobre medicamentos y cómo tener una buena salud mental.
- Servicios de rehabilitación psicosocial: Mejora las habilidades sociales y personales de usted o de su hijo para el trabajo, la familia, las amistades y la escuela.
- Capacitación y desarrollo de capacidades: aprende a manejar el estrés y la ira. Desarrolla capacidades para apoyar los objetivos de recuperación de usted o de su hijo.
- Intervención en casos de crisis: servicios comunitarios intensivos para ayudar a las personas en riesgo de hospitalización. Esto incluye resolución de problemas, habilidades de afrontamiento, asesoramiento y otro tipo de asistencia.

- Programa diurno para necesidades agudas: tratamiento a corto plazo de pacientes externos para mejorar el bienestar mental y emocional.

¿Cómo obtiene mi hijo estos servicios?
Llámenos para obtener estos servicios. Lo ayudaremos a encontrar un proveedor en su comunidad.

Si pierde su elegibilidad o la de su hijo para Medicaid, puede seguir recibiendo atención a través de la autoridad local de salud mental.

Farmacia y medicamentos

¿Cuáles son los beneficios de los medicamentos con receta para mi hijo o para mí?
Aetna Better Health cubre todos los medicamentos con receta aprobados por el programa de Medicaid del estado. Para obtener una lista de los medicamentos cubiertos, visite nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Texas** o llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

¿Qué sucede si mi hijo o yo también tenemos Medicare?
Si usted o su hijo tienen Medicaid y Medicare, obtendrá sus recetas o las de su hijo de Medicare. Aetna Better Health puede cubrir sus costos de bolsillo por algunos medicamentos.

¿Cómo obtiene mi hijo sus medicamentos?
Medicaid paga la mayor parte de los medicamentos que su médico o el de su hijo considera que necesitan. Les dará una receta para que puedan llevarla a la farmacia o quizás pueda enviarla por usted.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?
- Puede encontrar una farmacia de la red si visita nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Texas** y luego busca una farmacia en su área.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros sin cargo al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**). Pídale al representante que lo ayude a encontrar una farmacia de la red en su área.

¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está en la red?
Los medicamentos con receta que obtiene en otras farmacias que no pertenecen a la red de Aetna Better Health no estarán cubiertos. Todos los medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia de la red.

¿Qué debo llevar a la farmacia?
Deberá llevar la receta que su médico o el de su hijo les hizo. También deberá mostrar la tarjeta de beneficios de Medicaid Your Texas Benefits y su tarjeta de identificación del plan Aetna Better Health o la de su hijo.

¿Algunos medicamentos necesitan aprobación o autorización previa?
Aetna Better Health debe aprobar algunos medicamentos de la lista de medicamentos antes de cubrirlos. Hacemos esto mediante autorización previa o tratamiento escalonado.
La autorización previa es una aprobación que Aetna Better Health requiere para ciertos servicios y medicamentos.

¿Qué es el tratamiento escalonado?
Algunos medicamentos no se aprueban a menos que se hayan probado otros antes.
La cobertura del tratamiento escalonado (ST) requiere que se pruebe otro medicamento antes de cubrir un medicamento solicitado.

Cuando a usted o a su hijo les indiquen un nuevo medicamento con receta, pregúntele al médico si necesitamos aprobarlo antes de obtenerlo. Si ese es el caso, consulte si hay otro medicamento que usted o su hijo puedan tomar que no requiera aprobación. Si es necesario que aprobemos su medicamento o el de su hijo, su médico o el de su hijo debe llamar a Aetna Better Health por usted. Revisaremos la solicitud para aprobar su medicamento o el de su hijo.

Si el farmacéutico no puede comunicarse con Aetna Better Health para asegurarse de que el medicamento esté aprobado, puede darle un suministro temporal para tres (3) días del nuevo medicamento con receta. Le informaremos por escrito si no aprobamos su solicitud.
También le informaremos cómo comenzar el proceso de apelaciones/quejas.

¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos o los de mi hijo?
Si tiene algún problema para obtener sus medicamentos o los de su hijo, llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

¿Qué sucede si no puedo aprobar el medicamento que ordenó mi médico o el de mi hijo?
Si no puede comunicarse con su médico o el de su hijo para que apruebe un medicamento con receta, es posible que reciba un suministro de emergencia del medicamento para tres días.

Llame a Aetna Better Health al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) para que lo ayuden con sus medicamentos y resurtidos o los de su hijo.

¿Qué sucede si no puedo obtener el medicamento recetado por mi médico o el de mi hijo?
Si el medicamento que su médico o el de su hijo considera que necesitan no está en nuestro formulario y no pueden tomar ningún otro medicamento excepto el que les recetaron, el médico puede solicitar una excepción. Su médico o el de su hijo deberá completar el formulario de solicitud y enviarnos los registros médicos para respaldar la solicitud de excepción.

¿Qué sucede si pierdo mi(s) medicamento(s) o el/los de mi hijo?
Si tiene algún problema para obtener sus medicamentos o los de su hijo, llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo si se encuentra en un centro de atención de enfermería?

Puede obtener su medicamento o el de su hijo en cualquier farmacia de la red.*

- Un familiar o alguien elegido por usted pueden llevarle el medicamento a usted o a su hijo.
- Puede recibirlo por correo mediante el servicio de farmacia de pedido por correo.
- Algunas farmacias locales ofrecen servicios de entrega a domicilio.

* Pregunte en el centro de atención de enfermería qué método cumple con sus normas.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos o los de mi hijo?

Si usted o su hijo están tomando un medicamento por una afección de salud persistente, pueden pedir que sus medicamentos o los de su hijo se envíen por correo a su hogar. CVS Caremark es su farmacia de servicio por correo.

Si elige esta opción, recibirá su medicamento o el de su hijo directamente en su hogar. Puede programar sus resurtidos y consultar a los farmacéuticos si tiene preguntas. Aquí le mostramos algunas otras características de la entrega a domicilio.

- Los farmacéuticos controlan cada pedido para su seguridad.
- Puede pedir resurtidos por correo, por teléfono, en línea o puede inscribirse para recibir resurtidos automáticos.
- Puede hablar con los farmacéuticos por teléfono.

Es fácil comenzar a usar el servicio por correo

Elija **UNO** de los siguientes tres modos de usar el servicio por correo para un medicamento que usted o su hijo toman de forma continua:

- Llame a FastStart® al número gratuito **1-800-875-0867**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del centro). Un representante le informará cuáles de sus recetas o las de su hijo pueden surtirse a través de la farmacia de servicio por correo CVS Caremark. Luego, CVS Caremark se comunicará con su médico o el de su hijo para solicitarle una receta y le enviará a usted el medicamento por correo.
  - Cuando llame, asegúrese de tener lo siguiente:
    - Su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo.
    - El nombre, apellido y número de teléfono de su médico o el de su hijo.
    - Su información de pago y dirección de correo postal.
- Ingrese en **www2.caremark.com/faststart/cda/index.html**. Acceder por Internet es una manera rápida y fácil de comenzar a usar el servicio de correo. Una vez que haya ingresado la información solicitada, CVS Caremark se comunicará con su médico o el de su hijo para solicitar una nueva receta. Si aún no se registró, asegúrese de tener a mano su tarjeta de identificación de miembro o la de su hijo cuando se registre por primera vez.
- Complete y envíe un formulario del servicio de pedido por correo. Si ya tiene una receta,

puede enviársela a CVS Caremark con un formulario del servicio de pedido por correo completo. Si no tiene uno, puede imprimirlo en línea o pedirlo llamando sin costo al **1-855-271-6603.**

— Cuando complete el formulario, tenga a mano la siguiente información:
    - Su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo.
    - Su dirección de correo postal completa, incluido el código postal.
    - El nombre, apellido y número de teléfono de su médico o el de su hijo.
    - Una lista de las alergias u otras afecciones que padezca usted o su hijo.
    - La receta original que le entregó su médico o el de su hijo.
— Si usted o su hijo necesitan obtener una receta de inmediato, pídale a su médico o al de su hijo que le extienda dos recetas para el medicamento a largo plazo que deben tomar:
    - Una para un suministro a corto plazo (hasta 30 días) que puede obtenerse en una farmacia que participe en la red.

    Y

    - Una para el suministro máximo que permita su plan o el de su hijo, y los resurtidos según sea necesario. Adjunte esta receta junto con el formulario del servicio de pedido por correo.

¿Qué es el Programa Limitado de Medicaid?

Usted o su hijo pueden ser incluidos en el Programa Limitado si usted o este no siguieron las normas de Medicaid. Este programa controla cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid o los de su hijo siguen siendo los mismos.

Normas de farmacia de Medicaid a seguir:

- Elija una farmacia en un lugar para usar todo el tiempo.
- Asegúrese de que el médico principal o los especialistas de usted o de su hijo sean los únicos médicos que le dan recetas a usted o a su hijo.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos. Para obtener más información, llame al **1-800-436-6184**, opción 4.

¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos 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, Aetna Better Health paga nebulizadores, suministros de ostomía y otros suministros y equipos cubiertos, si son médicamente necesarios. Para los niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Aetna Better Health también paga los medicamentos de venta libre, los pañales, la leche de fórmula y algunas vitaminas y minerales que son médicamente necesarios. Llame al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) para obtener más información sobre estos beneficios.

¿Cómo obtengo o consulto una lista de productos farmacéuticos?
Aetna Better Health cubre los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos preferidos de medicamentos del proveedor. Esta es la lista de medicamentos que cubrimos cuando son médicamente necesarios. Esta lista se incluyó en su paquete de bienvenida o el de su hijo. Aetna Better Health no paga los medicamentos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Puede encontrar una lista de sus medicamentos o los de su hijo en uno de los siguientes sitios web: **AetnaBetterHealth.com/Texas** o **txvendordrug.com/formulary/prior-authorization/preferred-drugs**. Allí encontrará los medicamentos en la lista de medicamentos preferidos y aquellos que no son preferidos con los motivos por los que no puede obtenerlos.

Servicios de planificación familiar

¿Cómo obtiene mi hijo servicios de planificación familiar?
Los servicios de planificación familiar ayudan a usted o a su hijo a planificar o controlar embarazos. No necesita una remisión de su médico o el de su hijo para recibir servicios de planificación familiar o suministros. Si tiene menos de 21 años, no es necesario que obtenga el permiso de sus padres para obtener servicios o suministros de planificación familiar. Puede obtener servicios de planificación familiar de su médico o puede acudir a cualquier proveedor de planificación familiar que se encuentre en nuestro directorio de proveedores. Los servicios que puede recibir incluyen los siguientes:

Servicios de planificación familiar
Un control anual
Una visita al consultorio o a la clínica por un problema, o para recibir asesoramiento o recomendaciones
Análisis de laboratorio.
Pruebas de embarazo
Recetas y suministros anticonceptivos como píldoras anticonceptivas, diafragmas y preservativos
Servicios de esterilización (solo si tiene 21 años o más; se necesita un formulario de consentimiento de esterilización federal)

¿Necesita mi hijo una remisión para esto?
No necesita una remisión de su médico o el de su hijo para recibir servicios de planificación familiar o suministros.

¿Dónde encuentro un proveedor de servicios de planificación familiar?
Puede encontrar la ubicación de los proveedores de planificación familiar cerca de usted en línea en **www.dshs.state.tx.us/famplan/** o puede llamarnos al **1-844-STRKIDS (1-844-787-5437)** para obtener ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar.

Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW)

¿Necesita ayuda para encontrar y obtener servicios? Es posible que pueda obtener un administrador de casos para que le brinde ayuda.

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

La administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW) es un programa que brinda servicios de administración de casos relacionados con la salud a niños, adolescentes, adultos jóvenes (desde el nacimiento hasta los 20 años) y mujeres embarazadas que tienen Medicaid y problemas de salud, o que corren alto riesgo de tener problemas de salud. Desde el 1 de septiembre de 2022, el Programa de administración de casos para niños y mujeres embarazadas es administrado por Aetna Better Health of Texas.

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

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

- Tienen problemas de salud.
- Corren un alto riesgo de tener problemas de salud.

¿Qué hacen los administradores de casos?

El administrador de casos hará las consultas con usted, y luego esta persona hará lo siguiente:

- Averiguar qué servicios necesita
- Encontrar servicios cerca de donde vive
- Enseñarle cómo encontrar y obtener otros servicios
- Asegurarse de que está recibiendo los servicios que necesita

¿Qué tipo de ayuda puede obtener?

Los administradores de casos pueden ayudarlo a hacer lo siguiente:

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

¿Cómo puede obtener un administrador de casos?

Llame a Texas Health Steps al **1-877-847-8377** (sin costo), de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m.

Si tiene alguna pregunta sobre este programa o nuestro programa de administración de la atención, llame al **1-844-STRKIDS (1-844-787-5437)** o visite nuestro sitio web, **AetnaBetterHealth.com/Texas.**

Intervención Temprana en la Infancia (ECI)

¿Qué es la Intervención temprana en la infancia (ECI)?

La Intervención Temprana en la Infancia (ECI) es un programa estatal dentro de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) para familias con niños desde el nacimiento hasta los 3 años, con retrasos en el desarrollo, discapacidades o ciertos diagnósticos médicos que pueden afectar el desarrollo. Los servicios de ECI apoyan a las familias mientras aprenden a ayudar a sus hijos a crecer y aprender.

¿Qué servicios podemos recibir mi hijo o yo a través de ECI?

Los servicios de ECI pueden incluir lo siguiente:

Servicios de intervención temprana en la infancia
Servicios educativos auditivos y de la vista
Servicios de terapia del habla, ocupacional y fisioterapia
Servicios de nutrición
Capacitación de habilidades especializadas
Asesoramiento
Tecnología de asistencia

¿Necesita mi hijo una remisión para esto?

No tiene que acudir a su médico o al de su hijo para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al **1-844-STRKIDS (1-844-787-5437**).

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Si tiene preguntas adicionales o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

Coordinación de servicios

La coordinación de servicios es un servicio de administración de atención especializada que brindan los coordinadores de servicios. Nuestros coordinadores de servicios involucrarán activamente a los proveedores de atención primaria y especializada, proveedores de servicios de salud conductual e incluso proveedores de servicios no capitados para ayudar a garantizar que se satisfagan todas sus necesidades o las de su hijo.

¿Qué hará un coordinador de servicios por mi hijo o por mí?

Nuestros coordinadores de servicios se familiarizarán con usted o con su hijo para conocer sus necesidades de atención médica, de apoyos y servicios a largo plazo y de atención de salud conductual. Utilizaremos una encuesta de evaluación para ayudar a desarrollar un plan de servicio individual que refleje las metas, los objetivos y su progreso o el de su hijo a corto y largo plazo. Lo ayudaremos a obtener los servicios que usted o su hijo necesitan. Además, estaremos en contacto con usted para controlar su estado de salud o el de su hijo.

¿Cómo puedo hacer para hablar con un coordinador de servicios?
Puede comunicarse con su coordinador de servicios o el de su hijo por teléfono si tiene preguntas e inquietudes. Llame al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) y siga las indicaciones para comunicarse con su coordinador de servicios o el de su hijo.

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Para obtener una lista de los servicios de LTSS que pueden estar disponibles para usted o su hijo en el programa de STAR Kids, consulte la tabla a continuación.

Servicios comunitarios de STAR Kids
Community First Choice
Servicios de atención personal (PCS)
atención de enfermería privada
Centros de atención pediátrica prolongada recetada (PPECC)
Servicios de salud y actividades diurnas (DAHS)
Servicios del Programa para Niños Médicamente Dependientes
Ayudas adaptativas
Pequeñas modificaciones en el hogar (hacer cambios en su hogar para que pueda moverse con seguridad)
Servicios de asistencia de transición (TAS)
Empleo asistido y asistencia laboral

Recuerde que algunos de estos servicios pueden requerir completar un instrumento de evaluación y pruebas de STAR Kids antes de poder recibirlos. Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de estos servicios, llámenos y hable con un coordinador de servicios.

¿Qué son los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?
Los servicios y apoyos a largo plazo brindan ayuda con la atención médica diaria y las necesidades de la vida diaria de los miembros con una enfermedad o discapacidad de larga duración. Hay otros beneficios de atención a largo plazo que algunos miembros de STAR Kids pueden obtener según su necesidad médica. Estos se denominan servicios en el hogar y la comunidad (HCBS).

¿Cuáles son los beneficios de los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para mi hijo o para mí?
Los servicios y apoyos de atención a largo plazo son beneficios que ayudan a usted o a su hijo a mantenerse seguros e independientes en su hogar o comunidad. Usted o su hijo pueden recibir servicios de atención a largo plazo si necesitan ayuda con las necesidades diarias de atención médica y de la vida. Algunos de los servicios incluyen ayudar a usted o a su hijo

a comer, vestirse, bañarse o ir al baño, preparar comidas, hacer tareas domésticas livianas o ayudar con las compras.

¿Cómo obtiene mi hijo estos servicios? ¿A qué número debo llamar para averiguar acerca de estos servicios?
Un coordinador de servicios trabajará con usted para averiguar qué necesitan usted o su hijo y los ayudará a comenzar los servicios. Para obtener más información sobre los beneficios de atención a largo plazo de usted o de su hijo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

Mi hijo participa del Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP). ¿Cómo recibiré los LTSS de mi hijo?
Los LTSS del plan estatal, como los servicios de atención personal (PCS), la atención de enfermería privada (PDN) y Community First Choice (CFC), así como todos los servicios del MDCP, se prestarán a través de su organización de atención médica organizada (MCO) de STAR Kids o la de su hijo. Comuníquese con su coordinador de servicios de Aetna Better Health of Texas si necesita ayuda para acceder a estos servicios.

Mi hijo participa de la exención de Servicios de Empoderamiento Juvenil (YES). ¿Cómo recibiré los LTSS de mi hijo?
Los LTSS del plan estatal, como los servicios de atención personal (PCS), la atención de enfermería privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de su MCO de STAR Kids o la de su hijo. Sus servicios de exención de YES se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Comuníquese con su coordinador de servicios de Aetna Better Health of Texas si necesita ayuda para acceder a estos servicios. También puede comunicarse con su administrador de casos de la autoridad local de salud mental (LMHA) para preguntas específicas sobre los servicios de exención de YES.

Mi hijo participa de la exención de Servicios de Asistencia y Apoyo para Vivir en la Comunidad (CLASS). ¿Cómo recibiré los LTSS de mi hijo?
Los LTSS del plan estatal, como los servicios de atención personal (PCS), la atención de enfermería privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de su MCO de STAR Kids o la de su hijo. Sus servicios de exención de CLASS o los de su hijo se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Comuníquese con su coordinador de servicios de Aetna Better Health of Texas si necesita ayuda para acceder a estos servicios. También puede comunicarse con su administrador de casos de CLASS o el de su hijo si tiene preguntas específicas sobre estos servicios.

Mi hijo participa de la exención del Programa para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD). ¿Cómo recibiré los LTSS de mi hijo?
Los LTSS del plan estatal, como los servicios de atención personal (PCS), la atención de enfermería privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de su MCO de STAR Kids o la de su hijo. Sus servicios de exención de DBMD o los de su hijo se prestarán

a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Comuníquese con su coordinador de servicios de Aetna Better Health of Texas si necesita ayuda para acceder a estos servicios. También puede comunicarse con su administrador de casos de DBMD o el de su hijo si tiene preguntas específicas sobre estos servicios.

Mi hijo participa de la exención de los Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS). ¿Cómo recibiré los LTSS de mi hijo?

Los LTSS del plan estatal, como los servicios de atención personal (PCS), la atención de enfermería privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de su MCO de STAR Kids o la de su hijo. Sus servicios de exención de HCS o los de su hijo se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Comuníquese con su coordinador de servicios de Aetna Better Health of Texas o el de su hijo si necesita ayuda para acceder a estos servicios. También puede comunicarse con el coordinador de servicios de HCS de su autoridad local para discapacidades intelectuales y del desarrollo (LIDDA) si tiene preguntas específicas acerca de estos servicios.

Mi hijo participa de la exención del Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL) ¿Cómo recibiré los LTSS de mi hijo?

Los LTSS del plan estatal, como los servicios de atención personal (PCS), la atención de enfermería privada (PDN) y Community First Choice (CFC), se prestarán a través de su MCO de STAR Kids o la de su hijo. Sus servicios de exención de TxHmL o los de su hijo se prestarán a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Comuníquese con su coordinador de servicios de Aetna Better Health of Texas si necesita ayuda para acceder a estos servicios. También puede comunicarse con el coordinador de servicios de TxHmL de su autoridad local para discapacidades intelectuales y del desarrollo (LIDDA) si tiene preguntas específicas acerca de estos servicios.

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

No, sus beneficios de STAR Kids o los de su hijo no cambiarán si se encuentran en un centro de atención de enfermería. Para obtener más información, llame a su coordinador de servicios o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**). Preste atención a las indicaciones.

¿Seguiremos recibiendo mi hijo o yo los beneficios de STAR Kids si nos admiten en un centro de atención de enfermería?

Un miembro de STAR Kids que ingrese en un centro de atención de enfermería o centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID) seguirá siendo miembro de STAR Kids. La MCO debe brindar coordinación de servicios y los servicios cubiertos que tengan lugar fuera del centro de atención de enfermería o ICF/IID cuando un miembro de STAR Kids resida en un centro de atención de enfermería o ICF/IID. Mientras el miembro permanezca en el centro de atención de enfermería o ICF/IID, la MCO de STAR Kids debe trabajar con el miembro y con su representante legalmente autorizado (LAR) para

identificar los servicios comunitarios y los programas de LTSS que lo puedan ayudar a reintegrarse a la comunidad.

Opciones de prestación de servicios

Hay tres opciones disponibles para los miembros que deseen administrar por su cuenta la prestación de servicios de atención personal (PCS), los servicios de atención personal o la adquisición, la conservación y la mejora de habilidades en CFC y, para los miembros del MDCP de STAR Kids, los cuidados paliativos en el hogar o fuera del hogar, el empleo asistido y la asistencia laboral. Las tres opciones son las siguientes:

1. ***Opción de servicios administrados por el consumidor (CDS)***
   Esta es una opción de prestación de servicios en la que un miembro o su LAR emplean y conservan proveedores de servicios y dirigen la prestación de PCS y de servicios de cuidados paliativos.
2. ***Opción relacionada con el servicio (SRO)***
   En este modelo, el miembro o su LAR participan activamente en la elección de su asistente personal o proveedor de cuidados paliativos, pero no son el empleador registrado.
3. ***Opción a través de una agencia***
   En este modelo, Aetna Better Health contrata a una agencia de servicio de apoyo en el hogar y la comunidad (HCSSA) o a una agencia certificada de servicios en el hogar y la comunidad o agencia del Programa de Texas para Vivir en Casa para la prestación de servicios.

Para obtener más información sobre estas opciones, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

Verificación electrónica de visitas (EVV)

Texas requiere que los asistentes que prestan ciertos servicios de Medicaid utilicen la verificación electrónica de visitas. El sistema de EVV se asegura de que le brinden los servicios aprobados a usted o a su hijo.

¿Qué es la verificación electrónica de visitas (EVV)?

La verificación electrónica de visitas es un sistema utilizado para registrar el tiempo que su asistente o enfermero, o el de su hijo, les brinda servicios. La EVV es gratuita. La EVV utiliza tecnología informática y telefónica para registrar el horario en el que su enfermero o asistente, o el de su hijo, comienza y finaliza el trabajo.

¿Cómo funciona la EVV?
Su asistente o enfermero, o el de su hijo, usa el teléfono fijo de su casa para llamar a un número gratuito cuando comienza a prestar los servicios y nuevamente cuando finaliza. Es su tarjeta de control electrónica.

¿Debo participar en la EVV?
Sí, si recibe servicios que requieren EVV. Debe permitir que su asistente o el de su hijo registre el horario cuando comienza y cuando finaliza los servicios. Se requiere EVV para ciertos servicios en la casa y la comunidad, como los servicios de asistente personal, los servicios de supervisión protectora, los servicios de atención personal, los cuidados paliativos en el hogar, el apoyo familiar flexible y Community First Choice.

¿Qué sucede si no tengo un teléfono fijo o no quiero que mi asistente use mi teléfono fijo?
Si no tiene un teléfono fijo de su casa o no desea que su asistente o el de su hijo lo use, infórmeselo a su asistente o enfermero o el de su hijo lo antes posible. Su asistente o el de su hijo puede usar su dispositivo móvil para registrar el horario del sistema EVV o su agencia puede solicitar un dispositivo alternativo de EVV para su asistente o el de su hijo. La agencia colocará el dispositivo en su casa. Debe estar en un área donde su asistente o el de su hijo tenga fácil acceso y debe permanecer en su hogar en todo momento.

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades de EVV?
Sus derechos

1. Su información privada solo se puede compartir en situaciones específicas que cumplan con las pautas y regulaciones estatales y federales.
2. No necesita permitir que su asistente use el teléfono de su casa.
3. Puede solicitar una reunión interdisciplinaria o una reunión del equipo del plan de servicios con el coordinador de servicios de su plan de salud sobre las inquietudes relacionadas con el uso de EVV.
4. Tiene derecho a presentar un reclamo, expresar quejas o recomendar cambios en la política o el servicio. Nadie puede tratarlo de manera diferente por haber presentado un reclamo. Nadie puede impedirle presentar un reclamo.

Cómo presentar un reclamo:

- **Por teléfono al 1-866-566-8989.**
  Los miembros que sean sordos, con problemas auditivos o del habla pueden llamar a cualquier oficina de la HHSC utilizando el servicio gratuito de retransmisión de Texas al **7-1-1** o **1-800-735-2989.**
- **En internet en hhs.texas.gov/managed-care-help**. Formulario de envío en línea.
- **Por correo**:

Texas Health and Human Services Commission
Office of the Ombudsman,
MC H-700
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

- **Por fax al 1-888-780-8099** (número gratuito).

Sus responsabilidades

1. Debe permitir que su asistente use el sistema de EVV para registrar el horario en una de las siguientes maneras:
   - Método móvil de EVV
   - Teléfono fijo de su casa
   - Dispositivo alternativo de EVV
2. Su asistente no puede usar su teléfono celular personal para registrar el horario del sistema de EVV.
3. Debe informar al proveedor del programa si su asistente le pide que usted registre el horario del sistema EVV por él.
4. Si utiliza un dispositivo alternativo de EVV que se coloca o fija en su hogar, debe permanecer en su hogar en todo momento.

Debe informar a su agencia o al coordinador de servicios de Aetna Better Health de inmediato si sucede lo siguiente:

- El dispositivo alternativo de EVV fue retirado de su hogar o sufrió daños.
- Cree que alguien ha manipulado el dispositivo alternativo de EVV.

Debe notificar a su agencia si ya no recibe los servicios de Medicaid para que retiren el dispositivo alternativo de EVV.

Especialista en transiciones

¿Qué es un especialista en transiciones?

Es un empleado de Aetna Better Health que trabaja con miembros adolescentes y adultos jóvenes y su red de apoyo para prepararlos para una transición exitosa de STAR Kids a la adultez.

¿Qué hará un especialista en transiciones por mi hijo o por mí?

- Preparar a usted o a su hijo para la transición hacia la adultez
- Brindar educación para ayudarlo con la autogestión.
- Ayudarlo a solicitar servicios y recursos comunitarios.
- Ayudarlo a identificar futuras oportunidades laborales y de capacitación laboral.
- Encontrar proveedores para adultos.

¿Cómo puedo hablar con un especialista en transiciones?
Puede comunicarse con el especialista en transiciones por teléfono si tiene preguntas e inquietudes adicionales. Llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) para comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros y que lo conecten con su especialista en transiciones o el de su hijo.

Atención médica domiciliaria

Para mejorar la coordinación de la atención y la administración de la atención para nuestros miembros con necesidades especiales o complejas, promovemos la atención médica domiciliaria. La atención médica domiciliaria es una práctica de los proveedores que ayuda a combinar la salud física y conductual (trastornos de salud mental y por abuso de sustancias) con los servicios y apoyos a largo plazo vinculando a nuestros miembros con los servicios necesarios. El objetivo de la atención médica domiciliaria es ayudar a mejorar la calidad general de la atención médica para nuestros miembros.

Centro de atención pediátrica prolongada recetada (PPECC)

El PPECC es un centro conforme al artículo 248A.001 del Código de Salud y Seguridad de Texas que brinda servicios básicos no residenciales, como servicios médicos, de enfermería, psicosociales, terapéuticos y de desarrollo, a las personas menores de 21 años que sean médica o tecnológicamente dependientes.

Este servicio requiere la aprobación previa de Aetna Better Health. Su PCP y su especialista o el de su hijo pueden coordinar la certificación previa para esta atención cuando sea necesario. Para obtener más información sobre los beneficios de PPECC para usted o su hijo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

Controles de Texas Health Steps (THSteps)

¿Qué es Texas Health Steps?
Texas Health Steps es atención médica para niños, adolescentes y adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años. Texas Health Steps le brinda a su hijo controles médicos gratuitos desde el nacimiento y controles dentales gratuitos a partir de los 6 meses.

Texas Health Steps también puede brindarle un administrador de casos que puede determinar qué servicios necesita su hijo y dónde obtenerlos.

¿Qué servicios ofrece Texas Health Steps?

Texas Health Steps 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.

Texas Health Steps le ofrece a su hijo los siguientes servicios:

- Controles médicos regulares gratuitos desde el nacimiento.
- Controles dentales gratuitos desde los 6 meses
- Un administrador de casos que puede determinar qué servicios necesita su hijo y dónde obtenerlos.

Los controles de Texas Health Steps cumplen las siguientes funciones:

- Encontrar problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- Prevenir los problemas de salud que dificultan que los niños aprendan y crezcan como otros de su edad.
- Ayudar a que su hijo tenga una sonrisa saludable.

Cuándo programar un control:

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

¿Cómo y cuándo puedo recibir los controles médicos y dentales de Texas Health Steps para mi hijo?

Los controles médicos regulares ayudan a asegurar que su hijo crezca de forma saludable. Debe llevarlo a su médico u otro proveedor de Aetna Better Health Texas Health Steps para realizar controles médicos en las siguientes edades:

THSteps - Controles médicos		
	Bebés y niños pequeños	
Hasta 5 días después del alta	2 semanas	2 meses
4 meses	6 meses	9 meses
12 meses	15 meses	18 meses
24 meses	30 meses	
	Niños mayores	
3 años	4 años	5 años
6 años	7 años	8 años
9 años	10 años	
	Preadolescentes, adolescentes, adultos jóvenes	
11 años	12 años	13 años
14 años	15 años	16 años
17 años	18 años	19 años
20 años		

THSteps - Controles dentales
Los controles dentales deben comenzar a los 6 meses de edad. Los controles dentales deben realizarse cada seis meses, a menos que el dentista necesite ver a su hijo con más frecuencia. No necesita una remisión del proveedor de atención primaria de su hijo. Los niños menores de 6 meses pueden recibir servicios dentales en caso de una emergencia.

Si el médico o dentista encuentra un problema de salud durante un control, su hijo puede recibir la atención que necesita, como lo siguiente:

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

Llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) o al número gratuito de Texas Health Steps al **1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS**) si sucede lo siguiente:

- Necesita ayuda para encontrar un médico o dentista.
- Necesita ayuda para programar un control.
- Tiene preguntas sobre los controles o sobre Texas Health Steps.
- Necesita ayuda para encontrar y obtener otros servicios.

Si no puede llevar a su hijo al control, Medicaid podría brindarle ayuda. Los niños con Medicaid y sus padres pueden obtener viajes gratuitos hacia y desde el médico, el dentista, el hospital o la farmacia.

¿Por qué es importante que mi hijo reciba un control de Texas Health Steps dentro de los 90 días? Como miembro nuevo de Aetna Better Health, es importante que su hijo vea a un proveedor dentro de los primeros 90 días desde su inscripción con nosotros para que reciba un control de Texas Health Steps. Para evitar problemas de salud para sus hijos, adolescentes y adultos jóvenes, asegúrese de que reciban sus controles médicos y dentales de Texas Health Steps.

¿El médico de mi hijo tiene que ser parte de la red de Aetna Better Health?
Los miembros pueden acudir a cualquier proveedor de Texas Health Steps. No es necesario que el proveedor de Texas Health Steps sea parte de la red de Aetna Better Health. Esto puede incluir al médico de su hijo. Si acude a un proveedor de Texas Health Steps que no es el médico de su hijo, pídale a este proveedor que envíe una copia de los resultados del control al médico de su hijo.

¿Tengo que tener una remisión?
No necesita una remisión del médico de su hijo para obtener los controles médicos o dentales de Texas Health Steps.

¿Qué sucede si necesito cancelar una cita?
Si necesita cancelar o cambiar la cita de su hijo para un control de Texas Health Steps, llame a su proveedor de Texas Health Steps lo antes posible.

¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad y mi hijo debe someterse a un control de Texas Health Steps?
Es importante programar el control de su hijo antes de salir de la ciudad. Si se encuentra fuera de la ciudad cuando deba realizarse el control de Texas Health Steps, programe una cita con un proveedor de Texas Health Steps tan pronto como llegue a casa. Si se muda, llámenos al **1-844-STRKIDS (1-844-787-5437)** para obtener el nombre de un proveedor de Texas Health Steps cerca de donde vive.

¿Qué sucede si soy trabajador agrícola migrante?
Su hijo puede hacerse los controles antes si se traslada fuera del área.

Servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)

¿Qué son los servicios de NEMT?

Los servicios de NEMT proporcionan transporte para las citas de atención médica que no sean de emergencia a los miembros que no tengan otras opciones de transporte. Estos viajes incluyen traslados al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares en los que recibe servicios de Medicaid. Estos viajes NO incluyen traslados en ambulancia.

¿Qué servicios de NEMT están disponibles para mí y mi hijo?

- Pases o boletos para el transporte, como el transporte público urbano e interurbano, o entre estados, incluido el ferrocarril o el autobús.
- Servicios de transporte de aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte de respuesta ante la demanda, que consiste en el transporte puerta a puerta en autobuses privados, camionetas o sedanes, incluidos vehículos con acceso para sillas de ruedas, en caso de ser necesario.
- Reembolso de millas para un participante de transporte individual (ITP) por un viaje verificado y realizado hacia un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, un responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si tiene 20 años o menos, puede recibir el costo de las comidas correspondiente a un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa de las comidas es de $25 por día para el miembro y $25 por día para un asistente aprobado.
- Si tiene 20 años o menos, puede recibir el costo del alojamiento correspondiente a un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a la estadía por la noche y no incluyen el uso de instalaciones durante la estadía, como llamadas telefónicas, servicio de habitación o de lavandería.
- Si tiene 20 años o menos, puede recibir fondos antes de un viaje para cubrir servicios de NEMT autorizados.

Si necesita que un asistente lo acompañe a la cita, los servicios de NEMT cubrirán los gastos de transporte de su asistente.

Los menores de 14 años deben viajar en compañía de uno de sus padres, un tutor u otro adulto autorizado. Los menores de 15 a 17 años deben viajar en compañía de uno de sus padres, un tutor u otro adulto autorizado, o bien, deben presentar el consentimiento de sus padres, un tutor u otro adulto autorizado para viajar solos. El consentimiento parental no es necesario si el servicio de atención médica es de carácter confidencial.

¿Cómo se obtiene el transporte?
Le proporcionaremos información sobre cómo solicitar los servicios de NEMT. Debe solicitar los servicios de NEMT con la mayor antelación posible, y al menos dos días hábiles antes de que necesite el servicio. En determinadas circunstancias, puede solicitar este servicio con menor antelación. Estas circunstancias incluyen el traslado después de recibir el alta de un hospital; los viajes a la farmacia para retirar medicamentos o suministros médicos aprobados; y los viajes por afecciones de urgencia. Una afección de urgencia se refiere a una afección que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento en un plazo de 24 horas.

Si se cancela la cita médica, debe notificarlo antes del viaje aprobado y programado.

Antes de programar su traslado, tenga lista la siguiente información

- Su número de identificación de Medicaid o de miembro
- Su nombre y apellido
- Su fecha de nacimiento
- La dirección de su hogar, incluido el código postal para recogerlo
- El nombre, la dirección y el código postal del proveedor de atención médica, del centro médico o de la farmacia que visitará.
- La fecha y hora de su cita de atención médica
- Si alguien viaja con usted (solo se permite una persona más).
- Si tiene requisitos especiales de transporte; por ejemplo, con acceso para sillas de ruedas.

Para solicitar un traslado, haga lo siguiente

- Llame a MTM Health al **1-866-411-8920 (TTY: 711)** dos días hábiles antes de su cita para programar su traslado. Atienden durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Descargue la aplicación MTM Health (**MTM**) en su teléfono inteligente desde la tienda de aplicaciones. Puede programar los traslados por teléfono y recibir recordatorios por mensaje de texto si lo desea.

No se olvide de marcar en su calendario la fecha y hora de su cita. En el día de su cita, esté listo 30 minutos antes de que llegue su transporte.

Viajes de larga distancia
Puede programar un traslado a cualquier cita médica necesaria con un proveedor dentro de la red que se encuentre más allá de 75 millas de su hogar. Para esto se necesita una autorización previa. Póngase en contacto con su administrador de casos. Debe programar este traslado al menos con cinco días hábiles de anticipación. Se podrán rembolsar los costos de comidas y alojamiento. Si está programando un traslado para una cita afuera del área de servicio con un proveedor fuera de la red, su médico necesitará primero obtener una aprobación (autorización previa) para esa visita antes de organizar el transporte.

¿Necesita ayuda?
Simplemente llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-STRKIDS (1-844-787-5437)**. Siempre estamos dispuestos a ayudar a nuestros miembros para programar un traslado.

Servicios de la vista

¿Cómo obtiene mi hijo servicios de atención de la vista?
Superior Vision ofrecerá servicios de la vista, como exámenes y anteojos. Superior Vision lo ayudará a obtener la atención que usted o su hijo necesitan mientras coordinan con Aetna Better Health. Puede elegir un oftalmólogo que esté cerca de usted. Si usted o su hijo necesitan servicios de la vista, comuníquense con Superior Vision al **1-800-879-6901**.

Para los exámenes de la vista de rutina, puede visitar a un oftalmólogo sin una remisión de su proveedor de atención primaria o el de su hijo.

Los niños, adolescentes y adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años*,* pueden obtener un examen de la vista y anteojos con receta una vez durante un período de 12 meses. Puede obtener más servicios si se produce un cambio en la vista. Puede obtener más servicios si los solicita por escrito el médico, maestro o enfermero de la escuela de su hijo.

Servicios dentales

¿Qué servicios dentales cubre Aetna Better Health para mi hijo o para mí?
Aetna Better Health cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro de cirugía ambulatoria, incluido, entre otros, el pago por lo siguiente:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento del daño traumático en los dientes y las estructuras de soporte
- Extirpación de quistes
- Tratamiento de abscesos orales de origen dental o gingival

Aetna Better Health cubre hospitales, médicos y servicios médicos relacionados con las afecciones que se mencionan anteriormente. Esto incluye servicios del médico y otros servicios que usted o su hijo puedan necesitar, como la anestesia u otros medicamentos.

Aetna Better Health también es responsable de pagar el tratamiento y los dispositivos para anomalías craneofaciales.

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

Servicios de interpretación

¿Puede alguien interpretarme cuando hablo con mi médico o el de mi hijo? ¿Con quién debo comunicarme para obtener un intérprete?

Nuestro personal habla inglés y español. Tenemos una línea de idiomas si su lengua materna no es inglés o español. Si necesita un intérprete, llámenos al **1-844-STRKIDS (1-844-787-5437**). Al momento de su llamada, pondremos un intérprete que hable su idioma en la línea.

Las personas sordas o con problemas auditivos pueden llamar a la línea TTY al **1-800-735-2989**.

¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona para mi hijo o para mí en el consultorio del proveedor? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?

También podemos ayudarlo si necesita que un intérprete lo acompañe al consultorio de su médico o el de su hijo. Cuando sepa la fecha de la cita, llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**). Necesitamos un aviso con 72 horas de anticipación sobre la necesidad de un intérprete.

Salud de la mujer

¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos atención de un obstetra o ginecólogo? ¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo?

Atención: Miembros mujeres

Aetna Better Health le permite elegir un obstetra o ginecólogo, pero este médico debe estar en la misma red que su médico o el de su hija.

Usted tiene derecho a elegir un obstetra o ginecólogo sin una remisión de su médico o el de su hija. Un obstetra o un ginecólogo pueden brindarles lo siguiente:

- Un control médico de bienestar para la mujer cada año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención de cualquier afección médica que afecte a las mujeres
- Remisión a un médico especial dentro de la red

¿Cómo elijo a un obstetra o ginecólogo?

Consulte nuestro directorio de proveedores para encontrar un obstetra o ginecólogo dentro de la red. También puede obtener una copia del directorio de proveedores en línea

en **AetnaBetterHealth.com/Texas** o llamarnos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) para obtener ayuda para encontrar un obstetra o ginecólogo.

Si no elijo a un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?
Puede comunicarse directamente con cualquier obstetra o ginecólogo de la red de Aetna Better Health para recibir servicios.

¿Necesitamos mi hija o yo una remisión para esto?
Tiene derecho a elegir un obstetra o ginecólogo de nuestra red sin una remisión de su médico o el de su hija.

¿En cuánto tiempo podrá verme/ver a mi hija el obstetra o ginecólogo luego de programar una cita?
Si usted o su hija están embarazadas, deben verlas dentro de las 2 semanas posteriores a la inscripción o hasta la semana 12 de embarazo. Si no están embarazadas, deben verlas dentro de las 3 semanas posteriores a la solicitud de una cita.

¿Puedo/puede mi hija seguir consultando al obstetra o ginecólogo si no está en la red de Aetna Better Health?
Si usted o su hija están embarazadas y han pasado la semana 24 de embarazo al momento de inscribirse, podrán permanecer bajo el cuidado de su obstetra o ginecólogo actual.
Si lo desean, pueden elegir un obstetra o ginecólogo que esté en nuestra red, siempre y cuando el proveedor acepte tratarla a usted o a su hija. Podemos ayudarla con los cambios de médico.

¿Qué sucede si estoy embarazada o mi hija está embarazada? ¿Con quién debo comunicarme?
Llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación o la de su hija apenas se entere de que está embarazada. Deberá comunicarse con su asistente social de Medicaid o el de su hija tan pronto como nazca el bebé para inscribirlo en Medicaid. Su bebé puede ser elegible para recibir Medicaid desde su nacimiento hasta cumplir un año de vida.

¿Qué otros servicios/actividades/educación les brinda Aetna Better Health a las mujeres embarazadas?

- **Administración de casos**: Aetna Better Health ofrece servicios de administración de casos para ayudarlas a usted o a su hija a obtener los servicios que necesitan si están embarazadas. También podemos ayudarles a obtener remisiones cuando sea necesario.

- **Educación prenatal:** Enviaremos un paquete prenatal a todas las mujeres embarazadas. Este paquete tiene información sobre cómo mantenerse saludable durante el embarazo y otros temas. Llámenos para obtener información sobre las clases prenatales. Podemos ayudarla a encontrar clases prenatales en la comunidad (es posible que se apliquen tarifas, pero, en general, hay una tarifa con descuento para las que sean elegibles para Medicaid).

¿Dónde puedo encontrar una lista de centros de maternidad?
Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) o busque en nuestro directorio de proveedores en línea en **AetnaBetterHealth.com/Texas** para averiguar qué centros de maternidad están en nuestra red.

¿Cómo inscribo a mi bebé recién nacido? ¿Cómo y cuándo le informo a mi plan de salud o el de mi hija? Es importante que nos llame al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación o la de su hija lo antes posible para que podamos asegurarnos de que conoce los servicios de salud para su bebé.

¿Cómo y cuándo le informo a mi asistente social o el de mi hija?
Deberá comunicarse con su asistente social de Medicaid o el de su hija tan pronto como nazca el bebé para inscribir al bebé en Medicaid.

¿Cómo puedo recibir atención médica después de que nazca mi bebé o el de mi hija (y mi hija o yo ya no estamos cubiertas por Medicaid)?
Después de que nazca su bebé o el de su hija, pueden perder la cobertura de Medicaid. Es posible que pueda obtener algunos servicios de atención médica a través del Programa de Salud para Mujeres de Texas y el Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS). Estos servicios son para mujeres que solicitan los servicios y están aprobados.

Programa de Salud para la Mujer de Texas

El Programa de Salud para la Mujer de Texas ofrece exámenes de planificación familiar, exámenes de salud relacionados y control de la natalidad a mujeres de 18 a 44 años cuyo ingreso familiar se encuentre en el límite de ingresos del programa (185 por ciento del nivel federal de pobreza) o por debajo de este. 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 Salud para la Mujer de Texas, escriba, llame o visite el sitio web del programa:

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

Programa de Atención Médica Primaria del DSHS
El Programa de Atención Médica Primaria del DSHS ofrece servicios 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 deben estar en el límite de ingresos del programa (200 % del nivel federal de pobreza)

o por debajo de este. Es posible que una persona aprobada para recibir servicios deba pagar un copago, pero no se rechaza a ninguna persona para recibir servicios por falta de dinero.

La atención médica primaria se centra en la prevención de enfermedades, la detección temprana y la intervención temprana de problemas de salud. Los principales servicios prestados son los siguientes:

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

Los servicios secundarios que pueden proporcionarse son servicios de nutrición, exámenes de salud, atención médica a domicilio, atención dental, transporte a consultas médicas, medicamentos que su médico solicita (medicamentos con receta), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies dañados (servicios de podiatría) y servicios sociales.

Podrá solicitar servicios de atención médica primaria en ciertas clínicas en su área. Para encontrar una clínica donde pueda presentar su solicitud, visite el Localizador de Clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitarias del DSHS en **http://txclinics.com/**.

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

Sitio web: **www.dshs.state.tx.us/phc/**
Teléfono: **512-776-7796**
Correo electrónico: **PPCU@dshs.state.tx.us**

Programa de Planificación Familiar del DSHS

El Programa de Planificación Familiar cuenta con centros clínicos en todo el estado que proporcionan anticonceptivos de calidad, de bajo costo y fáciles de usar para mujeres y hombres.

Para encontrar una clínica en su área, visite el Localizador de Clínicas de Servicios de Salud Familiar y Comunitarias 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 a la siguiente dirección:

Sitio web: **www.dshs.state.tx.us/famplan/**
Teléfono: **512-776-7796**
Fax: **512-776-7203**
Correo electrónico: **PPCU@dshs.state.tx.us**

Otros servicios para miembros

¿A quién llamo si mi hijo o yo tenemos necesidades especiales de atención médica y necesitamos que alguien nos ayude?
Los administradores de casos pueden ayudar a usted o su hijo si tienen necesidades especiales de atención médica. En este caso, también pueden recibir atención médica de un especialista. Si usted o su hijo tienen necesidades especiales de atención médica y necesitan alguien que los ayude, llámenos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

¿Qué sucede si mi hijo o yo estamos demasiado enfermos para tomar una decisión sobre la atención médica? ¿Qué son las instrucciones anticipadas? ¿Cómo obtengo una instrucción anticipada para mi hijo o para mí?
Una instrucción anticipada es una declaración escrita que usted completa antes de una enfermedad grave. Esta declaración dice cómo quiere que se tomen las decisiones médicas. Si usted o su hijo no pueden tomar decisiones de tratamiento, su médico o el de su hijo le pedirá a un pariente o amigo más cercano que los ayude a decidir qué es lo mejor para ustedes. A veces, no todos están de acuerdo sobre lo que se debe hacer. Por eso, es útil que informe con anticipación qué quiere que suceda si usted o su hijo no pueden hablar por ustedes mismos.

Si usted o su hijo no tienen una instrucción anticipada y desean recibir más información sobre cómo obtener una, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo. Con gusto lo ayudaremos.

Renovación de la cobertura

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos ayuda para completar la solicitud de renovación?
Las familias deben renovar la cobertura de Medicaid de ellos o de sus hijos cada año. En los meses previos a la finalización de la cobertura de un niño, la HHSC enviará a la familia un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación contiene una solicitud. También incluye una carta que solicita información actualizada sobre los ingresos y las deducciones de costos de la familia. Las instrucciones y la información adicional se pueden encontrar en **yourtexasbenefits.com/Learn/Home.**

¿Qué sucede si mi hijo o yo perdemos la cobertura de Medicaid?
Si usted o su hijo pierden la cobertura de Medicaid, pero la vuelven a obtener dentro de los seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenían antes de perder la cobertura. También tendrán el mismo médico que tenían antes.

Facturación de proveedores

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

Si la factura es por un servicio cubierto por Medicaid, no tendrá que pagar. Llámenos **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) si recibe una factura por correo de su médico o el de su hijo. Llamaremos al consultorio del médico para explicarle cuáles son sus beneficios o los de su hijo y organizaremos el pago de su factura. Cuando nos llame, tenga a mano su tarjeta de identificación de Aetna o la de su hijo, su tarjeta de beneficios de Medicaid Your Texas Benefits y la factura del médico. Necesitaremos esta información para poder ayudarlo rápidamente.

¿Puede mi proveedor de Medicare o el de mi hijo facturarme servicios o suministros si mi hijo o yo tenemos Medicare y Medicaid?

No le deben facturar los "costos compartidos" de Medicare, que incluyen deducibles, coseguros y copagos que están cubiertos por Medicaid.

Aviso del Departamento de Servicios para Miembros

¿Qué tengo que hacer si me mudo o si mi hijo se muda?

Apenas sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

Antes de que usted o su hijo puedan obtener servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a Aetna Better Health, a menos que necesiten servicios de emergencia. Usted o su hijo continuarán recibiendo atención por medio de Aetna Better Health, hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Qué sucede si mi hijo o yo tenemos otro seguro de salud además de Medicaid?

Medicaid y los seguros privados

Debe informar al personal de Medicaid sobre cualquier seguro de salud privado que tenga su hijo. Debe llamar a la línea directa de recursos de terceros de Medicaid y actualizar el archivo de caso de Medicaid de su hijo en las siguientes circunstancias:

- Si se cancela su seguro de salud privado.
- Si obtiene una nueva cobertura de seguro.
- Si tiene preguntas generales sobre seguros de terceros, puede llamar a la línea directa gratuita al **1-800-846-7307**.

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

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden denegar los servicios porque su hijo tenga un seguro de salud privado, además de Medicaid. Si los proveedores aceptan a su hijo como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud a la compañía de seguro de salud privado de su hijo.

Derechos y responsabilidades de los miembros

¿Cuáles son los derechos y responsabilidades de su hijo?

Derechos de los miembros:

1. Usted tiene derecho al respeto, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación. Eso comprende el derecho a lo siguiente:
   a. Ser tratado de manera justa y con respeto.
   b. Saber que sus registros médicos y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán de manera privada y confidencial.
2. Tiene derecho a 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 que verá la mayor parte del tiempo y que coordinará su atención. Tiene derecho a cambiarse a otro plan o proveedor de una manera razonablemente fácil. Eso comprende el derecho a lo siguiente:
   a. Recibir información sobre cómo elegir y cambiar su plan de salud y su proveedor de atención primaria.
   b. Elegir cualquier plan de salud que desee que esté disponible en su área y elegir su proveedor de atención primaria de ese plan.
   c. Cambiar su proveedor de atención primaria.
   d. Cambiar su plan de salud sin penalización.
   e. Recibir información sobre cómo cambiar su plan de salud o su proveedor de atención primaria.
3. Tiene derecho a hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Eso comprende el derecho a lo siguiente:
   a. Pedirle a su proveedor que le explique sus necesidades de atención médica y que hable con usted sobre las diferentes maneras en que se pueden tratar sus problemas de atención médica.
   b. Recibir información sobre por qué la atención o los servicios se denegaron y no se brindaron.
4. Tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento, y a participar activamente de las decisiones de tratamiento. Eso comprende el derecho a lo siguiente:
   a. Trabajar en 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 cuidado administrado (MCO) ofrece servicios y entornos de reemplazo, usted tiene derecho a lo siguiente:

a. Recibir información sobre los servicios y entornos de reemplazo que puede obtener y cómo solicitarlos.
b. Que se le informe por qué se redujeron o denegaron servicios y entornos de reemplazo.
c. Optar por negarse a recibir servicios y entornos de reemplazo en lugar de otros servicios cubiertos.

6. Tiene derecho a utilizar cada uno de los procesos de reclamos y apelaciones disponibles a través de la organización de cuidado administrado y de Medicaid, y a recibir una respuesta oportuna a los reclamos, las apelaciones, la revisión médica externa y las audiencias imparciales del estado. Eso comprende el derecho a lo siguiente:
   a. Presentar un reclamo ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre su atención médica, su proveedor o su plan de salud.
   b. Obtener una respuesta oportuna a su reclamo.
   c. Usar el proceso de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
   d. Solicitar una revisión médica externa y una audiencia imparcial del estado al programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese proceso.
   e. Solicitar una audiencia imparcial del estado sin una revisión médica externa al programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
7. Tiene derecho a acceder oportunamente al cuidado sin tener que enfrentar obstáculos físicos o de comunicación. Eso comprende el derecho a lo siguiente:
   a. Tener acceso telefónico a un profesional médico durante las 24 horas, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o de urgencia que necesite.
   b. Obtener atención médica de manera oportuna.
   c. Poder ingresar al consultorio del proveedor de atención médica y salir de este. Esto se refiere a que las personas con discapacidades tengan un acceso libre de obstáculos, de conformidad con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.
   d. Tener intérpretes, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y al hablar con su plan de salud. Los intérpretes incluyen personas que pueden hablar en su idioma nativo, ayudar a alguien con una discapacidad o ayudarlo a comprender la información.
   e. Recibir información que pueda comprender sobre las normas de su plan de salud, incluidos los servicios de atención médica que puede obtener y cómo hacerlo.
8. Tiene derecho a no ser retenido ni recluido para conveniencia de otra persona, para obligarlo a hacer algo que no quiere hacer o para castigarlo.
9. Tiene derecho a saber que los médicos, los hospitales y otras personas que lo atienden pueden brindarle recomendaciones sobre su estado de salud, la atención médica y el tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que le proporcionen esta información, incluso si la atención o el tratamiento no son servicios cubiertos.

10. Tiene derecho a saber que usted no es responsable de pagar por los servicios cubiertos. Los médicos, los hospitales y otros no pueden exigirle que pague copagos ni ningún otro monto por los servicios cubiertos.
11. Tiene derecho a hacer recomendaciones en cuanto a los derechos y las responsabilidades de los miembros de su plan de salud.
12. Usted tiene derecho a recibir atención de un médico, incluso si decide no vacunarse. Si un médico se ha negado a atenderle debido a su estado de vacunación, debe informarlo a la oficina de HHS del defensor del pueblo, ya sea comunicándose con el Equipo de Asistencia de Cuidado Administrado al 1-866-566-8989, por fax al 888-780-8099, en línea en https://hhs.texas.gov/omcat o escribiendo a la siguiente dirección:

    Texas Health and Human Services Commission,
    Office of the Ombudsman, MC H-700,
    P.O. Box 13247
    Austin, Texas 78711-3247

Responsabilidades de los miembros:

1. Debe conocer y entender cada derecho que tiene en virtud del programa de Medicaid. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
    a. Conocer y entender sus derechos en virtud del programa de Medicaid.
    b. Hacer preguntas si no comprende sus derechos.
    c. Conocer qué opciones de planes de salud están disponibles en su área.
2. Debe cumplir con las políticas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
    a. Aprender y cumplir con las normas de su plan de salud y las normas de Medicaid.
    b. Elegir su plan de salud y un proveedor de atención primaria rápidamente.
    c. Realizar cualquier cambio en su plan de salud y su proveedor de atención primaria en las formas establecidas por Medicaid y por el plan de salud.
    d. Asistir a las citas programadas.
    e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
    f. Comunicarse siempre primero con su proveedor de atención primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
    g. Asegurarse de contar con la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de consultar a un especialista.
    h. Saber cuándo debería y cuándo no debería ir a la sala de emergencias.
3. Debe compartir información sobre su salud con su proveedor de atención primaria y conocer las opciones de servicio y tratamiento. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
    a. Informar a su 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 que se pueden tratar sus problemas de atención médica.
   c. Ayudar a los proveedores a obtener sus registros médicos.
4. Debe participar en las decisiones relacionadas con el servicio y las opciones de tratamiento, tomar decisiones personales y tomar medidas para mantenerse saludable. Eso incluye las siguientes responsabilidades:
   a. Trabajar en equipo con el proveedor para decidir qué atención médica es mejor para usted.
   b. Comprender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud.
   c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
   d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
   e. Hablar con el proveedor acerca de todos sus medicamentos.

Responsabilidades adicionales de los miembros mientras usan los servicios de NEMT.

1. Cuando solicite los servicios de NEMT, debe proveer la información solicitada por la persona que organiza o verifica su transporte.
2. Debe seguir todas las normas y reglamentaciones que controlan sus servicios de NEMT.
3. Debe devolver los fondos por anticipado que no usó. Debe proveer evidencia de que tuvo su cita médica antes de recibir fondos por anticipado en el futuro.
4. No debe agredir verbalmente, sexualmente o físicamente ni acosar a alguien mientras solicita o recibe los servicios de NEMT.
5. No debe perder los boletos o pases de autobús y debe devolver cualquier boleto o pase de autobús que no use. Debe usar los boletos o pases de autobús solo para ir a sus citas médicas.
6. Solo debe usar los servicios de NEMT para ir o volver de sus citas médicas.
7. Si ha organizado un servicio de NEMT, pero por algún motivo ya no necesita el servicio, debe ponerse en contacto con la persona que lo ayudó a organizar su transporte lo antes posible.

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

Proceso de reclamo

¿Qué debo hacer si tengo un reclamo? ¿A quién debo llamar?

Queremos ayudar. Si tiene un reclamo, llámenos sin cargo al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) para informarnos sobre su problema. Un defensor del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health puede ayudarlo a presentar un reclamo. La mayoría de las veces podremos ayudarlo de inmediato o en unos pocos días como máximo.

¿Alguien de Aetna Better Health puede ayudarme a presentar un reclamo?
Nuestro defensor de miembros puede ayudarlo a presentar un reclamo. El defensor de miembros tomará nota de su inquietud. También puede enviar un reclamo por escrito al defensor de miembros a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Member Advocate
P.O. Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

¿Cuánto tiempo llevará el procesamiento de mi reclamo?
Cuando recibamos su reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días para informarle que lo recibimos. Le enviaremos otra carta dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que recibimos su reclamo que le informará los resultados.

¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar un reclamo?
Puede presentar un reclamo en cualquier momento. Si tiene un reclamo, llámenos sin cargo al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**). También puede enviarnos el reclamo por escrito a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Member Advocate
P.O. Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

Una vez que haya pasado por el proceso de reclamos de Aetna Better Health, puede presentar un reclamo ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando sin cargo al **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 el reclamo en línea en **hhs.texas.gov/managed-care-help.**

Proceso de apelación

¿Qué puedo hacer si mi médico o el de mi hijo solicita un servicio o un medicamento para mi hijo o para mí que está cubierto, pero Aetna Better Health lo rechaza o limita?
Aetna Better Health le enviará una carta sobre una determinación adversa de beneficios respecto de un servicio cubierto que solicite su médico o el de su hijo.

Una **determinación adversa de beneficios** significa la denegación o autorización limitada de un servicio solicitado. Aquí encontrará lo siguiente:

- La denegación parcial o total de la cobertura de un producto o servicio.
- La denegación de un tipo o nivel de servicio.
- La reducción, suspensión o finalización de un servicio previamente autorizado.
- La denegación total o parcial, la reducción, la suspensión o la terminación de servicios y entornos de reemplazo (programa de hospitalización parcial o programa intensivo para pacientes externos)

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 o el de su hijo, solicita una revisión de la determinación adversa de beneficios. Usted o el médico de su hijo pueden enviar cualquier información médica adicional que respalde la razón por la cual no está de acuerdo con la decisión. Puede llamarnos al **1-844-STRKIDS (1-844-787-5437**) y solicitar una apelación. El defensor de miembros tomará nota de la información y se la enviará para que la revise. Puede enviar una apelación por escrito a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Member Advocate
P.O. Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

¿Cómo me enteraré si los servicios son denegados?

Si se le deniegan los servicios a usted o a su hijo, usted y el médico de su hijo recibirán una carta con información sobre el motivo de la denegación. En la carta, también se le informará cómo presentar una apelación y cómo solicitar una revisión médica externa (EMR) o una audiencia imparcial del estado.

¿Cómo puedo seguir recibiendo los servicios aprobados?

Si actualmente está recibiendo servicios y quiere seguir recibiéndolos, usted o su médico deben solicitar una apelación en un plazo de 10 días a partir de la denegación o de la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción propuesta. Si la decisión de la apelación es la misma que nuestra primera decisión, es posible que deba pagar los servicios que recibió durante la apelación. Aetna no intentará cobrar el pago por dichos servicios sin la autorización por escrito de la HHSC. Si tiene preguntas sobre lo que se puede seguir recibiendo, llame o escriba al defensor de miembros a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Member Advocate
PO Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

¿Cuáles son los plazos del proceso de apelación?

Tiene derecho a apelar tanto los nuevos productos que no ha recibido como los productos que actualmente recibe y están próximos a interrumpirse o reducirse. Usted tendrá sesenta (60) días desde el aviso de determinación adversa de beneficios para presentar una apelación. Si actualmente recibe servicios actualmente que están próximos a interrumpirse o reducirse y desea continuar recibiéndolos en el nivel actual, debe presentar la apelación antes de que se cumplan los 10 días a partir del envío por correo del aviso de la determinación adversa de beneficios de Aetna Better Health o la fecha de inicio previsto de la acción propuesta, la fecha que sea posterior. El plazo para la resolución de la apelación dependerá de los servicios que se denegaron.

Si se encuentra en el hospital o ya está recibiendo servicios que se limitan o se deniegan, puede llamar y solicitar una apelación de emergencia. Este proceso se explica en la sección “Proceso de la apelación de emergencia” a continuación.

Su solicitud de apelación puede hacerse de manera oral o por escrito. Si la apelación se recibe verbalmente, el defensor de miembros tomará nota de la información y se la enviará para que la revise. Se puede enviar una solicitud por escrito a:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Member Advocate
P.O. Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

Para una apelación estándar, el defensor de miembros le enviará una carta dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación para informarle que la recibimos. Enviaremos toda la información disponible a un médico que no haya participado en la toma de la primera decisión. Recibirá una respuesta por escrito sobre su apelación en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la solicitud inicial de apelación, ya sea oral o escrita, incluida la opción de extenderla hasta 14 días si usted lo solicita, o si Aetna Better Health demuestra que es necesario obtener más información y que la demora lo beneficiará a usted. Si Aetna Better Health necesita una extensión, usted recibirá un aviso por escrito sobre el motivo de la demora.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?
Si está en desacuerdo con la decisión tomada por Aetna Better Health of Texas con respecto a un servicio o beneficio, puede presentar una apelación a Aetna Better Health of Texas. Puede solicitar una apelación de nuevos productos que aún no ha recibido y de productos que actualmente recibe y están próximos a interrumpirse o reducirse. Debe presentar una apelación antes de recibir servicios de su proveedor. No tiene derecho a una apelación si los servicios que solicitó no están cubiertos por Medicaid. No tiene derecho a una apelación si se realiza un cambio en la ley estatal o federal que afecta a algunos o todos los beneficiarios de Medicaid.

¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?
No es necesario que su solicitud sea por escrito. Puede solicitar una apelación llamándonos y pidiendo hablar con el defensor de miembros. Tomaremos nota de lo que nos diga y se lo enviaremos para que lo revise.

¿Alguien de Aetna Better Health puede ayudarme a presentar una apelación?
Puede recibir ayuda para presentar una apelación llamándonos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) o escribiendo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Member Advocate
P.O. Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

El defensor de miembros escuchará su apelación y le informará sobre las normas. El defensor de miembros responderá sus preguntas y se asegurará de que reciba un trato justo.

¿Qué sucede si necesito más tiempo?
Si necesita más tiempo para enviar información sobre su apelación, puede solicitar una extensión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que recibimos su apelación para informarle que necesitamos más tiempo y por qué es mejor para usted que tomemos la extensión. Cuando se extienda una apelación, extenderemos el plazo para resolver su apelación catorce (14) días. Eso significa que le enviaremos la carta de resultados de la apelación en un plazo de cuarenta y cuatro (44) días a partir de la fecha en que recibimos su apelación. La carta también le informará que, si no está de acuerdo con que extendamos el plazo, puede presentar un reclamo.

NOTA: Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una audiencia imparcial del estado. El procedimiento para solicitar una audiencia imparcial del estado se explica a continuación. Debe completar el proceso de apelaciones antes de solicitar una audiencia imparcial del estado.

Proceso de la apelación de emergencia

¿Qué es una apelación de emergencia?
Una **apelación de emergencia** es cuando el plan de salud tiene que tomar una decisión rápidamente en función del estado de su salud o el de su hijo y cuando tomarse el tiempo para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud o la de su hijo.

¿Cómo solicito una apelación de emergencia?
Puede solicitar una apelación de emergencia llamándonos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) o escribiéndonos a:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Member Advocate
P.O. Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?
No es necesario que su solicitud de una apelación de emergencia se haga por escrito. Puede solicitar una apelación llamándonos y pidiendo hablar con el defensor de miembros. Tomaremos nota de lo que nos diga y se lo enviaremos para que lo revise.

¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?
El plazo para la resolución tendrá como base su afección, procedimiento o tratamiento médicos de emergencia. Aetna Better Health le informará por escrito la decisión final de la apelación de emergencia dentro de las setenta y dos (72) horas desde que recibamos su solicitud.
Si su apelación es sobre la denegación de atención de emergencia o una afección potencialmente mortal u hospitalización continua, Aetna Better Health le informará la decisión final de la apelación de emergencia en el plazo de un (1) día hábil o setenta y dos (72) horas, lo que ocurra primero.

¿Qué sucede si Aetna Better Health rechaza la solicitud de una apelación de emergencia?
Si solicita una apelación de emergencia que no involucra una emergencia, una hospitalización continua o servicios que ya se están brindando, se le informará que la apelación no se puede acelerar. Seguiremos trabajando en la apelación dentro del plazo estándar y le responderemos dentro de los treinta (30) días posteriores al momento en que se recibió la apelación.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?
Puede solicitar una apelación llamándonos al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**) y preguntando por el defensor de miembros o escribiendo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Member Advocate
P.O. Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

El defensor de miembros escuchará su apelación y le explicará cuáles son las normas.
El defensor de miembros responderá sus preguntas y se asegurará de que reciba un trato justo.

Audiencia imparcial del estado

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

Si desea impugnar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial del estado dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la carta del plan de salud con la decisión sobre la apelación interna. Si no solicita la audiencia imparcial del estado en este 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 enviar una carta al plan de salud a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Member Advocate
P.O. Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

O llamar al **1-844-STRKIDS** (**1-844-787-5437**).

Usted tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio, incluidos los servicios y entornos de reemplazo, el plan de salud denegado o reducido, en función de los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial del estado si usted la solicita, según cuál de los siguientes eventos ocurra más tarde: (1) 10 días calendario después de la fecha en que el plan de salud envió por correo la carta de decisión de apelación interna, o (2) el día en que la carta de decisión de apelación interna del plan de salud diga que su servicio se reducirá o finalizará. Si no solicita una audiencia imparcial del estado antes de esta fecha, se interrumpirá el servicio que el plan de salud denegó. Si solicita una audiencia imparcial del estado, recibirá un paquete de información en el que se le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales del estado se lleva

a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden decir por qué necesita el servicio que le denegó el plan de salud.

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

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial del estado de emergencia?
Si considera que su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, conservar o recuperar la funcionalidad plena se verán gravemente afectadas por esperar una audiencia imparcial del estado, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial del estado acelerada. Para hacerlo, comuníquese con Aetna Better Health por correo o por teléfono. Para reunir los requisitos para solicitar una audiencia imparcial del estado de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de Aetna Better Health of Texas.

Revisión médica externa

¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa (EMR)?
Si el miembro, como parte del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan de salud, tiene derecho a solicitar una revisión médica externa. Una revisión médica externa es una medida opcional y adicional que puede tomar el miembro para que se revise el caso antes de la audiencia imparcial del estado. Para nombrar a alguien para que lo represente, el miembro puede comunicarse con el plan de salud y brindar el nombre de la persona que quiere que sea su representante. Un proveedor puede ser 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 de salud envíe por correo la carta con la decisión de la apelación interna. Si el miembro no solicita la revisión médica externa en el plazo de 120 días, puede perder su derecho a una revisión médica externa. Para solicitar una revisión médica externa, el miembro o su representante debe hacer lo siguiente:

- Complete el "Formulario de solicitud de audiencia imparcial del estado y revisión médica externa" que se proporciona adjunto a la carta de aviso para miembros sobre la decisión de apelación interna de la MCO y envíelo a Aetna Better Health por correo o fax a la dirección o al número de fax que figura en la parte superior del formulario.
- Llame a Aetna Better Health al **1-844-STRKIDS (1-844-787-5437)**.
- Envíenos un correo electrónico a **TXMemberAdvocate@aetna.com**.

Si el miembro solicita una revisión médica externa en un plazo de 10 días a partir del momento en que recibe la decisión de apelación del plan de salud, tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio (incluidos los servicios y entornos de reemplazo) que el plan de salud le haya denegado, en virtud de los servicios autorizados previamente, al menos hasta que se tome 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 el que recibe la decisión

de apelación del plan de salud, se interrumpirá el servicio que el plan de salud denegó.

El miembro puede retirar la solicitud de una revisión médica externa antes de que se asigne a una Organización de revisión independiente o mientras esta revisa la solicitud de revisión médica externa. Una Organización de revisión independiente es una organización de terceros, contratada por la HHSC, que se encarga de realizar una revisión médica externa durante los procesos de apelación de los miembros relacionados con las determinaciones adversas de beneficios en función de la necesidad funcional o médica. No se puede retirar una revisión médica externa si una Organización de revisión independiente ya completó la revisión y tomó una decisión.

Una vez que se reciba la decisión de la revisión médica externa, el miembro tiene derecho a retirar la solicitud de audiencia imparcial del estado. El miembro puede retirar la solicitud de audiencia imparcial del estado oralmente o por escrito; para esto, debe comunicarse con el funcionario de audiencias que aparece en el Formulario 4803, Aviso de audiencia.

Si el miembro continúa con la audiencia imparcial del estado y la decisión de la audiencia es diferente de la decisión de la Organización de revisión independiente, la decisión de la audiencia imparcial del estado es la final. La decisión de la audiencia imparcial del estado solo puede confirmar o aumentar los beneficios del miembro con respecto a la decisión de la Organización de revisión independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?
Si considera que su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, conservar o recuperar la funcionalidad plena se verán gravemente afectadas por esperar una revisión médica externa estándar, usted, su padre o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una revisión médica externa o una audiencia imparcial del estado de emergencia. Para hacerlo, comuníquese con Aetna Better Health por correo o por teléfono. Para reunir los requisitos para solicitar una revisión médica externa o una revisión de la audiencia imparcial del estado de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de Aetna Better Health.

Denuncias de abuso, negligencia y explotación

Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad, lo que incluye no experimentar abuso, negligencia ni explotación.

¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación?
El **abuso** es un daño mental, emocional, físico o sexual, o no evitar que se produzca ese daño.

La **negligencia** produce hambre, deshidratación, sobremedicación o submedicación, condiciones de vida insalubres, etc. También incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La **explotación** es el mal uso de los recursos de otra persona para obtener una ganancia personal o monetaria. Esto incluye tomar cheques del Seguro Social o del SSI (ingreso complementario administrado por el Seguro Social), aprovecharse de una cuenta corriente conjunta y tomar bienes y otros recursos.

Denuncias de abuso, negligencia y explotación
La ley exige que denuncie sospechas de abuso, negligencia o explotación, lo que incluye el uso no autorizado de restricciones o aislamiento cometido por un proveedor.

En situaciones potencialmente mortales o de emergencia, llame al **9-1-1**.
Haga la denuncia por teléfono (si no se trata de una emergencia) durante las 24 horas, los 7 días de la semana, sin cargo.

Haga la denuncia al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas llamando al **1-800-647-7418** en caso de abuso, negligencia o explotación de una persona que vive en los siguientes lugares o recibe servicios allí:

- Centro de atención de enfermería.
- Centro de vivienda asistida.
- Centro de atención diurna para adultos.
- Proveedor de cuidado tutelar de adultos con licencia.
- Agencia de servicio de apoyo en el hogar y la comunidad (HCSSA) o agencia de atención médica a domicilio.

La sospecha de abuso, negligencia o explotación por parte de una HCSSA también se debe denunciar ante el Departamento de Servicios Familiares y de Protección (DFPS). Denuncie todas las demás sospechas de abuso, negligencia o explotación al DFPS llamando al **1-800-252-5400**.

Haga la denuncia de manera electrónica (si no se trata de una emergencia)
Ingrese en **https://txabusehotline.org**. Este es un sitio web seguro. Deberá crear una cuenta y un perfil protegidos por contraseña.

Información útil para hacer una denuncia
Cuando se denuncia algún caso de abuso, negligencia o explotación, es útil tener a mano los nombres, las edades, las direcciones y los números telefónicos de todas las personas involucradas.

Información sobre fraude

Fraude y abuso
¿Quiere denunciar un caso de uso indebido, abuso o fraude?
Háganos saber si cree que un médico, dentista, farmacéutico en una farmacia, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está actuando

incorrectamente. Actuar incorrectamente podría ser uso indebido, abuso o fraude, que son ilegales. Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien hace algo de lo siguiente:

- Factura servicios que no se brindaron o que no eran necesarios.
- No dice la verdad sobre una afección médica para recibir tratamiento médico.
- Permite que otra persona use su identificación de miembro de Medicaid.
- Usa la identificación de miembro de Medicaid de otra persona.
- No dice la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para obtener beneficios.

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

- Llame a la línea directa de ayuda de la Oficina del Inspector General (OIG) al **1-800-436-6184**.
- Visite **https://oig.hhsc.state.tx.us/** Debajo de la casilla "I WANT TO" (QUIERO), haga clic en "Report Waste, Abuse, and Fraud" (Denunciar uso indebido, abuso y fraude) para completar el formulario en línea.
- Brinde la siguiente información directamente a su plan de salud:

  Aetna Better Health of Texas
  Attention: SIU Coordinator
  P.O. Box 818042
  Cleveland, OH 44181-8042

  o llame al **1-888-761-5440**

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

- Cuando denuncie a un proveedor (un médico, dentista, consejero, etc.), incluya lo siguiente:
  - nombre, dirección y número de teléfono del proveedor;
  - nombre y dirección del centro (hospital, hogar de convalecencia, agencia de atención médica a domicilio, etc.)
  - Número de Medicaid del proveedor y del centro, si lo tiene
  - Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
  - nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
  - Fechas de los sucesos
  - resumen de lo que paso.
- Cuando denuncie a alguien que recibe beneficios, incluya lo siguiente:
  - El nombre de la persona
  - Fecha de nacimiento de la persona, número de Seguro Social o número de caso (de tenerlos)
  - Ciudad donde vive la persona
  - Detalles específicos sobre el uso indebido, abuso o fraude

Subrogación

Podemos solicitar el reembolso de los gastos médicos incurridos para tratar una lesión o enfermedad causadas por otra persona. Esta es una disposición de "derecho de subrogación". Nos reservamos el derecho de recuperar el costo de los beneficios médicos pagados cuando otra parte es (o podría ser) responsable de causarle la enfermedad o lesión. También podemos solicitar la devolución del costo de los gastos médicos si usted recibe gastos de la otra parte.

Notificación anual

Como miembro de Aetna Better Health of Texas, puede solicitar y obtener la siguiente información cada año:

- Información sobre proveedores de la red: como mínimo, médicos de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá los nombres, las direcciones, los números de teléfono y los idiomas que hablan (además del inglés) de cada proveedor de la red, y también la identificación de los proveedores que no aceptan pacientes nuevos.
- Cualquier límite a su libertad de elección de proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de reclamo, apelación, revisión médica externa y audiencia imparcial del estado.
- Información sobre los beneficios disponibles en virtud del programa de Medicaid, incluidos el monto, la duración y el alcance de los beneficios. Esto está diseñado para asegurarnos de que comprende los beneficios a los que tiene derecho.
- Información sobre los servicios y entornos de reemplazo, si los ofrece su MCO, incluida la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios, así como la política sobre derivaciones.
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, incluidos los servicios de planificación familiar, de proveedores fuera de la red y los límites a esos beneficios.
- Cómo obtener cobertura después del horario de atención y de emergencia, y los límites para esos tipos de beneficios, incluido lo siguiente:
  - Qué son las afecciones de emergencia, los servicios de emergencia y los servicios de posestabilización.
  - El hecho de que no necesita la 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 usar el sistema telefónico 911 o su equivalente local.
  - Las direcciones de los lugares donde los proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
  - Una declaración donde se informa que tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otro centro para la atención de emergencia.

— Normas de posestabilización.
- Política sobre remisiones para atención especializada y otros beneficios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria.
- Pautas de práctica de Aetna Better Health of Texas.

Grupo de asesoramiento para miembros

¡Únase a nuestro grupo de asesoramiento para miembros!
Nos reunimos una vez cada tres meses en su comunidad. Hay un grupo especialmente para STAR Kids. Puede decirnos cómo estamos trabajando y ofrecernos sugerencias. Nos gustaría conocer su opinión. Visite **AetnaBetterHealth.com/Texas/members** para registrarse.

Beneficios y servicios de STAR Kids

Todos estos beneficios de atención médica se denominan beneficios de cuidados agudos. Eso significa que son para cuando está enfermo o está tratando de no enfermarse. Los beneficios de cuidados agudos se refieren a médicos, hospitales y laboratorios. Los usa para atención médica o de salud mental.

Recuerde: Si su hijo tiene doble elegibilidad, algunos de estos beneficios de atención médica están cubiertos por Medicare. Todavía puede ir a su médico de Medicare para obtener los servicios que necesita.

Tipo de beneficio
Atención médica necesaria para adultos y niños
Vacunas para prevenir enfermedades (inmunizaciones)
Servicios de quiropráctica
Podiatras (médico de pie)
Servicios de laboratorio y radiografías
Cirugía como paciente externo (sin hospitalización)
Atención hospitalaria y para pacientes externos
Atención de maternidad y del recién nacido
Línea de ayuda de enfermería las 24 horas
Atención de emergencia las 24 horas en una sala de emergencias
Servicios de oftalmólogos (incluye anteojos y lentes de contacto, si son médicamente necesarios)
Servicios de agencias de atención médica a domicilio
Servicios auditivos y audífonos
Detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)/niño sano
Controles médicos y dentales de Texas Health Steps
Examen físico (una vez al año)
Ambulancias (por emergencias solamente)
Diálisis para problemas renales
Trasplantes de órganos principales
Suministros y servicios de planificación familiar

Tipo de beneficio
Suministros para la diabetes (excluyendo los medicamentos)
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
Tratamiento del VIH y de enfermedades de transmisión sexual
Equipo médico
Clases de educación de salud
Suministros para catéteres urinarios
Suministros médicos
Servicios de salud conductual (como asesoramiento y tratamiento)
Asistencia para trastornos por consumo de sustancias (como alcohol o drogas)
Servicios médicos para el asma (excluyendo los medicamentos)
Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)

Exclusiones de STAR Kids

Los servicios que no están cubiertos por STAR Kids se denominan **exclusiones**.

Tipo de beneficio
Curación por la fe
Acupuntura
Cirugía estética
Cualquier servicio que no sea médicamente necesario
Cualquier servicio que su médico no haya aprobado, excepto los servicios de planificación familiar, los servicios auditivos y de la vista de rutina, obstetricia/ginecología, servicios de salud conductual y servicios de emergencia

Clases de educación para la salud de STAR Kids

Temas de las clases
Inmunizaciones
Acondicionamiento físico
Salud mental
Control del peso
Nutrición
Salud bucal
Concientización sobre el cuidado de la vista
Sesiones para dejar de fumar
Seguridad contra intoxicaciones
Concienciación sobre las drogas y el alcohol
Enfermedades de transmisión sexual
Prevención del embarazo adolescente
Atención prenatal
Seguridad en el asiento del vehículo
Mortalidad infantil

Beneficios de valor agregado de STAR Kids

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Servicios de venta libre	El programa OTC Health Solutions ofrece a los miembros una asignación trimestral de $25. Los medicamentos y productos de venta libre (OTC) se pueden solicitar por teléfono, en línea, por fax o por correo y luego se envían directamente al hogar de los miembros. Limitado a $25 por trimestre por miembro. Descuento en servicios de farmacia. Estos productos incluyen lo siguiente*: • Cuidado para el bebé • Remedios para el resfrío • Salud digestiva • Productos para el cuidado de la vista o de los oídos • Cuidado femenino • Insumos de primeros auxilios • Cuidado de los pies • Diagnóstico en el hogar • Incontinencia • Cuidado bucal • Analgésicos • Atención personal • Vitaminas/minerales • Alimentos * Se excluyen medicamentos con receta, alcohol, lotería, sellos postales, tarjetas de regalo, giros postales, tarjetas prepagas y acabado de fotografías, y no es válido para los productos reembolsados por el gobierno federal. Este beneficio cubre los medicamentos de venta libre (OTC) y otros productos que no necesitan una receta y no se consideran, de otra manera, beneficios cubiertos.
Ayuda adicional con el transporte	¿Necesita ayuda con el transporte? Podemos proporcionar pases o fichas para autobús, tarifas de taxi o viajes compartidos diarios para los miembros y sus representantes legalmente autorizados (LAR), además de hermanos, si sus LAR no pueden hacer otros arreglos, cuando sea necesario para visitar las oficinas del WIC, eventos o clases en la comunidad patrocinados por el plan o asistir a reuniones de grupos de asesoramiento para miembros.

Servicios adicionales de la vista	Los miembros de Aetna Better Health of Texas recibirán asistencia financiera para obtener productos y servicios de la vista. • Menores de 20 años: Aetna cubrirá hasta $175 una vez al año para anteojos, incluidas las monturas de anteojos, los lentes y los lentes de contacto que no están cubiertos por Medicaid.
Incentivo de seguimiento para pacientes internados de salud conductual	Reciba una tarjeta de regalo de $25 para los miembros que completen una visita de seguimiento con su proveedor de salud conductual en los 7 días posteriores a su salida de la hospitalización de salud conductual.
Recursos de salud conductual en línea	Los miembros pueden acceder a recursos de salud mental en línea en nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Texas/members/behavior**.
Asistencia para miembros con asma	Los miembros con un diagnóstico de asma e inscritos en el programa de control de la enfermedad del asma recibirán lo siguiente, hasta $100 por año: • Un medidor de flujo espiratorio máximo y una cámara de retención o espaciador todos los años • Control de plagas • Ropa de cama hipoalergénica • Limpieza profunda de alfombras
Exámenes de aptitud física para hacer deportes	Exámenes de aptitud física para hacer deportes médicamente necesarios a todos los miembros de hasta 19 años.

Programa de regalos para exámenes de bienestar infantil	Los miembros pueden recibir lo siguiente: • Una tarjeta de regalo de $50 sin costo para los miembros por completar los controles/las visitas de Texas Health Steps/bienestar infantil a las 2 semanas y a los 2, 4 y 6 meses de edad. Una vez realizados estos controles, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar una tarjeta de regalo de $50. • Una tarjeta de regalo de $25 sin costo para usted por completar los controles/las visitas de Texas Health Steps/bienestar infantil a los 9 meses de edad. Una vez realizado este control, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar la tarjeta de regalo de $25. • Una tarjeta de regalo de $25 sin costo para usted por completar los controles/las visitas de Texas Health Steps/bienestar infantil a los 12 meses de edad. Una vez realizado este control, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar la tarjeta de regalo de $25. • Una tarjeta de regalo de $25 sin costo para usted por completar los controles/las visitas de Texas Health Steps/bienestar infantil a los 15 meses de edad. Una vez realizado este control, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar la tarjeta de regalo de $25. • Una tarjeta de regalo de $25 sin costo para usted por completar los controles/las visitas de Texas Health Steps/bienestar infantil a los 18 y a los 30 meses de edad. Una vez realizado cada uno de estos controles, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar la tarjeta de regalo de $25. Hay dos tarjetas de regalo de $25 disponibles por completar ambos controles. • Una tarjeta de regalo de $25 sin costo por cada vez que realice un control/una visita anual de Texas Health Steps/bienestar infantil para los miembros desde los 3 hasta los 20 años de edad. Una vez que complete cada uno de estos controles/visitas, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar la tarjeta de regalo de $25. Límite de una tarjeta por miembro por año.

Programa de Regalo por Exámenes y Evaluaciones de STAR Kids	Aetna Better Health of Texas ofrece una tarjeta de regalo de $25 después de completar el proceso de evaluaciones y pruebas iniciales de STAR Kids de Aetna Better Health dentro de los 10 días hábiles posteriores a la inscripción, la reevaluación del SAI y la inscripción en el portal web para miembros de STAR Kids dentro de los 30 días calendario posteriores a completar el SAI. Límite de 1 tarjeta de regalo por miembro por año.
Servicios de cuidados paliativos	Hasta 10 horas adicionales de servicios de cuidados paliativos en el hogar disponibles para los miembros del Programa de niños médicamente dependientes (MDCP) STAR Kids de Aetna Better Health y de la exención de atención coordinada por mes. 12 horas de servicios de cuidados paliativos en el hogar por año para miembros de STAR Kids de Aetna Better Health de Nivel 1 que no pertenecen al MDCP.
Control de enfermedades	Dos tarjetas de regalo de $25 para miembros con diabetes de 18 a 20 años por realizar un examen de la vista relacionado con la diabetes y un control de los riñones o de A1c.
Ayuda adicional para mujeres embarazadas	Aetna Better Health ofrece a nuestras miembros embarazadas: • Una tarjeta de regalo de $25 y un manual especial sobre embarazo por inscribirse en la administración de casos dentro de los 30 días de la inscripción. • Una tarjeta de regalo de $25 y un manual especial sobre embarazo por inscribirse en la administración de casos dentro de los 30 días del diagnóstico de embarazo si ya es miembro. • $50 en pañales, toallitas húmedas para bebés o productos similares por completar 3 visitas prenatales. • $50 en pañales, toallitas húmedas para bebés o productos similares por completar 3 visitas prenatales adicionales (6 en total) y 1 visita de cuidado posparto. • Las miembros llamarán al plan de salud cuando hayan completado todas las visitas prenatales y postparto para reclamar su regalo de productos para bebés. Manual sobre embarazo para miembros embarazadas en administración de casos
Servicios de salud y bienestar	El programa para perder peso, que incluye asesoramiento con un nutricionista/dietista, para miembros que no están embarazadas de 3 a 20 años, con un índice de masa corporal (IMC) superior al percentil 85.
Programas de juegos y ejercicios saludables	Los miembros del club saludable para niños activos de Aetna obtienen dos tarjetas de regalo de $50 para compras minoristas por año, después de la inscripción en los programas extracurriculares especificados por el plan y los programas de natación.

Programa de regalos para depósito de alojamiento	Tarjeta de regalo de $125 para gastos de depósito de alojamiento en casas, apartamentos u hoteles para miembros que realicen el cuestionario de riesgos para la salud (HRQ).

*****Se pueden aplicar restricciones y limitaciones.*****

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud o necesidad de servicios de atención médica.

Aetna hace lo siguiente:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104**.

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro coordinador de Derechos Civiles:

Dirección:	Attn: Civil Rights Coordinator PO Box 818001 Cleveland, OH 44181-8001
Teléfono:	**1-888-234-7358 (TTY 711)**
Correo electrónico:	**MedicaidCRCoordinator@aetna.com**

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537 7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna Better Health: **AetnaBetterHealth.com/Texas**.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, lo que incluye a Aetna Life Insurance Company y sus filiales.

Multi-language Interpreter Services

TTY:711

ENGLISH: To access language services at no cost to you, call **1-800-385-4104**.

SPANISH: Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al **1-800-385-4104**.

VIETNAMESE: Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số **1-800-385-4104**.

CHINESE: 如欲使用免費語言服務，請致電 **1-800-385-4104**.

KOREAN: 무료로 언어 서비스를 이용하려면 **1-800-385-4104** 번으로 전화하세요

ARABIC: للحصول على خدمات اللغة مجانًا، اتصل على **1-800-385-4104**.

URDU: بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، **1-800-385-4101** پر بات کریں.

TAGALOG: Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kang babayaran, tumawag sa **1-800-385-4104**.

FRENCH: Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le **1-800-385-4104**.

HINDI: आपके लए बना कसी कमत के भाषा सेवाआ का उपयोग करने के लए, **1-800-385-4104** पर कॉल करे।

PERSIAN: برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره **1-800-385-4104** تماس بگیرید.

GERMAN: Um kostenlos auf Sprachdienste zuzugreifen, rufen Sie **1-800-385-4104** an.

GUJARTI: તમારે કોઇ તના ખર્ચ વના ભાષાની સેવાઓની પહચ માટે, કોલ કરો **1-800-385-4104**.

RUSSIAN: Чтобы получить бесплатные языковые услуги, позвоните по номеру **1-800-385-4104**.

JAPANESE: 無料の言語サービスをご利用いただくには、 **1-800-385-4104** にお電話ください。

LAOTIAN: ເພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການພາສາໂດຍບເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆແກ່ທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ **1-800-385-4104**.

Glosario

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

Apelación: una solicitud para que su organización de cuidado administrado revise nuevamente una denegación o una queja.

Atención de enfermería especializada: servicios de enfermeros con licencia en su propio hogar o en un hogar de convalecencia.

Atención de urgencia: atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente graves como para que una persona razonable considere que se necesita atención inmediata, 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 externos: atención en un hospital que, generalmente, no requiere una estadía por la noche.

Atención médica a domicilio: servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

Cobertura de medicamentos con receta: seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos con receta.

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

Equipo médico duradero (DME): equipo y suministros solicitados por un proveedor de atención médica para uso diario o extendido. La cobertura para DME puede incluir lo siguiente: equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras de análisis de sangre para personas diabéticas.

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

Hospitalización: atención en un hospital que requiere la internación en un hospital y, generalmente, una estadía por la noche.

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

Medicamentos con receta: fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una receta.

Médico de atención primaria: médico (médico o doctor en medicina osteopática) que proporciona o coordina directamente una gama de servicios de atención médica para un paciente.

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

Preautorización: decisión por parte de su aseguradora o plan de salud respecto de si un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero son médicamente necesarios antes de recibirlos. A veces, se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa. La preautorización no es una promesa que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Prima: el monto que debe pagarse por su plan o seguro de salud.

Proveedor de atención primaria: médico (médico o doctor en medicina osteopática), profesional en enfermería, especialista en enfermería clínica o auxiliar médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor no participante: un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para proporcionarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora o plan de salud para obtener servicios de un proveedor no participante, en lugar de un proveedor participante. En casos limitados, como cuando no hay otros proveedores, su aseguradora de salud puede contratar a un proveedor no participante.

Proveedor participante: un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para proporcionarle servicios cubiertos.

Proveedor: médico (M.D., Doctor en Medicina, o D.O., Doctor en Medicina Osteopática), profesional de salud o centro de atención médica con licencia, certificado o acreditado según lo exija la ley estatal.

Queja: reclamo a su aseguradora o plan de salud.

Reclamo: queja que usted comunica a su aseguradora o plan de salud.

Red: las instalaciones y los proveedores que su aseguradora o plan de salud han contratado para proporcionar servicios de atención médica.

Seguro de salud: contrato que requiere que su aseguradora de salud pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

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

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

Servicios excluidos: servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no pagan o no cubren.

Servicios médicos: servicios de atención médica que presta o coordina un médico (médico o doctor en medicina osteopática).

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

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

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

Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT): transporte que no sea de emergencia para citas de atención médica para miembros elegibles de Medicaid que no tienen ninguna otra opción de transporte disponible.

AetnaBetterHealth.com/Texas

86.07.345.0-TX G (5/26)

aetna®

Aetna Better Health® of Texas