



Manual para miembros de STAR (Medicaid) 2024-2025

Áreas de servicio de Bexar y Tarrant

Departamento de Servicios para Miembros 1-800-248-7767 (Bexar) y 1-800-306-8612 (Tarrant),
TTY 1-800-735-2989
Septiembre de 2024



AetnaBetterHealth.com/Texas

86.07.344.0-TX SPA (Rev 11/24)



Aetna Better Health® of Texas

Información personal

Mi número de identificación de miembro de STAR (Medicaid): _____

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

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

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

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas

Número gratuito: **1-800-248-7767** (área de servicio de Bexar), **1-800-306-8612** (área de servicio de Tarrant) Se encuentran disponibles servicios de interpretación en inglés/español.

Horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros: De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., excepto los días feriados aprobados por el estado.

Fuera del horario de atención: Deje un mensaje de voz.

TTY: Para las personas sordas o con problemas auditivos, llame a la línea TTY de retransmisión de Texas al **1-800-735-2989** y pídale que llamen a la línea del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas.

Escríbanos:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Member Services
PO Box 818042
Cleveland, OH 44818-8042

Visite nuestro sitio web:

AetnaBetterHealth.com/Texas

Aetna Better Health® of Texas

Manual para miembros de STAR (Medicaid)

1 de septiembre de 2024

Áreas de servicio de Bexar y Tarrant

Aetna Better Health of Texas cubre a los miembros de Medicaid
en los siguientes condados:

Área de servicio de Bexar: Atascosa, Bandera, Bexar, Comal, Guadalupe,
Kendall, Medina y Wilson

Área de servicio de Tarrant: Tarrant, Denton, Hood, Johnson, Parker y
Wise

Departamento de Servicios para Miembros

1-800-248-7767 (Bexar)

1-800-306-8612 (Tarrant)

Índice

Introducción	2
Números de teléfono importantes	3
Aviso de privacidad de Aetna Better Health of Texas.....	5
Tarjetas de identificación de miembro (ID)	9
Su tarjeta de beneficios de Medicaid Your Texas Benefits.....	11
Información sobre el proveedor de atención primaria.....	13
Atención después del horario de atención	17
Programa de bloqueo de Medicaid	17
Plan de incentivo de médicos.....	18
Información sobre el plan de salud.....	18
Información de beneficios.....	18
Servicios de valor agregado.....	19
Atención médica y otros servicios	21
Atención médica de rutina, urgencia y emergencia.....	22
Atención especializada.....	25
Salud conductual.....	27
Farmacia y medicamentos.....	29
Servicios de planificación familiar.....	32
Administración de casos para niños y mujeres embarazadas (CPW)	33
Intervención temprana en la infancia (ECI)	34
Administración de servicios	35
Controles de Texas Health Steps.....	36
Servicios de la vista.....	39
Servicios dentales	40
Servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)	40
Servicios de interpretación	42
Salud de la mujer	43
Otros servicios para miembros.....	47

Decisiones sobre la atención médica	47
Renovación de la cobertura	48
Facturación del proveedor	49
Notificación del Departamento de Servicios para Miembros	50
Derechos y responsabilidades de los miembros	50
Consejos rápidos y seguridad de los miembros	54
Proceso de reclamo	56
Proceso de apelación	57
Proceso de la apelación de emergencia.....	61
Proceso de audiencia imparcial del estado.....	62
Información sobre la revisión médica externa	64
Denuncias de fraude, uso indebido y abuso	65
Notificación anual.....	66
Subrogación	67
Beneficios cubiertos de STAR.....	68
Exclusiones de beneficios de STAR	69
Clases de educación para la salud de Aetna Better Health of Texas	69
Beneficios de valor agregado de STAR	70
Glosario	76

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

Llámenos



Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas
Número gratuito: **1-800-248-7767** (área de servicio de Bexar), **1-800-306-8612** (área de servicio de Tarrant)

Se encuentran disponibles servicios de interpretación en inglés/español.

Horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros: De lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., excepto los días feriados aprobados por el estado Después del horario de atención y los fines de semana: Puede comunicarse con nuestra línea de enfermería las 24 horas o dejar un mensaje de voz; le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

TTY: Para las personas sordas o con problemas auditivos, llame a la línea de retransmisión de TTY de Texas al **1-800-735-2989 o al 7-1-1**, y solicite contactarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas.

Escríbanos



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

Visite el sitio web



AetnaBetterHealth.com/Texas

AetnaBetterHealth.com/Texas • 1-800-248-7767 (Bexar) o 1-800-306-8612 (Tarrant)

Introducción

Su Manual para miembros de STAR (Medicaid)

A través de Aetna Better Health of Texas, nos complace ofrecerle todos los beneficios del programa STAR de Medicaid del estado de Texas, junto con más beneficios ampliados y de valor agregado. La información sobre elegibilidad y beneficios se incluye en este manual para miembros. Usted eligió el médico o la clínica de su hijo cuando se inscribió en Aetna Better Health of Texas. El médico o la clínica que eligió es su proveedor de atención primaria, y actuará como nexo para atender todas sus necesidades de atención médica.

Este manual es una guía para ayudarlo a comprender su plan Aetna Better Health of Texas. Si tiene preguntas sobre sus beneficios 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 figura en su tarjeta de ID de Aetna. Con gusto lo ayudaremos.

Consejos para los miembros

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

Preguntas o ayuda para entender o leer el Manual para miembros

Contamos con personal que habla inglés o español que puede ayudarlo a comprender este manual. También tenemos servicios especiales para personas que tienen dificultades para leer, escuchar, ver o hablar un idioma que no sea el inglés o el español. Puede solicitar el Manual para miembros en audio, otros idiomas, braille o 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 llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna.

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.

Este 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 encontrar un proveedor de la red o si desea que le enviemos una copia impresa.

Números de teléfono importantes

Departamento de Servicios para Miembros

Estamos a su disposición para ayudarlo por teléfono de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., excepto los días feriados aprobados por el estado. Llámenos al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Aetna.

- Haga preguntas sobre sus beneficios y su cobertura
- Actualice su dirección o número de teléfono.
- Cambie su proveedor de atención primaria.
- 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.

AetnaBetterHealth.com/Texas • **1-800-248-7767** (Bexar) o **1-800-306-8612** (Tarrant)

Toda la información se ofrece tanto en inglés como en español. Los servicios de interpretación se encuentran disponibles cuando los solicite.

TTY: Para las personas sordas o con problemas auditivos, llame a la línea TTY de retransmisión de Texas al **1-800-735-2989** o al **711** y pídale que llamen a la línea del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas.

Salud conductual

Los servicios de salud conductual, que incluyen la salud mental y el consumo de sustancias, están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana llamando al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant).

Para obtener ayuda para salud conductual o trastornos por abuso de sustancias de inmediato, llámenos. Puede llamarnos durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Le ayudaremos a encontrar el mejor proveedor para usted/su hijo. En caso de una crisis o emergencia que pone en peligro la vida, llame al **911**. También puede acudir a un centro de crisis o a la sala de emergencias más cercana. Llame o envíe un mensaje de texto al **988** para recibir apoyo para cualquier persona que esté atravesando una crisis de salud mental o por consumo de sustancias. Un asesor de crisis capacitado está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana para brindar apoyo gratuito y confidencial a personas en crisis suicida o en situación de angustia relacionada con la salud mental.

Hay miembros del personal disponibles que hablan inglés y español. Los servicios de interpretación también se encuentran disponibles cuando los solicite. Toda la información se ofrece en inglés y en español.

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	1-800-556-1555
Servicios de la vista: Superior Vision	1-800-879-6901
Línea de ayuda del programa STAR	1-800-964-2777
Contratistas dentales <ul style="list-style-type: none">• DentaQuest• MCNA Dental• United Healthcare Dental	1-800-516-0165 1-855-691-6262 1-877-901-7321

Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) proporcionado por Access2Care	1-866-411-8920 (TTY: 711) , <u>dos días hábiles</u> antes de su cita para programar su traslado. Disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, use la aplicación Access2Care (A2C) 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)
Información sobre medicamentos con receta	1-800-248-7767 (Bexar) 1-800-306-8612 (Tarrant)
Equipo de Asistencia de Cuidado Administrado del Defensor del Pueblo (OMCAT)	1-866-566-8989 TTY: 1-866-222-4306

Aviso de privacidad de Aetna Better Health of Texas

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

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

¿A qué nos referimos cuando decimos “información de salud”?¹

Empleamos la frase “información de salud” cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Atención médica recibida
- Montos pagados por la atención

Cómo utilizamos y compartimos su información de salud

Como ayuda para cuidarlo: 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

¹A los fines de este aviso, “Aetna” y los pronombres “nosotros”, “nos” y “nuestro/a” se refieren a todos los planes HMO y a las subsidiarias aseguradoras con licencia de Aetna Inc. Para propósitos de privacidad federal, estas entidades se han designado como una única entidad cubierta asociada.

médicos. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Si ya no forma parte de nuestro plan, con su autorización, le daremos su información de salud al nuevo médico.

Con familiares y amigos: Podemos compartir su información de salud con alguien que lo ayude. Es posible que estas personas lo 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 de salud 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 controlar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

Para operaciones de atención médica: Podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud 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 ayudarlo con su problema de salud. Si usted nos llama para hacernos alguna pregunta, necesitaremos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

Información sobre raza/origen étnico, idioma, orientación sexual e identidad de género

Es posible que obtengamos información relacionada con su raza, su origen étnico, su idioma, su orientación sexual y su identidad de género. Protegemos esta información como se describe en este aviso. Usamos esta información para lo siguiente:

- Garantizar que usted reciba la atención que necesita
- Crear programas para mejorar los resultados de salud

- Elaborar materiales educativos sobre salud
- Permitirles a los médicos conocer sus necesidades de idiomas
- Abordar desigualdades en la atención médica
- Indicarles los pronombres que usted prefiere a los médicos y al personal que interactúa con los miembros

No usamos esta información para lo siguiente:

- Determinar beneficios
- Pagar reclamaciones
- Determinar costos y elegibilidad para acceder a los beneficios
- Discriminar a los miembros por cualquier motivo
- Decidir sobre la disponibilidad o el acceso a la atención médica o a los servicios administrativos

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 ayudarlo a asistir al consultorio del médico. Si usted está en una silla de ruedas con motor, se lo informaremos 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.

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.

AetnaBetterHealth.com/Texas • 1-800-248-7767 (Bexar) o 1-800-306-8612 (Tarrant)

- 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 utilizar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle su seguro de atención médica.

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 solicitó un cambio y no está de acuerdo con dicho cambio, 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 sin costo alguno a los siguientes números:

STAR Medicaid **1-800-248-7767** (Bexar), **1-800-306-8612** (Tarrant)

Las personas con problemas auditivos deben llamar al **TTY 1-800-735-2689** o al **TTY: 711**

- 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 usted considera que se han infringido sus derechos, escríbanos 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 obtener la dirección al **1-800-248-7767 (Bexar); 1-800-306-8612 (Tarrant); TTY: 1-800-735-2689.**

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. Por ejemplo, protegemos los accesos a nuestras computadoras y las entradas a nuestras instalaciones. Esto nos ayuda a bloquear ingresos no autorizados. Cumplimos 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 cambiamos este aviso, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Texas.**

Tarjetas de identificación de miembro (ID)

Cuando se registre en Aetna Better Health of Texas, le daremos una tarjeta de ID. No recibirá una nueva tarjeta de ID de Aetna cada mes. Si nos llama para cambiar de proveedor de atención primaria, recibirá una nueva tarjeta.

Cómo leer su tarjeta: La tarjeta de ID incluye el nombre y el/los número(s) de teléfono de su proveedor de atención primaria. La parte posterior de la tarjeta de ID tiene números de teléfono importantes para que llame si necesita ayuda. Asegúrese de que su información personal que figura en la tarjeta de ID de Aetna sea correcta.

- ID 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 ID de Aetna Better Health of Texas de STAR (Medicaid)

<p>Aetna Better Health® of Texas Medicaid - STAR</p>  <p>Name/Nombre Medicaid ID/Identificación de Medicaid</p> <p>PCP PCP phone/Teléfono PCP Effective date/Fecha de vigencia</p> <hr/> <p>Pharmacy coverage RxBIN: 610591 RxPCN: ADV RxGRP: RX8801 Pharmacist use only 1-877-874-3317</p>  <p>TXSTAR1</p>	<p>Member Services, Behavioral Health and 24-Hour Nurse Line - 24/7 Servicios para miembros, salud mental y línea de enfermería - 24/7 In Bexar call/llame al 1-800-248-7767 In Tarrant call/llame al 1-800-306-8612</p> <p>NEMT Non Emergency Medical Transportation/Transporte médico para casos que no sean de emergencia 1-866-411-8920 Relay Texas TTY/Relevo TTY de Texas 1-800-735-2989/TTY:711</p> <p>In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia llame al 911 ó vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.</p> <p>Attention doctor/hospital: You must call 1-800-248-7767 (Bexar) or 1-800-306-8612 (Tarrant) for precertification or case management. Mail claims to: Aetna Better Health of Texas PO Box 982964 El Paso, TX 79998-2964</p> <p>Payer ID: 38692</p> <p>TXSTAR2</p>
--	--

Cómo utilizar su tarjeta: Siempre lleve su tarjeta de ID de Aetna y su tarjeta de beneficios de Medicaid Your Texas Benefits con usted cuando consulte al médico. La necesitará para obtener atención médica. Debe mostrarla cada vez que reciba servicios.

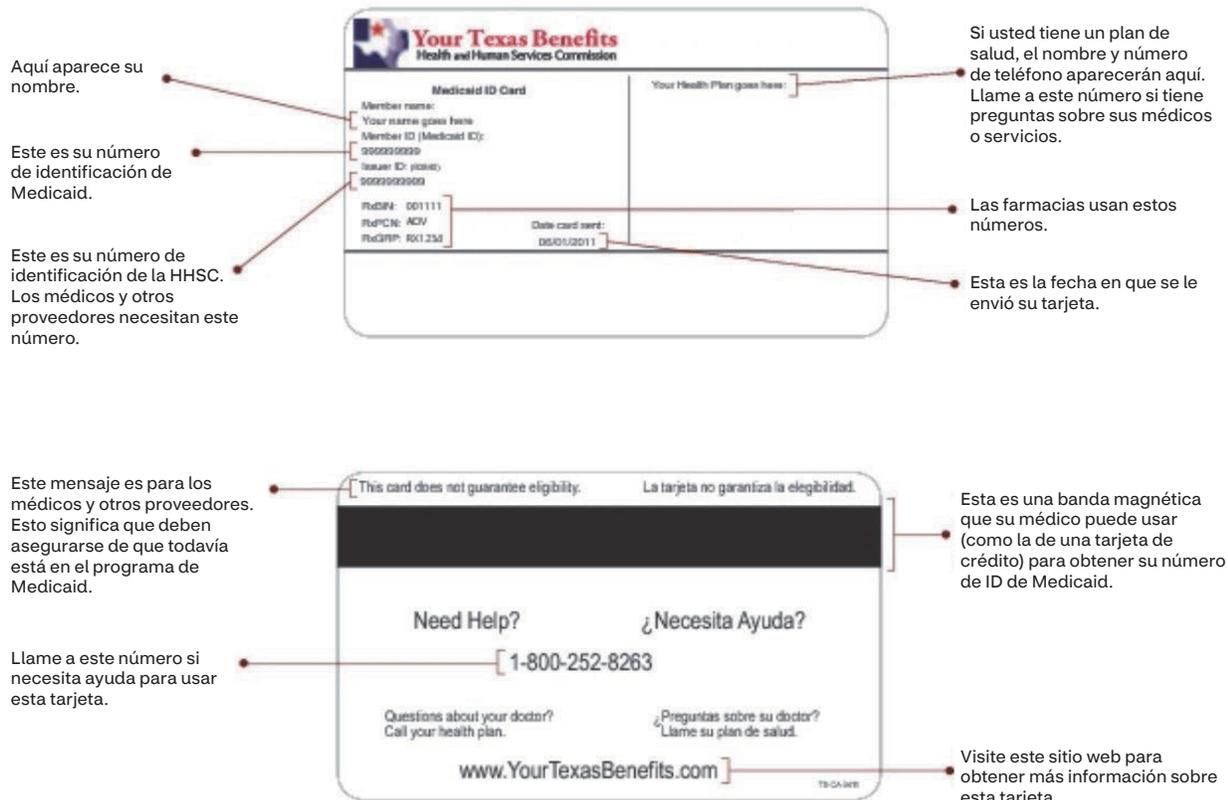
Cómo reemplazar su tarjeta en caso de pérdida o robo: Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant) de inmediato para que podamos enviarle otra tarjeta de ID de Aetna.

Su tarjeta de beneficios de Medicaid Your Texas Benefits

Cuando sea aprobado para Medicaid, recibirá su tarjeta de beneficios de Your Texas Benefits de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta diaria de Medicaid. Debe llevarla y protegerla como su licencia de conducir o una tarjeta de crédito. Su médico puede usar la tarjeta para averiguar si tiene beneficios de Medicaid cuando asista a una consulta.

Emitiremos solo una tarjeta y usted recibirá una nueva si la pierde o se la roban únicamente. En caso de pérdida o robo de su tarjeta de Medicaid, puede obtener una nueva llamando sin cargo al **1-800-252-8263** o ingresando al sitio web **www.YourTexasBenefits.com** para pedir o imprimir una tarjeta temporal.

Si no está seguro de si tiene 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. Su información de salud comprende una lista de servicios médicos y medicamentos que ha recibido a través de Medicaid. Los compartimos con los médicos de Medicaid para ayudarlos a decidir qué atención médica necesita. Si no desea que sus médicos vean su **información de salud y dental** a través de la red segura en línea, llame sin cargo 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:

- Su nombre y número de ID de Medicaid.
- La fecha en que se le envió la tarjeta.
- El nombre del programa de Medicaid en el que se encuentra si obtiene los siguientes beneficios:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Programa de Salud para la Mujer de Texas (HTW)
 - Atención de hospicio
 - STAR Health
 - Medicaid de emergencia
 - Elegibilidad presunta para mujeres embarazadas (PE)
- Hechos que su farmacia necesitará facturar a Medicaid.
- El nombre de su médico y farmacia, si está en el Programa de bloqueo de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta, en el dorso de la tarjeta de beneficios de Medicaid Your Texas Benefits encontrará un sitio web que puede visitar, www.YourTexasBenefits.com y un número de teléfono al que puede llamar sin cargo (**1-800-252-8263**). Si olvida su tarjeta, su médico, dentista o farmacia puede usar el teléfono o Internet para asegurarse de que reciba 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 ID temporal llamada Formulario 1027-A. Recibirá esta tarjeta por correo cuando pierda o le roben la tarjeta de beneficios Your Texas Benefits de Medicaid. La tarjeta de ID temporal de Medicaid les informa a los proveedores sobre usted y los servicios que puede obtener durante el período de tiempo 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 su tarjeta de identificación del plan de salud cuando reciba cualquier servicio de atención médica. Deberá mostrar estas tarjetas cada vez que necesite servicios. Puede usar la tarjeta de ID temporal hasta que obtenga la tarjeta de beneficios Your Texas Benefits de Medicaid.

Información sobre el proveedor de atención primaria

Función del proveedor de atención primaria

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un proveedor de atención primaria es el médico, el miembro del personal de enfermería o la clínica principal que le brinda la mayor parte de su atención médica. Esto se llama su “hogar médico”. Le brindará ayuda con toda la atención médica que necesite. Su proveedor de atención primaria puede atender problemas médicos de rutina. En ocasiones, puede tener un problema que necesita la atención de un especialista. El proveedor de atención primaria lo ayudará a coordinarla y le dirá cómo programar una cita con un especialista. Si debe ser internado en un hospital, su proveedor de atención primaria puede hacer los arreglos necesarios.

Nuestro objetivo es que tenga buena salud. Lo instamos a consultar a su proveedor de atención primaria para recibir servicios de atención preventiva dentro de los próximos sesenta (60) días o lo antes posible. Esto ayudará a que su médico esté al tanto para que pueda ayudarlo a planificar sus futuras necesidades de atención médica. Comenzar con su médico también puede ayudar a prevenir retrasos en la atención cuando está enfermo.

Recuerde que usted y el proveedor de atención primaria son los miembros más importantes de su equipo de atención médica.

¿Qué debo llevar a mi consulta médica?

Debe llevar los siguientes artículos cuando vaya a su cita médica:

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

Cómo elegir a su proveedor de atención primaria

¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria? (centro de salud rural/centro de salud con calificación federal)

Si ha estado recibiendo servicios de atención médica en una clínica y desea continuar yendo allí, elija uno de los médicos de la clínica como su proveedor de atención primaria. El proveedor de atención primaria que elija debe aparecer en nuestro Directorio de proveedores.

Algunos de los proveedores que también puede elegir para que sean su proveedor de atención primaria son los siguientes: médicos de familia; pediatras (para niños); obstetra/ginecólogo (OB/GYN); médicos generales (GP); profesionales en enfermería avanzados (ANP); centros de salud con calificación federal (FQHC); y centros de salud rural (RHC).

Consulte nuestro directorio de proveedores para obtener más información sobre los proveedores de atención primaria. Debe elegir un proveedor de atención primaria que esté en la red de Aetna Better Health of Texas. También puede obtener una copia del directorio de proveedores en **AetnaBetterHealth.com/Texas** o llamándonos al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant).

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

Puede seguir consultando a su proveedor de atención primaria actual si el proveedor de atención primaria figura en nuestro directorio de proveedores. Puede haber ocasiones en las que podamos permitir que un especialista sea su proveedor de atención primaria.

¿Necesita acceso durante las 24 horas, los 7 días de la semana?

Puede acceder a toda la información que necesite a través de nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Texas** o iniciando sesión en nuestro portal para miembros en **AetnaBetterHealth.com/Texas/login**. ¿Necesita ayuda para acceder al sitio web o al portal? Llámenos para que podamos registrarlo.

Las consultas regulares a su proveedor de atención primaria y al dentista son importantes, incluso si usted o sus hijos están sanos. Los controles de bienestar infantil o de Texas Health Steps están disponibles sin costo para nuestros miembros. Todos los bebés, niños y adolescentes necesitan controles. Siga este cronograma:

Rango de edad	Cantidad de controles	Edades previstas
Desde el nacimiento hasta el 1. ^{er} año	6	A las 2 semanas, 2 meses, 4 meses A los 6 meses, 9 meses
Desde el 1. ^{er} año hasta los 4 años	7	A los 12 meses, 15 meses A los 18 meses, 24 meses A los 30 meses, 3 años, 4 años
Desde los 5 años hasta los 20 años	16	Todos los años, dentro de los 30 días posteriores al cumpleaños

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

NOTA: Las guarderías y las escuelas exigen que todos los niños estén al día con las vacunas.

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

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.

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

Para los siguientes tipos de atención, no tiene que acudir primero a su proveedor de atención primaria:

- Emergencia
- OB/GYN
- 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 número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria?

Puede cambiar su proveedor de atención primaria llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna. O puede cambiar de PCP a través del portal seguro para miembros. 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 **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 llamando sin costo al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant), o escribiendo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Texas
Attention: Departamento de Servicios para Miembros
P.O. Box 569150
Dallas, TX 75356-9150

También puede ingresar en línea a través de nuestro portal seguro para miembros en **AetnaBetterHealth.com/Texas/login** para solicitar un cambio de proveedor de atención primaria.

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

Si cambia su proveedor de atención primaria, recibirá una nueva tarjeta de ID de Aetna. La nueva tarjeta de ID le indicará el nombre, la dirección y el número de teléfono del nuevo proveedor de atención primaria, y la fecha en que entrará en vigencia su nuevo proveedor de atención primaria. 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.

¿Hay alguna razón por la que una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria puede ser denegada?

En algunos casos, se puede denegar su solicitud para cambiar de proveedor de atención primaria. 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 of Texas.

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

Su proveedor de atención primaria puede solicitarle que escoja un nuevo proveedor de atención primaria por los siguientes motivos:

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

¿Qué sucede si mi proveedor de atención primaria deja de formar parte de la red de Aetna Better Health of Texas?

Si su proveedor de atención primaria deja de formar parte de la red de Aetna Better Health of Texas, le enviaremos una carta para informarle el nuevo proveedor de atención primaria que hemos elegido para usted. Si no está satisfecho con el nuevo proveedor de atención primaria, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna y díganos qué proveedor de atención primaria desea. Si está recibiendo tratamientos médicamente necesarios, podrá permanecer con ese médico si él está dispuesto a atenderlo.

Cuando encontremos un nuevo proveedor de atención primaria en nuestra lista que pueda brindarle el mismo tipo de atención, cambiaremos su proveedor de atención primaria.

Atención después del horario de atención

¿Cómo obtengo atención médica después del horario de atención de mi proveedor de atención primaria?

Si se enferma durante la noche o un fin de semana, y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención primaria. Su proveedor de atención primaria u otro médico están 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 **1-800-556-1555** para hablar con un enfermero certificado que lo ayude a tomar decisiones.

Programa de bloqueo de Medicaid

¿Qué es el Programa de bloqueo de Medicaid?

Es posible que se lo inscriba en el Programa de bloqueo si no sigue las normas de Medicaid. Este programa controla cómo usa la farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid 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 su médico o dentista principales, o los especialistas a los que lo derivan, sean los únicos médicos que le receten medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes médicos.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant).

Plan de incentivo de médicos

La MCO no puede realizar pagos conforme a un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados 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.

Información sobre el plan de salud

Cómo cambiar su plan de salud

¿Qué sucede si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a Texas STAR, STAR Kids o a la línea de ayuda del Programa STAR+PLUS al **1-800-964-2777**. Puede cambiar de plan de salud con la frecuencia que quiera. Si llama para cambiar su plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio se realizará el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio se realizará el primer día del segundo mes posterior. Por ejemplo: Si llama el 15 de abril o antes, el cambio se efectuará el 1 de mayo. Si llama después del 15 de abril, el cambio se efectuará el 1 de junio.

¿Puede Aetna Better Health of Texas pedir que me den de baja de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Podemos cancelar su inscripción en nuestro plan en los siguientes casos:

- Se muda fuera del área de servicio
- Continúa yendo a la ER cuando no tiene una emergencia
- Usted o sus hijos presentan un patrón de comportamiento perturbador o abusivo no relacionado con una afección médica
- Pierde muchas citas sin avisar a su médico
- Permite que un tercero utilice su tarjeta de ID de Aetna
- No respeta las recomendaciones de su médico con frecuencia

Información de beneficios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Para obtener una lista completa de los servicios médicos que puede obtener de Aetna Better Health of Texas, consulte la tabla en la página **68**. Respete las recomendaciones de su proveedor de atención primaria. El proveedor de atención primaria es responsable de coordinar toda su atención.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Debe consultar a su proveedor de atención primaria para preguntarle sobre los servicios médicos. Para obtener información sobre cómo obtener estos u otros servicios, utilice el sitio web, **AetnaBetterHealth.com/Texas**, o llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna.

¿Hay límites para algún servicio cubierto?

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

¿Qué servicios no están cubiertos?

Los servicios que no están cubiertos por STAR se denominan **exclusiones**. Para obtener una lista completa de las exclusiones, consulte la tabla en la página **69**.

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

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta?

Aetna Better Health of Texas 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 número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna.

Servicios de valor agregado

¿Qué beneficios adicionales recibo como miembro de Aetna Better Health of Texas?

Los miembros de Aetna Better Health of Texas reciben varios servicios de valor agregado y beneficios adicionales. Para obtener una lista de estos beneficios, consulte la tabla en las páginas **70-75**. Si tiene alguna pregunta, llame al número de teléfono sin cargo que figura en el reverso de su tarjeta de ID de Aetna.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

No tiene que acudir a su proveedor de atención primaria para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, ingrese a nuestro sitio web, **AetnaBetterHealth.com/Texas**, o llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna.

¿Qué clases de educación para la salud ofrece Aetna Better Health of Texas?

Trabajamos con nuestros socios comunitarios para ofrecer clases gratuitas o de bajo costo para padres e hijos. Para obtener una lista de estos temas de salud, consulte la página **69**. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al número gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de ID de Aetna. Llámenos para conocer más. Además, consulte con su proveedor antes de comenzar cualquier nuevo programa de salud o bienestar.

AetnaBetterHealth.com/Texas • **1-800-248-7767** (Bexar) o **1-800-306-8612** (Tarrant)

¿Qué otros servicios puede ayudarme a recibir Aetna Better Health of Texas (servicios no capitados)?

Además de los servicios enumerados en la sección de beneficios, es posible que pueda obtener algunos de los siguientes servicios o programas:

Administración de casos de salud mental específicos del Departamento de Servicios de Salud del Estado (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	Programa de transporte médico	Programa nutricional complementario para mujeres, bebés y niños (WIC)

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

- **Texas Health Steps Dental:** Incluidos los aparatos dentales (estos servicios están disponibles cuando son médicamente necesarios y no incluyen servicios dentales que sean principalmente para fines estéticos).
- **Programa de intervención temprana en la infancia (ECI):** La ECI brinda servicios a niños de 0 a 3 años cuyo desarrollo se retrasa. Algunos de los servicios para niños son los siguientes: Exámenes de detección; fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y del lenguaje, y actividades para ayudar a los niños a aprender mejor.
- **Salud Escolar y Servicios Relacionados (SHARS) de Texas:** Los servicios cubiertos por SHARS incluyen los siguientes:
 - Servicios de audiología
 - Asesoramiento
 - Servicios de enfermería
 - Terapia ocupacional
 - Servicios de atención personal
 - Fisioterapia
 - Servicios médicos
 - Servicios psicológicos, incluidas evaluaciones
 - Terapia del habla
 - Transporte en el entorno escolar

No tiene que acudir a su proveedor de atención primaria para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Aetna.

Atención médica y otros servicios

¿Qué significa “medicamente necesario”?

Medicamente necesario significa lo siguiente:

- (1) 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, una enfermedad o una 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) Se deben cumplir los requisitos de los acuerdos de conciliación parcial de *Alberto N., et al. v. Traylor, et al.*; y
 - (ii) Puede incluir la consideración de otros factores relevantes, como los criterios descritos en las partes (2)(b-g) y (3)(b-g) de esta definición.
- (2) Para 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 para proporcionar exámenes de detección, intervenciones o tratamientos tempranos para afecciones que causan dolor o sufrimiento, causan deformidades físicas o limitaciones en la función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, causan enfermedades o dolencias al 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) Siguen 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; y
- (3) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud conductual que tengan las siguientes características:
 - (a) 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 resultante de dicho trastorno;

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

Atención médica de rutina, urgencia y emergencia

¿Qué es la atención médica de rutina? ¿En cuánto tiempo pueden atenderme?

La **atención médica de rutina** es cuando usted visita a su proveedor de atención primaria o a otro proveedor de atención médica para hacerse un control, sin estar enfermo. Este tipo de atención es importante para que no se enferme.

Su proveedor de atención primaria debe poder atenderlo 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 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 dicha información son los siguientes:

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

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

Para recibir atención de urgencia, debe llamar al consultorio de su médico incluso durante la noche y los fines de semana. Su médico le dirá qué hacer. En algunos casos, puede indicarle que vaya a una clínica de atención de urgencia. Si su médico le dice que vaya a una clínica de atención de urgencia, no es necesario que llame a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que acepte Medicaid de Aetna Better Health of Texas. Para obtener ayuda, llámenos sin costo al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant). También puede llamar a nuestra línea de enfermería las 24 horas al **1-800-556-1555** para obtener ayuda a fin de recibir la atención que necesita.

¿En cuánto tiempo pueden atenderme?

Debe poder ver a su médico dentro de las 24 horas para una cita de atención de urgencia. Si su médico 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.

¿Qué es la atención médica de emergencia? ¿En cuánto tiempo pueden atenderme?

Se proporciona atención médica de emergencia para afecciones de salud de emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia.

Si necesita atención de emergencia, debe ser atendido el mismo día. Le pedimos que siga estas pautas cuando considere que necesita 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, llame a su proveedor de atención primaria. Informe a su proveedor de atención primaria lo antes posible después de recibir tratamiento.
- Tan pronto como se establezca su afección médica, el centro de emergencia debe llamar a su proveedor de atención primaria para obtener información sobre su historia clínica.
- Si ingresa en un centro para pacientes internados, usted, un pariente o un amigo en su nombre deben informar a su proveedor de atención primaria lo antes posible.

“Afección médica de emergencia” hace referencia a 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:

1. Un grave peligro para la salud del paciente;
2. Un deterioro grave de las funciones corporales;
3. Una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo;
4. Una deformación grave;
5. 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:

1. Requiere intervención o atención médica inmediatas sin las cuales el miembro estaría ante un peligro inmediato para sí mismo o para otros; o bien
2. 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.

Los siguientes son algunos motivos razonables para acudir a la ER:

- Peligro de perder una extremidad o la vida
- Dolores fuertes en el pecho
- Envenenamiento o sobredosis de medicamentos
- Asfixia o problemas para respirar
- Posibles fracturas de huesos
- Diarrea o vómitos incontrolados
- 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)
- Tener pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a los demás
- Estar a punto de dar a luz a un bebé

Atención dental de emergencia

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

Aetna Better Health of Texas 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 al dentista de cabecera de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia fuera del horario de atención habitual del dentista de cabecera, llámenos sin cargo al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant), o al **911**.

¿Qué es la posestabilización?

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

Atención de seguimiento después de una emergencia

Es posible que necesite atención de seguimiento después de ir a la sala de emergencias. Si es así, programe una cita con su proveedor de atención primaria. No vuelva a la sala de emergencias (a menos que se trate de una emergencia). No acuda nuevamente al médico que le brindó tratamiento en el hospital a menos que se lo haya indicado su proveedor de atención primaria.

¿Cómo obtengo atención médica después del horario de atención de mi proveedor de atención primaria?

Si el consultorio de su proveedor de atención primaria está cerrado, usted se enferma durante la noche o el fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención primaria para que le brinde asesoramiento y lo ayude por teléfono durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-800-556-1555** para que le ayuden a decidir qué hacer.

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

Si necesita atención médica durante un viaje, llámenos sin cargo al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant) y lo ayudaremos a encontrar un médico.

Si necesita servicios de emergencia durante un viaje, diríjase a un hospital cercano y luego llámenos sin cargo al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant).

¿Qué sucede si estoy fuera del estado?

Si necesita atención médica fuera del estado, llámenos sin cargo al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant) y lo ayudaremos a encontrar un médico.

¿Qué sucede si estoy fuera del país?

Los servicios médicos obtenidos fuera del país no están cubiertos por Medicaid.

Atención especializada

Atención especializada significa atención médicamente necesaria anticipada y tratamiento de afecciones de salud física, mental o conductual específicas, proporcionada por un médico especial (especialista).

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

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

¿En cuánto tiempo puede atenderme el especialista?

Debe poder consultar a un especialista en un período de 3 semanas para una consulta de rutina y dentro de las 24 horas para consultas de atención de urgencia.

¿Qué es una autorización previa?

No es una remisión ni una preautorización. La autorización previa es una aprobación que Aetna Better Health of Texas exige 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 o a nosotros si necesita una aprobación para un servicio o tratamiento.

¿Qué es una remisión?

Una remisión es una aprobación de su proveedor de atención primaria para que usted reciba atención especializada y tratamiento de seguimiento cubiertos.

¿Cuáles son los servicios que no necesitan una remisión?

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

¿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 solicitar una segunda opinión, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna.

¿Qué sucede si necesito recibir servicios en el hogar?

En algunos casos, el médico puede recomendarle atención de enfermería a domicilio. También es posible que necesite que le envíen equipos o suministros a su hogar. Estos servicios requieren de autorización previa. Su proveedor 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 quiere que consulte a un proveedor que no pertenece a la red de Aetna Better Health of Texas?

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

- Necesita la atención; Y
- No hay proveedores de Aetna Better Health of Texas que brinden la atención Y
- Aetna Better Health of Texas ha aprobado la atención

Aetna Better Health of Texas tiene derecho a decidir dónde puede recibir servicios cuando no hay un proveedor de Aetna Better Health of Texas disponible para brindarle la atención. El proveedor no participante que planea brindarle atención debe asegurarse de que su PCP obtenga la autorización previa para proporcionar los servicios. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant).

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 obtenga 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

Salud conductual

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

Aetna Better Health of Texas ofrece cobertura de salud a la persona de manera integral. Eso incluye ayuda por problemas de salud mental como la depresión. También puede obtener ayuda cuando usted o alguien más piensa que está bebiendo demasiado o consumiendo drogas.

Si necesita ayuda de inmediato, llame a nuestra línea directa durante las 24 horas, los 7 días de la semana:

- STAR Medicaid (Bexar): **1-800-248-7767**
- STAR Medicaid (Tarrant): **1-800-306-8612**

¿Necesito una remisión para esto?

Usted puede acudir a cualquier proveedor de salud mental de nuestra red. No necesita pedirle a su médico que lo derive a alguien. Es posible que deba obtener la aprobación del plan (autorización previa) 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?

Estos beneficios lo ayudan a saber más sobre su salud mental, a brindar apoyo de pares y mucho más.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Para acceder a estos servicios, llámenos. Lo ayudaremos a encontrar un proveedor para determinar su elegibilidad.

- **1-800-248-7767** Medicaid Bexar
- **1-800-306-8612** Medicaid Tarrant

¿Qué son los servicios de reemplazo (ILOS)?

Los ILOS no tienen cobertura mediante el plan Medicaid del estado, pero su plan de salud decidió cubrir estos servicios para garantizar que usted reciba la atención médica de salud conductual que necesita. Estos servicios están disponibles para los miembros mayores de veintiún años

Los ILOS incluye n programas de hospitalización parcial (PHP) y programas intensivos pacientes externos (IOP) para miembros con un trastorno de salud mental o abuso de sustancias y que tengan la necesidad médica de estos servicios. Por necesidad médica nos referimos a que el servicio cumpla con las necesidades de atención médica de salud conductual del miembro.

Los PHP y los IOP son programas que ofrecen tratamiento para miembros que están listos para el alta de una hospitalización por salud conductual o que están en la comunidad y necesitan un tratamiento médico de salud conductual más intenso del que se ofrece en el consultorio de un médico o un terapeuta. El tratamiento incluye tratamiento grupal y grupos educativos que le brindan información sobre su diagnóstico y habilidades saludables de afrontamiento. Estos servicios pueden ofrecerse a través del departamento para pacientes externos de un centro de salud conductual o a través de una clínica comunitaria

o telesalud/telemedicina. Los miembros reciben este tratamiento durante el día y no tienen que pasar la noche en el lugar.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Si tiene preguntas sobre ILOS o cómo reunir los requisitos para estos servicios, llame a Aetna Better Health of Texas al número de teléfono en el reverso de su tarjeta de ID. Un coordinador de servicios responderá sus preguntas sobre ILOS y podrá ayudarle y remitirle a un proveedor de salud conductual para una evaluación.

- STAR (Bexar): **1-800-248-7767**
- STAR (Tarrant): **1-800-306-8612**

Farmacia y medicamentos

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que su médico dice que necesita. Su médico le escribirá una receta para que pueda llevarla a la farmacia o puede enviar la receta a la farmacia.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

- Puede encontrar una farmacia de la red visitando nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Texas** y buscando una farmacia en su área.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros sin costo al **1-800-248-7767** (Bexar), **1-800-306-8612** (Tarrant). 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 of Texas 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 le hizo. También deberá mostrar la tarjeta de beneficios de Medicaid Your Texas Benefits y la tarjeta de ID de Aetna Better Health of Texas.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?

Si usted toma medicamentos para una afección continua, puede pedir que le envíen sus medicamentos por correo a su hogar. CVS Caremark es su farmacia de servicio por correo. Si elige esta opción, recibirá el medicamento 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.

AetnaBetterHealth.com/Texas • **1-800-248-7767** (Bexar) o **1-800-306-8612** (Tarrant)

- 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 toma de forma continua:

- Llame a FastStart® al número gratuito **1-855-271-6603**, 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 pueden surtirse a través de la farmacia de servicio por correo CVS Caremark. Luego, CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitarle una receta y le enviará el medicamento por correo.
 - Cuando llame, asegúrese de tener lo siguiente:
 - Su tarjeta de ID de Aetna Better Health of Texas
 - El nombre, apellido y número de teléfono de su médico
 - Su información de pago y dirección de correo postal
- Inicie sesión en **www.caremark.com**. Acceder por Internet es una manera rápida y fácil de comenzar a usar el servicio de correo. Una vez que haya ingresado la información necesaria, CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitar una nueva receta. Si aún no se registró en **www.caremark.com**, asegúrese de tener a mano su tarjeta de ID de Aetna 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 ID de Aetna Better Health of Texas
 - Su dirección de correo postal completa, incluido el código postal
 - El nombre, apellido y número de teléfono de su médico
 - Una lista de sus alergias y otras afecciones de salud que padezca
 - La receta original que le entregó su médico
- Si necesita obtener una receta de inmediato, pídale a su médico que le extienda dos recetas para el medicamento a largo plazo que debe tomar:
 - Una para un suministro a corto plazo (hasta 30 días) que puede obtenerse en una farmacia que participe en la red.
 - Una para el suministro máximo que permita el plan, y los resurtidos según sea necesario. Adjunte esta receta junto con el formulario del servicio de pedido por correo.

¿Algunos medicamentos necesitan aprobación o autorización previa?

Aetna Better Health of Texas debe aprobar algunos medicamentos de nuestra lista antes de cubrirlos. Hacemos esto mediante autorización previa o tratamiento escalonado. La

autorización previa es una aprobación que Aetna Better Health of Texas exige 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 obtenga un nuevo medicamento con receta, pregúntele al proveedor si necesitamos aprobarlo antes de que pueda recibirlo. Si ese es el caso, consulte si hay otro medicamento que pueda utilizar que no requiera aprobación. Cuando necesitemos aprobar el medicamento, su proveedor debe llamar a Aetna Better Health of Texas. Revisaremos la solicitud para aprobar su medicamento. Si el farmacéutico no puede comunicarse con Aetna Better Health of Texas 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.

¿Qué sucede si no logro que se apruebe el medicamento que solicitó mi médico?

Si no puede comunicarse con su médico para aprobar una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia de tres días de su medicamento. Llame a Aetna Better Health of Texas al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant) para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos.

¿Qué sucede si no puedo obtener el medicamento recetado por mi médico?

Si el medicamento que el médico considera que usted necesita no está en nuestro formulario y no puede tomar ningún otro medicamento excepto el que le recetaron, el médico puede solicitar una excepción. Su médico deberá completar el formulario de solicitud y enviarnos los registros médicos para respaldar la solicitud de excepción.

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

Si tiene algún problema para obtener los medicamentos, puede llamarnos al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna para que lo ayudemos.

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

Si pierde sus medicamentos, debe llamar a su médico o clínica para pedir ayuda. Si el consultorio de su médico o la clínica están cerrados, la farmacia en la que compró el medicamento debe poder brindarle ayuda. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Aetna.

¿Qué sucede si necesito equipos médicos duraderos (DME) u otros productos que normalmente se encuentran en una farmacia?

Medicaid cubre algunos 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), también pagamos los medicamentos de venta libre, los pañales, la leche de fórmula y algunas vitaminas y minerales que son médicamente necesarios.

Llame al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant) para obtener más información sobre estos beneficios.

¿Cómo obtengo o consulto una lista de productos farmacéuticos?

Aetna Better Health of Texas cubre los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos preferidos del proveedor. Esta es la lista de medicamentos que cubrimos cuando son médicamente necesarios. Esta lista se incluyó en su paquete de bienvenida. Aetna Better Health of Texas no paga los medicamentos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Puede encontrar una lista de sus medicamentos en uno de los siguientes sitios web: **AetnaBetterHealth.com/Texas** o **www.txvendordrug.com**. 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 obtengo servicios de planificación familiar?

Los servicios de planificación familiar lo ayudan a planificar o controlar un embarazo. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria para recibir servicios o suministros de planificación familiar. 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 proveedor de atención primaria 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:

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

¿Necesito una remisión para esto?

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

¿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 <https://www.healthytexaswomen.org/find-doctor>. También puede llamar a Aetna Better Health of Texas al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant) 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 CPW?

La 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 o
- 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 **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant), o visite nuestro sitio web, **AetnaBetterHealth.com/Texas**.

¡Únase a nuestro **grupo de asesoramiento para miembros!** Nos reunimos una vez cada tres meses en su comunidad. Habrá un grupo de asesoramiento para Medicaid Star y el CHIP. Puede decirnos cómo estamos trabajando y ofrecernos sugerencias. Nos gustaría conocer su opinión.

Visite **AetnaBetterHealth.com/Texas/members/** para registrarse.

Intervención temprana en la infancia (ECI)

¿Qué es la ECI?

La ECI es un programa estatal dentro de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para familias con niños desde el nacimiento hasta los 3 años, con retrasos en el desarrollo, discapacidades o ciertas afecciones médicas que pueden afectar el desarrollo. Los servicios de ECI apoyan a las familias mientras aprenden a ayudar a sus hijos a crecer y aprender. Para obtener más información, llame al 1-800-628-5115 o visite el sitio web del ECI, <https://hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services>.

¿Necesita mi hijo una remisión para esto?

No tiene que acudir al médico de su hijo para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant).

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Puede buscar el programa de ECI en su área con la herramienta del programa en <https://citysearch.hhsc.state.tx.us> o llamar a la oficina del defensor del pueblo del HHS al 1-877-787-8999; debe elegir la opción 3. Si tiene más preguntas o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant).

Administración de servicios

¿Qué es la coordinación de servicios?

La coordinación de servicios es un beneficio que se ofrece a los miembros que tienen necesidades de atención médica especiales. Los coordinadores de servicios de Aetna Better Health of Texas trabajarán con usted para crear un plan de servicios que coordinará los servicios entre su PCP, los proveedores de atención especializada y los proveedores no médicos. Si tiene necesidades de atención médica especiales, la coordinación de servicios puede ayudarle a obtener acceso a los servicios y apoyos disponibles, y enseñarle cómo usar estos servicios correctamente. Si tiene una enfermedad crónica, nuestro coordinador de servicios puede ayudarle a controlar su afección médica.

¿Cómo puedo obtener la coordinación de servicios?

Si desea usar la coordinación de servicios, llámenos al 1-800-248-7767 (Bexar) o al 1-800-306-8612 (Tarrant) de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., hora central.

Aetna Better Health of Texas cuenta con enfermeros experimentados que pueden ayudarle a entender las afecciones médicas que usted o su hijo pueden tener, como las siguientes:

- Asma
- Diabetes
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Trasplantes
- Uso frecuente de la sala de emergencias
- Hospitalizaciones frecuentes
- Heridas abiertas que no sanan
- Múltiples enfermedades o afecciones

Nuestros enfermeros los ayudarán a usted o a su hijo a mantenerse saludables y a obtener la atención que necesitan. Le ayudamos a encontrar atención cerca. Trabajaremos con su médico para mejorar su atención. El objetivo de nuestro programa es aprender qué

información o servicios necesita. Queremos que se vuelva más independiente en cuanto a su salud.

¿Cómo puedo obtener la coordinación de servicios?

Si usted o su hijo tienen necesidades de atención médica especiales, como una enfermedad grave en curso, una discapacidad o afecciones crónicas o complejas, y desea obtener más información, comuníquese con el número gratuito que se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID de Aetna. Podemos ayudarle a programar una cita con uno de nuestros médicos que atienden a pacientes con necesidades de atención médica especiales. También lo remitiremos a uno de nuestros administradores de casos, quien hará lo siguiente:

- Le ayudará a obtener la atención y los servicios que necesite.
- Desarrollará un plan de atención con la ayuda de su médico o el de su hijo.
- Seguirá su progreso o el de su hijo, y se asegurará de que estén recibiendo la atención que necesitan.
- Responderá sus preguntas sobre atención médica.

Si bien nuestros enfermeros pueden ayudarle, sabemos que tal vez usted no desee esto. Si no quiere participar en el programa, puede dejar de hacerlo en cualquier momento llamando a su enfermero o al de su hijo.

Controles de Texas Health Steps

¿Qué es Texas Health Steps?

Texas Health Steps es atención médica para niños, desde el nacimiento hasta los 20 años, que tienen Medicaid. Texas Health Steps le brinda a su hijo controles médicos gratuitos desde el nacimiento y controles dentales gratuitos a partir de los 6 meses. Los controles pueden encontrar problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.

¿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.

AetnaBetterHealth.com/Texas • **1-800-248-7767** (Bexar) o **1-800-306-8612** (Tarrant)

- 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?

Texas Health Steps le brinda a su hijo controles médicos gratuitos desde el nacimiento y controles dentales gratuitos a partir de los 6 meses. Los controles médicos regulares ayudan a asegurar que su hijo crezca de forma saludable. Los controles pueden encontrar problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.

Controles médicos de THSteps		
	<i>Bebés y niños pequeños</i>	
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	
	<i>Niños mayores</i>	
3 años	4 años	5 años
6 años	7 años	8 años
9 años	10 años	
	<i>Preadolescentes, adolescentes, adultos jóvenes</i>	
11 años	12 años	13 años
14 años	15 años	16 años
17 años	18 años	19 años
20 años		

Controles dentales de THSteps

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 de su proveedor de atención primaria. 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 **1-800-248-7767** (Bexar), **1-800-306-8612** (Tarrant) o a Texas Health Steps al **1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS)** (línea gratuita) 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.

- Área de Dallas/Ft. Worth: **1-855-687-3255**
- Todas las demás áreas: **1-877-633-8747 (1-877-MED-TRIP)**

¿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 of Texas, 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.

¿Mi médico tiene que ser parte de la red de Aetna Better Health of Texas?

Sí. Su PCP debe estar dentro de la red de Aetna Better Health of Texas. Los miembros pueden acudir a cualquier proveedor de Texas Health Steps y no es necesario que el proveedor sea parte de la red de Aetna Better Health of Texas. Si acude a un proveedor de Texas Health Steps que no es su proveedor de atención primaria, pídale al proveedor que envíe una copia de los resultados de su control a su proveedor de atención primaria.

¿Tengo que tener una remisión?

No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria para obtener los controles médicos o dentales de Texas Health Steps.

¿Qué sucede si necesito cancelar una cita?

Si necesita cancelar o cambiar su cita 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 ha mudado, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna para actualizar su dirección y obtener el nombre de un proveedor de Texas Health Steps cerca de donde vive. Informe la nueva dirección lo antes posible a la oficina local de la HHSC.

¿Qué sucede si soy un trabajador agrícola y tengo hijos?

Usted puede realizar su control antes si se traslada fuera del área. Es importante que sus hijos reciban la atención médica y dental que necesitan para mantenerse saludables. Si deberá dejar el área para ir a trabajar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-248-7767 (Bexar)** o al **1-800-306-8612 (Tarrant)** para obtener ayuda para programar una cita.

Servicios de la vista

¿Cómo obtengo 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 necesita mientras coordina con Aetna Better Health of Texas. Si necesita servicios de la vista, comuníquese 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. Puede elegir un oftalmólogo que esté cerca de usted. Los servicios de la vista son diferentes para adultos y niños.

- **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. Es posible que pueda obtener más servicios si son solicitados por escrito por el proveedor de atención primaria, el maestro o el enfermero escolar del niño.

- **Si tiene 21 años o más**, puede realizarse un examen de la vista una vez cada 24 meses.

Servicios dentales

¿Qué servicios dentales cubre Aetna Better Health of Texas para niños?

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

Aetna Better Health of Texas 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 al plan dental de Medicaid de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrece.

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?

- 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

- El número de su tarjeta de ID de Aetna o Medicaid
- 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 Access2Care 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 de Access2Care (**A2C**) 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 reembolsar 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 de Aetna Better Health of Texas al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant). Siempre estamos dispuestos a ayudar a nuestros miembros para programar un traslado.

Servicios de interpretación

¿Puede alguien interpretar para mí cuando hablo con mi médico? ¿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 número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna. En el momento de su llamada, pondremos un intérprete en la línea que hable su idioma. 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 en el consultorio del proveedor? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?

También podemos ayudarlo si necesita que un intérprete lo acompañe al consultorio del médico. Tan pronto como sepa la fecha de su cita, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna. Necesitamos un aviso con 72 horas de anticipación sobre la necesidad de un intérprete.

Salud de la mujer

¿Qué sucede si necesito la atención de un OB/GYN? ¿Tengo derecho a elegir un OB/GYN?

Atención: Miembros mujeres

Aetna Better Health of Texas le permite elegir un OB/GYN, pero este médico debe estar en la misma red que su proveedor de atención primaria.

Usted tiene derecho a elegir un OB/GYN sin una remisión de su proveedor de atención primaria. Un OB/GYN pueden brindarle lo siguiente:

- 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 OB/GYN?

Consulte nuestro directorio de proveedores para encontrar un OB/GYN dentro de la red. También puede obtener una copia del directorio de proveedores en línea en **AetnaBetterHealth.com/Texas** o llamarnos al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna para obtener ayuda para encontrar un OB/GYN.

Si no elijo a un OB/GYN, ¿tengo acceso directo?

Puede comunicarse directamente con cualquier OB/GYN de la red de Aetna Better Health of Texas para recibir servicios.

¿Necesitaré una remisión?

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

¿En cuánto tiempo podrá verme el OB/GYN luego de programar una cita?

Si está embarazada, debe verla dentro de las 2 semanas posteriores a la inscripción o hasta la semana 12 de embarazo. Si no está embarazada, debe verla dentro de las 3 semanas posteriores a la solicitud de una cita.

¿Puedo seguir consultando a mi OB/GYN si no está en la red de Aetna Better Health of Texas?

Si está embarazada y ha pasado la semana 24 de embarazo al momento de inscribirse, podrá permanecer bajo el cuidado de su OB/GYN actual. Si lo desea, puede elegir un OB/GYN que esté en nuestra red, siempre y cuando el proveedor acepte tratarla. Podemos ayudarla con los cambios de médico.

Qué sucede si estoy embarazada ¿Con quién debo comunicarme?

Llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de Aetna apenas se entere de que está embarazada. Deberá comunicarse con su asistente social de Medicaid tan pronto como nazca su 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 of Texas a las mujeres embarazadas?

- **Administración de casos:** Aetna Better Health of Texas ofrece servicios de administración de casos para ayudarla a obtener los servicios que necesita si está embarazada. También podemos ayudarla a obtener las remisiones que necesite.
- **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 **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant), o busque en nuestro directorio de proveedores en línea en **AetnaBetterHealth.com/Texas** para averiguar qué centros de maternidad están en nuestra red.

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

Debe llamarnos antes de que nazca su bebé o tan pronto como sea posible para elegir un pediatra (médico de bebés). Podrá elegir al médico de su bebé de una lista de médicos en el directorio de proveedores de Aetna Better Health of Texas.

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

Para cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna. Podemos cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé el mismo día que solicite el cambio. El cambio entrará en vigencia de inmediato.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Durante al menos 90 días a partir de la fecha de nacimiento, su bebé estará cubierto por el mismo plan de salud en el que usted está inscrita. Puede solicitar un cambio de plan de salud antes de que finalicen los 90 días llamando al corredor de inscripciones al **1-800-964-2777**. No puede cambiar de plan de salud mientras su bebé está en el hospital.

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

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas al 1-800-248-7767 (Bexar) o al 1-800-306-8612 (Tarrant) para informarnos sobre el nacimiento del bebé lo antes posible. En el hospital donde nazca el bebé, deberían poder ayudarla a iniciar el proceso de solicitud de Medicaid para su bebé. Consulte con el trabajador social del hospital antes de irse a casa para asegurarse de que la solicitud esté completa. Llame a la oficina de beneficios de la HHSC al 2-1-1 para asegurarse de que la solicitud del bebé se haya recibido. Además, asegúrese de llamar a su asistente social.

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

Después de que nazca su bebé, puede perder la cobertura de Medicaid. Es posible que pueda obtener algunos servicios de atención médica a través del Programa de Salud para la Mujer de Texas y el 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 entre 18 y 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:

Healthy Texas Women Program
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 Atención Médica Primaria Ampliado del DSHS

El programa de Atención Médica Primaria Ampliado brinda servicios primarios, preventivos y de detección a mujeres de 18 años o más cuyos ingresos se encuentren en el límite de ingresos del programa (200 por ciento del nivel federal de pobreza) o por debajo de este. Los servicios directos y de extensión se brindan a través de clínicas comunitarias que tienen contratos con el DSHS. Los trabajadores de salud comunitarios ayudarán a garantizar que las mujeres reciban los servicios preventivos y de detección que necesitan. Algunas clínicas pueden ofrecer ayuda con la lactancia materna.

Puede solicitar estos servicios en ciertas clínicas de 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

AetnaBetterHealth.com/Texas • **1-800-248-7767** (Bexar) o **1-800-306-8612** (Tarrant)

sobre los servicios que puede obtener a través del Programa de Atención Médica Primaria Ampliado del DSHS, visite el sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico a la siguiente dirección:

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

Teléfono: **512-776-7796**

Fax: **512-776-7203**

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

Programa de Planificación Familiar del DSHS

El Programa de Planificación Familiar cuenta con centros clínicos en todo el estado que proporcionan anticonceptivos de calidad, 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

¿Cómo y cuándo le informo a mi asistente social?

Deberá comunicarse con su asistente social de Medicaid tan pronto como nazca su bebé para inscribirlo en Medicaid.

Otros servicios para miembros

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

Nuestros administradores de casos están listos para brindarle ayuda si tiene necesidades de atención médica especiales. También puede recibir atención médica por parte un especialista si tiene necesidades de atención médica especiales. Si tiene necesidades de atención médica especiales y necesita que alguien lo ayude, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna para obtener más información.

Decisiones sobre la atención médica

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

Cuando necesita atención médica, tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención que recibirá y a hablar sobre estas decisiones con sus médicos. Si está demasiado enfermo

para tomar decisiones sobre su atención médica, aún puede tener control sobre estas decisiones si firmó una instrucción anticipada.

¿Qué son las instrucciones anticipadas? Una instrucción anticipada es un documento legal que le permite informarles a su médico y a su familia lo que prefiere en cuanto a tratamiento médico antes de que necesite atención. Si está demasiado enfermo como para tomar decisiones sobre su atención médica, su médico y su familia sabrán qué tipo de atención desea o no desea recibir. Una instrucción anticipada también puede decir quién puede tomar decisiones por usted si no puede hacerlo.

Existen varios tipos de instrucciones anticipadas según la ley de Texas:

- **Instrucciones para médicos y familiares o padres sustitutos (testamento vital):** Un testamento vital le permite tomar decisiones médicas con anticipación para que su médico pueda conocer sus deseos en cuanto al tratamiento si usted se encuentra en estado terminal o irreversible y no puede hablar ni tomar decisiones informadas.
- **Orden de no reanimación (DNR) en ámbito extrahospitalario:** Es un formulario que completa con su médico que le permite rechazar tratamientos para salvar la vida fuera del hospital.
- **Poder de representación médica:** Este poder le permite elegir a alguien en quien confíe para que tome decisiones de atención médica en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo.
- **Declaración para el tratamiento de la salud mental:** Este tipo de instrucción anticipada le permite tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental en caso de que usted no pueda tomar decisiones.
- **Poder de representación duradero:** Este formulario es para designar a un agente que tiene la facultad de tomar ciertas medidas sobre su propiedad. No autoriza a una persona a tomar decisiones médicas y otras decisiones de atención médica por usted.

¿Cómo obtengo una instrucción anticipada? Cualquier persona mayor de 18 años puede redactar una instrucción anticipada. Si usted ya tiene una instrucción anticipada, díglele a su proveedor de atención primaria. Si quiere información sobre cómo redactar instrucciones, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-248-7767 (Bexar) o al 1-800-306-8612 (Tarrant).

Renovación de la cobertura

¿Qué debo hacer si necesito ayuda para completar la solicitud de renovación de mi hijo?

La cobertura de Medicaid debe renovarse todos los años. Los meses antes de la fecha de finalización de la cobertura, la HHSC le enviará un paquete de renovación por correo postal o correo electrónico con instrucciones específicas y plazos para cada persona. Deberá completar el paquete y enviarlo a la HHSC para conservar su cobertura. Busque el sobre que dice “time sensitive” (urgente) de la HHSC de Texas. 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. Puede enviar el paquete de renovación a la HHSC de tres maneras diferentes:
Por correo: Texas Health and Human Services Commission PO Box 149024 Austin TX 78714
En línea: Inicie sesión en su perfil en YourTexasBenefits.com para renovar la cobertura.
Por teléfono: Llame a la HHSC al 2-1-1, opción 2 para renovar la cobertura.

También puede ver las instrucciones e información adicional en YourTexasBenefits.com.
Aquí podrá hacer lo siguiente:

- Inscribirse en “Alert Settings” (Configuración de alertas) para recibir alertas por correo electrónico o mensaje de texto cuando sea tiempo de renovar sus beneficios.
- Revisar la fecha de renovación en línea.
- Renovar sus beneficios en línea.
- Revisar el estado de su renovación.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-248-7767 (Bexar) o al 1-800-306-8612 (Tarrant) si tiene preguntas sobre cómo renovar sus beneficios de Medicaid.

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

Facturación del proveedor

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

Si tiene Medicaid, no se le debe facturar ningún servicio cubierto por Medicaid. Recuerde que siempre debe presentar la tarjeta de ID de Medicaid y la de Aetna Better Health of Texas antes de que el médico lo atienda. Si recibe una factura de parte de un proveedor de Medicaid, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de ID de Aetna.

Cuando llame, indique la siguiente información al personal:

- Fecha de servicio
- Su número de cuenta de paciente
- Nombre del proveedor
- Número de teléfono en la factura
- Monto total de la factura

****Nota**:** Si acude a un proveedor que no está inscrito en Medicaid de Texas o no está inscrito como proveedor de Aetna Better Health of Texas, es posible que no le paguemos a ese proveedor y que le facturen a usted los servicios. Deberá pagar por los servicios que no estén cubiertos por Medicaid. Es su responsabilidad comprobar qué servicios están cubiertos y cuáles no. Si tiene otro seguro que sea primario, asegúrese de proporcionar a

AetnaBetterHealth.com/Texas • 1-800-248-7767 (Bexar) o 1-800-306-8612 (Tarrant)

todos los proveedores tanto ese seguro como su cobertura de Medicaid de Aetna Better Health of Texas. El proveedor debe presentar las facturas primero a su seguro grupal primario, y luego a Medicaid de Aetna Better Health of Texas. Medicaid es el pagador de último recurso y no debe ser el único seguro que se presente a los proveedores.

Notificación del Departamento de Servicios para Miembros

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

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 of Texas al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant). Antes de que usted pueda obtener servicios de Medicaid en su nueva área, debe llamar a Aetna Better Health of Texas, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Aetna Better Health of Texas, hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Qué sucede si tengo 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. Debe llamar a la línea directa de Recursos de terceros de Medicaid y actualizar su archivo de caso de Medicaid 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 al número gratuito de la línea directa, **1-800-846-7307**.

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

IMPORTANTE: los proveedores de Medicaid no pueden denegarle los servicios porque usted tiene un seguro de salud privado, además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también deben registrar su compañía de seguro de salud privado.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Derechos de los miembros:

1. Usted tiene derecho al respeto, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación. Eso 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. 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 y las audiencias imparciales. 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.
6. 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 o con otra afección que limite la movilidad 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Tiene derecho a hacer recomendaciones en cuanto a los derechos y las responsabilidades de los miembros de su plan de salud.

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 al utilizar nuestros servicios de NEMT con Access2Care.

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

Consejos rápidos y seguridad de los miembros

Creemos que es importante educar a nuestros miembros sobre la seguridad de la salud. A continuación, le brindamos algunos consejos importantes:

- Participe en cada decisión sobre su atención médica. Puede saber lo que usted y su médico pueden hacer para mejorar la salud o mantenerse saludable si participa.
- Haga preguntas. Tiene derecho a hacerle preguntas a cualquier persona involucrada en su atención.
- Asegúrese de que el médico sepa todos los medicamentos que está tomando. Los medicamentos pueden incluir aquellos que le haya recetado su médico o los que compra en una tienda. Solicite que estos medicamentos figuren en sus registros médicos.
- Asegúrese de que su médico sepa si tiene alergias o reacciones adversas a cualquier medicamento. Esto puede ayudar a que evite tomar medicamentos que podrían hacerle daño.
- Solicite información sobre su atención médica en un idioma que pueda entender. Asegúrese de tener en claro las cantidades de medicamentos que debe tomar. Debe preguntarle a su médico cómo reaccionará si toma uno o más tipos de medicamentos al mismo tiempo.

¿Cuándo debería ir a la ER, la atención de urgencia o llamar a mi proveedor de atención primaria?

Consulte a su proveedor de atención primaria

- Cuando se quede sin medicamento
- Si tiene alguna pregunta sobre su medicamento
- Cuando tenga dolor de oídos, tos, resfrío, fiebre o dolor de garganta
- Cuando tenga una lesión, quemadura o corte leves
- Cuando necesite atención de rutina para el asma
- Cuando necesite vacunas

Obtenga atención de urgencia (si el consultorio de su médico está cerrado)

- Cuando tenga dolor de oídos, tos, resfrío, fiebre o dolor de garganta
- Cuando tenga una lesión, quemadura o corte leves

Acuda a la sala de emergencias más cercana

- Si tiene dificultad para respirar
- Si un sangrado no se detiene
- En caso de intoxicación
- Huesos rotos
- En caso de un ataque de asma
- En caso de desvanecimiento (desmayo)
- Si tiene cortes profundos o quemaduras

Mi hijo tiene fiebre

La fiebre puede ser un signo de infección. La fiebre puede ser una razón para llamar al médico, especialmente en caso de bebés menores de tres meses. Llame a su proveedor si su hijo no toma líquidos, está muy inquieto, no se despierta, vomita o se ve muy enfermo.

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

Proceso de reclamo

¿Qué debo hacer si tengo un reclamo?

Queremos ayudar. Si tiene un reclamo, llámenos sin costo al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant) para informarnos sobre su problema. Un defensor del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas puede ayudarlo a presentar un reclamo. Simplemente llame al **1-800-248 7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant). La mayoría de las veces podremos ayudarlo de inmediato o en unos pocos días como máximo.

Una vez que haya pasado por el proceso de reclamos de Aetna Better Health of Texas, 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
Equipo de Asistencia de Cuidado Administrado del Defensor del Pueblo
(OMCAT)
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

Si tiene acceso a Internet, puede enviar el reclamo a **hhs.texas.gov/managed-care-help**.

¿Alguien de Aetna Better Health of Texas 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 a un defensor de miembros a:

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

El defensor de miembros de Aetna Better Health of Texas no puede tomar ninguna medida en su contra como resultado de la presentación de un reclamo.

¿Otra persona puede ayudarme a presentar un reclamo?

En cualquier momento durante el proceso de reclamos, puede solicitarle a alguien que lo ayude o que actúe en su nombre. Puede ser cualquier persona que conozca, un familiar, un amigo, un tutor, un médico o un abogado. Esta persona será “su representante”. Si decide que alguien lo represente o actúe en su nombre, infórmenos por escrito el nombre de esa

AetnaBetterHealth.com/Texas • 1-800-248-7767 (Bexar) o **1-800-306-8612** (Tarrant)

persona y cómo podemos contactarla. Usted o su representante pueden solicitar ver toda la información sobre su reclamo.

¿Cuánto tiempo llevará el procesamiento de mi reclamo? ¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar un 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. Esta carta explicará el proceso completo de reclamos y apelaciones. También le informará sobre sus derechos de apelación. Si el reclamo es por una emergencia por hospitalización o atención continua, Aetna Better Health of Texas resolverá su reclamo dentro de un (1) día hábil.

¿Qué sucede si necesito más tiempo?

Si necesita más tiempo para enviar información sobre su reclamo, puede solicitar una extensión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de los 30 días a partir de la fecha en la que recibimos su reclamo para informarle que necesitamos más tiempo y por qué es mejor para usted que tomemos la extensión. Cuando se extiende un reclamo, ampliaremos el plazo para resolverlo otros 14 días. Eso significa que le enviaremos la carta con los resultados del reclamo dentro de los 44 días a partir de la fecha en la que recibimos su reclamo.

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

Dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de un reclamo, el defensor de miembros le enviará una carta para informarle que su apelación ha sido recibida. El Panel de Apelación de Reclamos revisará la información que nos envió y analizará su caso. No es un tribunal de justicia. Tiene derecho a comparecer ante el Panel de Apelación de Reclamos en un lugar específico para hablar sobre la apelación del reclamo por escrito que nos envió. Cuando tomemos una decisión sobre su apelación, le enviaremos una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la apelación.

Proceso de apelación

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿a quién más puedo contactar?

Si no está satisfecho con el resultado de su reclamo, puede llamarnos al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna y solicitar una apelación. Puede solicitar una apelación de una resolución de reclamo escribiendo a la siguiente dirección:

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

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita para mí un servicio o medicamento que está cubierto, pero Aetna Better Health of Texas lo rechaza o limita?

Puede haber ocasiones en las que comuniquemos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención recomendada. Si esto sucede, Aetna Better Health of Texas le enviará una carta sobre una acción respecto de un servicio cubierto que solicite su médico. Una **acción** significa la denegación o autorización limitada de un servicio solicitado. Aquí encontrará lo siguiente:

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

Si rechazamos o limitamos la solicitud de su médico para un servicio cubierto, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Una **apelación** es cuando usted o su representante designado solicitan a Aetna Better Health of Texas que vuelva a analizar la solicitud de su médico, la cual nosotros decimos no pagar. Puede presentar su apelación verbalmente o por escrito dentro de los 60 días posteriores al aviso que le enviamos en el que se informa que se denegó el servicio o el medicamento.

Puede apelar nuestra decisión de dos maneras:

1. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros
 - a. El defensor de miembros tomará nota de la información y se la enviará para que la revise
2. Puede solicitar una apelación por escrito mediante el envío de una carta a la siguiente dirección:

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

Junto con la solicitud por escrito, usted o su médico también pueden enviar por fax más información para demostrar por qué no están de acuerdo con la decisión al **1-877-223-4580**, Attention: Member Advocate.

¿Cómo me enteraré si los servicios son denegados?

Si se le deniegan los servicios, usted y el médico recibirán una carta con información sobre el motivo de la denegación. En la carta también se le informará cómo presentar una apelación o 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 recibéndolos, 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
P.O. Box 81139
5801 Postal Rd
Cleveland, OH 44181

¿Cuáles son los plazos del proceso de apelación?

La solicitud de apelación debe presentarse dentro de los sesenta (60) días a partir de la fecha del aviso de determinación adversa de beneficios. Para garantizar los servicios actualmente autorizados, debe presentar la apelación antes de que se cumplan los 10 días a partir del envío por correo del aviso de la acción de Aetna Better Health of Texas 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. A continuación, se explica el proceso de apelación de emergencia.

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 es para su conveniencia. Si Aetna Better Health necesita una extensión, recibirá un aviso por escrito sobre el motivo de la demora.

¿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 dentro de los 30 días a partir de la fecha en la que recibimos su apelación para informarle que necesitamos más tiempo y por qué es mejor para usted que tomemos la extensión. Cuando se extiende una apelación, ampliaremos el plazo para resolver su apelación otros 14 días calendario. 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.

¿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, incluida la denegación del pago de servicios de forma total o parcial, puede solicitar una apelación a Aetna Better Health of Texas.

No tiene derecho a presentar una apelación en los siguientes casos:

- Los servicios que solicitó no están cubiertos por Medicaid.
- 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 llamarnos para presentar una apelación. 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. Si necesita ayuda para presentar una apelación, podemos ayudarlo.

¿Alguien de Aetna Better Health of Texas puede ayudarme a presentar una apelación?

Puede obtener ayuda para presentar una apelación llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna 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.

¿Puede alguien más ayudarme a presentar una apelación?

En cualquier momento durante el proceso de apelación, puede solicitarle a alguien que lo ayude o que actúe en su nombre. Puede ser cualquier persona que conozca, un familiar, un amigo, un tutor, un médico o un abogado. Esta persona será “su representante”. Si decide que alguien lo represente o actúe en su nombre, infórmenos por escrito el nombre de esa persona y cómo podemos contactarla. Usted o su representante pueden solicitar ver información sobre su apelación.

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 según su estado de salud y cuando tomarse el tiempo para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

¿Cómo solicito una apelación de emergencia?

Puede solicitar una apelación de emergencia llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna o escribiendo a la siguiente dirección:

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 sea por escrito. Puede solicitar una apelación de emergencia llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros.

¿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 sobre la decisión final de la apelación de emergencia dentro de las setenta y dos (72) horas desde que recibamos su solicitud de apelación. 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 of Texas 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 y la transferiremos al plazo habitual de apelación, 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 llamando al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de ID de Aetna y preguntando por el defensor de miembros; o bien, puede escribir a esta 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.

Si cambiamos nuestra decisión después de revisar su apelación o apelación de emergencia, aprobaremos su solicitud dentro de las 72 horas de la decisión. 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.

Un miembro debe completar el proceso de apelaciones antes de solicitar una audiencia imparcial del estado.

Proceso de 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 ciento veinte (120) días posteriores a la fecha de la carta del plan de salud con la decisión sobre la apelación. Si no solicita la audiencia imparcial del estado en este plazo de ciento veinte (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 bien, llame al **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant)

Tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud haya denegado o reducido, en virtud de los servicios autorizados previamente, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial del estado si solicita una audiencia en la fecha que sea anterior: (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 noventa (90) días posteriores a la fecha en que solicitó la audiencia. Si pierde la apelación de la audiencia imparcial del estado, Aetna Better Health of Texas puede cobrar los costos del servicio o beneficio que usted recibió mientras la apelación estaba pendiente. Aetna no cobrará los costos de los servicios que usted recibió durante la apelación o la audiencia imparcial del estado sin la autorización por escrito de la HHSC.

¿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 de emergencia. Para hacerlo, comuníquese con Aetna Better Health of Texas 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.

Información sobre la revisión médica externa

¿Puede un miembro solicitar una revisión médica externa?

Si usted, como miembro 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 **1-800-248-7767** (Bexar) o al **1-800-306-8612** (Tarrant).
- Envíe un correo electrónico a la MCO 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 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 audiencia imparcial del estado estándar, usted, sus padres o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una audiencia imparcial del estado de emergencia. Para hacerlo, comuníquese con Aetna Better Health of Texas 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 fraude, uso indebido 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 ID de Medicaid.
- Usa la ID 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.hhs.texas.gov/> y haga clic en “Report Fraud” (Denunciar fraude) para completar el formulario en línea.
- Brinde la siguiente información directamente a su plan de salud:
 - Aetna Better Health of Texas
 - Dirección de la oficina/del director de la MCO

- Número de teléfono gratuito de la MCO

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

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 hablados (además del inglés) de cada proveedor de la red, y también la identificación de los proveedores que no aceptan pacientes nuevos y, cuando corresponda, las calificaciones profesionales, la especialidad, la facultad de medicina a la que asistieron, la finalización de la residencia y el estado de certificación del consejo. El miembro tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y proveedores, y sobre los derechos de los miembros.
- 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.
- 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.

Subrogación

¿Qué es la 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”. En virtud de nuestro 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.

Beneficios cubiertos de STAR

Descripción del 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 para pacientes externos (sin hospitalización)
Atención hospitalaria y para pacientes externos
Atención de maternidad y del recién nacido
Línea 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 auditivos y audífonos
Servicios de agencias de atención médica a domicilio
Servicios de ambulancia
Diálisis para problemas renales
Trasplantes de órganos principales
Controles médicos y dentales de Texas Health Steps
Examen físico para adultos (una vez al año)
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
Suministros y servicios de planificación familiar
Tratamiento del VIH y de enfermedades de transmisión sexual
Servicios de salud conductual (como asesoramiento y tratamiento)
Asistencia para trastornos por abuso de sustancias (como la asistencia para el abuso de alcohol y drogas)
Suministros para la diabetes
Clases de educación de salud
NEMT

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

Exclusiones de beneficios de STAR

Los servicios que no están cubiertos por STAR se denominan “exclusiones”.

Exclusiones de beneficios
Curación por la fe
Acupuntura
Cirugía estética
Cualquier servicio <i>no</i> médicamente necesario

Clases de educación para la salud de Aetna Better Health of Texas

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

Beneficios de valor agregado de STAR

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Línea de enfermería las 24 horas	Este servicio, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, permite a todos los miembros tener acceso telefónico al apoyo clínico de enfermeros certificados con experiencia. Los miembros pueden llamar a la línea de enfermería directamente al 1-800-556-1555 para recibir asistencia.
Beneficios de medicamentos de venta libre/descuento en la farmacia	<p>El programa OTC Health Solutions ofrece a los miembros una asignación mensual de \$25 (\$300 anuales). 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. Hay un límite \$25 por mes (\$300 anuales) por familia. Descuento en servicios de farmacia. Estos productos incluyen lo siguiente*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
	<p>* 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.</p> <p>Este beneficio cubre los medicamentos OTC y otros productos que no necesitan una receta y no se consideran por lo demás como beneficios cubiertos.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Ayuda adicional para mujeres embarazadas	<p>Aetna Better Health ofrece a nuestras miembros embarazadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 posparto para reclamar su regalo de productos para bebés • Manual sobre embarazo para miembros embarazadas en administración de casos
Programa PROMISE	<p>Nuestras miembros embarazadas pueden ganar pañales, toallitas húmedas para bebés o productos para bebé similares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted completa 3 visitas prenatales, puede ganar hasta \$50 en productos para bebés. • Si completa 3 visitas prenatales más (6 en total) y 1 visita posparto después de que nazca el bebé, puede ganar otros \$50 en productos para bebés.

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Ayuda adicional con el transporte	<p>¿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.</p>
Servicios adicionales de la vista	<p>Los miembros de Aetna Better Health of Texas recibirán asistencia financiera para obtener productos y servicios de la vista.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayores de 21 años: Aetna cubrirá los costos de los exámenes de la vista una vez cada dos años. • Mayores de 21 años: Aetna cubrirá hasta \$175 una vez cada dos años para anteojos, sin limitarse a las monturas de anteojos, los lentes y los lentes de contacto que no están cubiertos por Medicaid. • Menores de 21 años: Aetna cubrirá hasta \$175 una vez al año para anteojos, sin limitarse a 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	<p>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.</p>
Recursos de salud conductual en línea	<p>Los miembros pueden acceder a recursos de salud mental en línea en nuestro sitio web AetnaBetterHealth.com/Texas/members/behavior.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Asistencia para miembros con asma	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un medidor de flujo espiratorio máximo y una cámara de retención o espaciador todos los años • Control de plagas • Ropa de cama hipoalérgica • Limpieza de conductos de ventilación • Limpieza profunda de alfombras
Exámenes de aptitud física para hacer deportes	<p>Se ofrecen los exámenes de aptitud física para hacer deportes médicamente necesarios a todos los miembros de hasta 19 años que hayan completado la visita de bienestar infantil.</p>
Asistencia de telefonía celular	<p>Los miembros que califiquen para el programa federal Lifeline pueden elegir entre un teléfono inteligente, un teléfono con funciones básicas o el uso de su teléfono celular personal para incluir las siguientes opciones de planes según el área de cobertura.</p> <p>(1) Assurance Wireless: Teléfono inteligente Android con 500 MB de datos, 350 minutos para hablar y mensajes de texto ilimitados;</p> <p>(2) EnTouch Wireless: Uso del teléfono celular personal, 500 MB de datos y 500 unidades de voz o de texto donde 1 unidad = 1 mensaje de texto o 1 minuto de voz;</p> <p>(3) EnTouch Wireless: Teléfono con funciones básicas, 10 MB de datos, 500 minutos para hablar y 100 mensajes de texto;</p> <p>(4) Life Wireless: Uso del teléfono celular personal, 10 MB de datos, 500 minutos para hablar y mensajes de texto ilimitados.</p> <p>Las llamadas del miembro desde y hacia el Plan de salud y los mensajes de texto relacionados con la salud del Plan de salud no se aplicarán al límite de minutos o de mensajes de texto.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Exámenes de bienestar infantil	<p>Los miembros pueden recibir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Visitas domiciliarias	Visita virtual al hogar para asesoramiento en lactancia para todas las mamás primerizas.
Servicios médicos adicionales para los pies (podiatría)	Los miembros tienen acceso a productos para el cuidado de los pies que están disponibles a través del programa de OTC Health Solutions.
Servicios dentales	<p>Los miembros son elegibles para los siguientes beneficios dentales anuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza cada 6 meses • Radiografías una vez al año • Extracciones simples • Empastes limitados • Tratamientos con flúor

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

Glosario

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

Apelación: Una solicitud para que su organización de 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: Plan o seguro de salud que ayuda a pagar los medicamentos con receta.

Copago: Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de atención médica cubierto, por lo general, 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 el 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 diabéticos.

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.

Medicamento 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. Algunas veces se denomina autorización previa, aprobación previa o precertificación. La preautorización no es una promesa de 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: Médico (médico o doctor en medicina osteopática), profesional de salud o centro de atención médica con licencia, certificado o acreditado según lo exija la ley estatal.

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.

Queja: Un reclamo a su aseguradora o plan de salud.

Reclamo: Una 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: Un 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 de 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.

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o 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:

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

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, comuníquese con el número que aparece en su tarjeta de identificación o **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 o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: 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 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

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

VIETNAMESE: CHÚ Ý: nếu bạn nói tiếng việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ id của bạn hoặc **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

CHINESE: 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 **1-800-385-4104 (TTY: 711)**。

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104 (TTY: 711)** 번으로 연락해 주십시오.

ARABIC: ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على **1-800-385-4104 (الصم والبكم: 711)**.

URDU: توجہ دیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو زبان سے متعلق مدد کی خدمات آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں۔ اپنے شناختی کارڈ کے پیچھے موجود نمبر پر یا **1-800-385-4104 (TTY: 711)** پر رابطہ کریں۔

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

FRENCH: ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité ou le **1-800-385-4104 (ATS: 711)**.

HINDI: ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने आईडी कार्ड के पृष्ठ भाग में दिए गए नम्बर अथवा **1-800-385-4104 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

PERSIAN: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، به صورت رایگان می توانید به خدمات کمک زبانی دسترسی داشته باشید. با شماره درج شده در پشت کارت شناسایی یا با شماره **1-800-385-4104 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

GERMAN: ACHTUNG: Wenn Sie deutschen sprechen, können Sie unseren kostenlosen Sprachservice nutzen. Rufen Sie die Nummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte oder **1-800-385-4104 (TTY: 711)** an.

GUJARATI: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર અથવા **1-800-385-4104** પર કોલ કરો (TTY: 711).

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки, или по номеру **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

JAPANESE: 注意事項:日本語をお話になる方は、無料で言語サポートのサービスをご利用いただけます。IDカード裏面の電話番号、または**1-800-385-4104 (TTY: 711)**までご連絡ください。

LAOTIAN: ເຊີນຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີໂທທີ່ຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

