



SEPTIEMBRE 2025 - AGOSTO 2026

Dell Children's Health Plan

Manual para miembros de STAR

1-855-921-6284 (TTY 7-1-1) | DellChildrensHealthPlan.com

Abril 2026 | MS-0725-085





Mi información

Complete esta página para tener todos sus contactos médicos en un solo lugar.

Nombre: _____ Medicaid ID: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Proveedor primario/clínica: _____ Teléfono: _____

Especialista/clínica: _____ Teléfono: _____

Obstetra/clínica: _____ Teléfono: _____

Clínica fuera del horario de atención: _____ Teléfono: _____

Clínica de urgencia: _____ Teléfono: _____

Departamento de emergencias: _____ Teléfono: _____



Escanee el código QR para encontrar un médico, atención de urgencia o una clínica fuera del horario de atención. También puede visitar DellChildrensHealthPlan.com o llamar a la línea de ayuda de enfermería las 24 horas al **1-855-712-6700 (TTY 7-1-1)**. Si cree que tiene una emergencia médica, llame al **9-1-1** o vaya a la sala de emergencias más cercana.

1-855-921-6284

¡Bienvenido a Dell Children's Health Plan!

Información sobre su plan médico

¡Bienvenido! Dell Children's Health Plan es una organización de mantenimiento de la salud (HMO) que tiene el compromiso de darle la atención adecuada cerca de su casa. Sus beneficios de Dell Children's Health Plan son sus beneficios de STAR, además de los servicios de valor agregado que obtiene por ser nuestro miembro. Para obtener información sobre médicos y hospitales en su área, visite DellChildrensHealthPlan.com y vaya a la página "Find a Doctor" (Buscar un médico). También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

Su guía para miembros de Dell Children's Health Plan

Esta guía lo ayudará a comprender su plan médico y los beneficios de STAR que obtiene de nosotros. Si tiene preguntas o necesita ayuda para comprender o leer esta guía para miembros, llame a Servicios para Miembros. Puede obtener esta información gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. El otro lado de este manual está en español.

Si tiene preguntas después de leer la guía, llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**. Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Las llamadas recibidas entre las 5 p.m. y 8 a.m. serán dirigidas al buzón de voz.

Números de teléfono importantes

Teléfonos de Dell Children's Health Plan (Todos los teléfonos son de llamada sin costo)

Servicios para Miembros

Si tiene alguna pregunta sobre el plan de Dell Children's Health Plan de su hijo, llame sin costo a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**. Puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m hora central, excepto los días festivos que apruebe el estado. Si nuestras oficinas están cerradas, aún puede hablar con alguien. Las llamadas recibidas entre las 5 p.m y 8 a.m. serán dirigidas al buzón de voz. Si no podemos ayudarlo de inmediato, lo ayudaremos el siguiente día hábil.

Nuestros representantes de Servicios para Miembros hablan inglés y español, y muchos otros idiomas. También hay servicios de interpretación.

Servicios para Miembros puede ayudarlo con:

- Los médicos de su hijo
- Transporte
- Obteniendo servicios
- Información de costos compartidos
- Vida saludable
- Derechos y responsabilidades
- Citas médicas
- Beneficios de atención médica
- Qué hacer en caso de emergencia o crisis
- Bien cuidado
- Tipos especiales de atención médica.
- Quejas y recursos médicos

Llame al
1-855-921-6284
(TTY 7-1-1).

Lo que debe hacer en caso de una emergencia

Si tiene una emergencia, debe llamar al 9-1-1 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si necesita asistencia, llame al proveedor de atención primaria de su hijo o llame a nuestra Línea de ayuda de enfermería de 24 horas, los 7 días de la semana al **1-855-712-6700 (TTY 7-1-1)**. Para recibir atención de urgencia, debe llamar al proveedor de atención primaria de su hijo incluso en la noche y los fines de semana. Él le dirá lo que debe hacer. Si llama al consultorio del proveedor de atención primaria cuando esté cerrado, deje un mensaje con su nombre y un teléfono donde lo puedan localizar. Alguien le debería devolver la llamada en el transcurso de 30 minutos para decirle lo que debe hacer. Llame a Servicios para Miembros para encontrar una clínica de atención de urgencia cerca de usted. O llame a nuestra Línea de ayuda de enfermería de 24 horas, los 7 días de la semana al **1-855-712-6700 (TTY 7-1-1)** para obtener asistencia en cualquier momento, durante el día o la noche.

Llame al **9-1-1** en caso de una emergencia.

Línea de enfermería de 24 horas

La Línea de enfermería de 24 horas está disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

1-855-712-6700
(TTY 7-1-1)

1-855-921-6284

Teléfonos de Dell Children's Health Plan (Todos los teléfonos son de llamada sin costo)

Servicios de salud conductual y por abuso de sustancias La línea de servicios de salud conductual y por abuso de sustancias está disponible para los miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al 1-800-424-1764 (TTY 7-1-1) . La llamada es gratuita y puede hablar con alguien en inglés o español. Para otros idiomas, hay servicios de interpretación. Si su hijo tiene una emergencia, debe llamar al 9-1-1 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.		Las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al 1-800-424-1764 (TTY 7-1-1)	
Coordinación de Servicios Manejo de enfermedades y manejo de casos		1-844-964-3015 (TTY 7-1-1)	
Línea de ayuda del programa STAR		1-800-964-2777	
Equipo de asistencia de atención administrada del Ombudsman		1-866-566-8989	
Línea directa de Medicaid		1-800-252-8263	
Programa de Intervención en la primera infancia de Texas		1-800-628-5115	
Texas Health Steps		1-877-847-8377	
Atención de la vista a través de Superior Vision of Texas		1-800-428-8789	
Planes dentales	DentaQuest: 1-800-516-0165	MCNA: 1-855-691-6262	United Healthcare Dental: 1-877-901-7321
Transporte médico que no es de emergencia		Llame a MTM Health al 1-844-867-2742 (TTY 7-1-1) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, excepto los días festivos estatales. Puede hablar con alguien en inglés o español. Para otros idiomas, hay servicios de interpretación disponibles. Puede seleccionar la opción "¿Dónde está mi transporte?" para consultar el estado de su transporte entre las 5 a.m. y las 7 p.m., hora del centro, de lunes a sábado, cuando esté esperando un transporte programado.	



1-855-921-6284

Índice

Debe ir con su proveedor ahora	6
Su tarjeta de identificación de Dell Children’s Health Plan	7
Proveedores de atención primaria	10
Planes de incentivos para médicos	13
Cómo cambiar de planes médicos	14
Beneficios	16
Coordinación de Servicios	27
Atención médica y otros servicios	33
¿Qué es la administración de casos para niños y mujeres embarazadas?	45
¿Qué es Texas Health Steps?	47
Servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT)	51
Vuelva a certificar sus beneficios de Medicaid a tiempo	61
¿Qué pasa si tengo otro seguro médico además de Medicaid?	63
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	66
Proceso de quejas	69
Proceso de apelaciones	71
Apelaciones aceleradas	73
Información de revisión médica externa	75
Audiencia imparcial estatal	76
Información sobre fraude, despilfarro y abuso	78
Administración de la calidad	79
Raza, origen étnico e idioma	89

Sobre su plan médico

Debe ir con su proveedor ahora

¿Cuándo es el momento de una visita de control del estado de salud?

Todos los miembros de Dell Children's Health Plan deben hacerse revisiones regulares de Texas Health Steps o ir a visitas de control del estado de salud de los adultos. De esta manera, su proveedor de atención primaria o médico puede ver si usted tiene un problema antes de que sea un problema grave. Cuando se vuelva un miembro de Dell Children's Health Plan, llame a su proveedor y programe las primeras citas para usted y su hijo en un plazo de 90 días.

Control del estado de salud para niños: el programa Texas Health Steps

Los niños necesitan más revisiones de bienestar que los adultos. Estas revisiones médicas, para niños desde el nacimiento hasta los 20 años de edad que tienen Medicaid, se llaman Texas Health Steps. Cuando su hijo se vuelva miembro de Dell Children's Health Plan, es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle que lleve a su hijo a una revisión. Su hijo debe hacerse los controles de Texas Health Steps en los horarios mencionados abajo:

Programa de revisiones médicas Texas Health Steps para su hijo	
Al nacer	9 meses de edad
3-5 días de edad	12 meses de edad
Al tener 1 mes de edad	15 meses de edad
2 meses de edad	18 meses de edad
4 meses de edad	2 años de edad
6 meses de edad	2 ^{1/2} años de edad
Después de los 2 ^{1/2} años de edad, su hijo debe visitar al proveedor todos los años.	
Dell Children's Health Plan recomienda las revisiones anuales y las cubre para los hijos de 3 a 20 años de edad.	

Asegúrese de hacer estas citas y lleve a su hijo con su proveedor cuando esté programada la cita. Estos controles ayudan a encontrar problemas médicos antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar, y pueden prevenir problemas médicos que dificultan el aprendizaje y el crecimiento de su hijo. Si el proveedor o dentista de su hijo encuentra un problema médico durante una revisión, su hijo puede recibir la atención que necesita, como exámenes de la vista y anteojos, pruebas de audición y aparatos auditivos, o atención dental.

1-855-921-6284

¿Es usted un trabajador agrícola ambulante?

Lo ayudaremos a encontrar proveedores y clínicas y a programar citas para sus hijos. Su hijo puede recibir su revisión o servicio antes si ustedes se van del área.

¿Qué pasa si quedo embarazada?

Si cree que está embarazada, llame a su proveedor u obstetra/ginecólogo de inmediato.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para programar una cita con su proveedor u obstetra/ginecólogo, llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

Su tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan

¿Cómo se ve mi tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan? ¿Cómo la uso?

Si aún no tiene su tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan, pronto la recibirá. Llévela consigo en todo momento. Muéstresela a cualquier proveedor, hospital o farmacia que visite. No necesita mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir atención de emergencia. La tarjeta le dice a los proveedores, hospitales y farmacias que usted es un miembro de Dell Children's Health Plan y quién es su proveedor. También les dice que Dell Children's Health Plan pagará los servicios médicos necesarios mencionados en la sección "Beneficios" de este manual.

También puede imprimir su tarjeta de identificación de nuestro portal para miembros en <https://dchp-member.com>. Deberá inscribirse e iniciar sesión en el portal para miembros en el sitio web para acceder a la información de su tarjeta de identificación.

Tarjeta de identificación de STAR

 <p>Member Information/Información del Miembro Member/Miembro: DOB/Fecha de nacimiento: ID no/Nro. de ID:</p> <p>PCP Information/Información del PCP PCP/PCP: PCP Effective Date/Fecha efectiva: PCP Phone/Teléfono del PCP:</p>	<p style="text-align: right;">STAR</p> <p>MEMBER ID CARD / TARJETA DE MIEMBRO Plan Effective Date/Fecha efectiva del plan:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>NAVITUS RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGroup: SHP</p> </div> <p>Pharmacy contact information: Información de contacto de farmacia: 1-855-921-6284 For pharmacies and prescribers only: 1-877-908-6023</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Directions for what to do in an emergency In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.</p> <p>Instrucciones en caso de emergencia En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.</p> </div> <p>Member Services 24-7/Servicios para Miembros 24-7: 1-855-921-6284 Nurse HelpLine 24-7/ Línea telefónica de enfermería 24-7: 1-855-712-6700 Behavioral Health and Substance Abuse Services 24-7 Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias 24-7: 1-800-424-1764 For Vision Services/Servicios de Visión: 1-800-879-6901</p> <hr/> <p>Eligibility, authorizations, benefits and claims: Provider Services 1-844-781-2343 Send claims to: Dell Children's Health Plan PO Box 37502 Payer ID: 38261 Oak Park, MI 48237-0502</p> <p>For more information, visit us at DellChildrensHealthPlan.com MS-0622-001</p>
---	--	---

Sobre su plan médico

¿Cómo leo mi tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan?

Su tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan tiene el nombre y el teléfono de su proveedor. Su tarjeta de identificación tiene una lista de muchos de los teléfonos importantes que usted necesita conocer, como nuestro departamento de Servicios para Miembros y la Línea de ayuda de enfermería las 24 horas. También tiene una lista de los números de servicio de atención de la vista y servicios de farmacia.

¿Cómo reemplazo mi tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan si se pierde o la roban?

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación, llámenos de inmediato al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**. Le enviaremos una nueva. También puede imprimir su tarjeta de identificación desde nuestro portal para miembros en <https://dchp-member.com>. Deberá registrarse e iniciar sesión en el portal de miembros para acceder a la información de su tarjeta de identificación.

Tarjeta de Your Texas Benefits (YTB) Medicaid

Cuando lo aprueben para Medicaid, recibirá una tarjeta de YTB Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de Medicaid para todos los días. Debe llevarla y protegerla como su licencia de conducir o una tarjeta de crédito. Su proveedor puede usar la tarjeta para averiguar si tiene beneficios de Medicaid cuando vaya a una visita.

Se le extenderá solo una tarjeta y recibirá una nueva solo si la pierde o se la roban. Si pierde o le roban su tarjeta de Medicaid, puede obtener una nueva llamando sin costo al **1-800-252-8263**, o visitando en línea para ordenar o imprimir una tarjeta temporal en www.YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro si está cubierto por Medicaid, puede averiguarlo llamando sin costo al **1-800-252-8263**. También puede llamar al 2-1-1. Primero elija un idioma y, después, elija la opción 2.

Su información médica es una lista de servicios médicos y medicamentos que usted ha obtenido a través de Medicaid. Esto lo compartimos con proveedores de Medicaid para ayudarlos a decidir qué atención médica necesita usted. Si no quiere que sus proveedores vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame sin costo al **1-800-252-8263** o elija no compartir su información médica en www.YourTexasBenefits.com.

La tarjeta de YTB Medicaid tiene estos datos impresos en la parte de adelante:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid
- La fecha en que se le envió la tarjeta
- El nombre del programa de Medicaid en el que participa si recibe:
- Medicare (QMB, MQMB)

1-855-921-6284

- Programa Healthy Texas Women (HTW)
- Hospicio
- STAR Health
- Medicaid de emergencia, o
- Posible elegibilidad para mujeres embarazadas (PE)
- Datos que su farmacia necesitará para facturar a Medicaid
- El nombre de su proveedor y farmacia si está en el programa Lock-in (Restricción) de Medicaid.

La parte de atrás de la tarjeta YTB Medicaid tiene un sitio web que puede visitar (www.YourTexasBenefits.com) y un teléfono al que puede llamar sin costo **(1-800-252-8263)** si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si olvida su tarjeta, su proveedor, dentista o farmacia pueden usar el teléfono o Internet para asegurarse de que usted reciba los beneficios de Medicaid.

El portal para clientes YourTexasBenefits.com Medicaid

Puede usar el portal para clientes de Medicaid para hacer todo lo siguiente para usted mismo o para cualquier persona a cuya información médica o dental usted tenga acceso:

- Ver, imprimir y ordenar una tarjeta de YTB Medicaid
- Ver sus planes médicos y dentales
- Ver la información de sus beneficios
- Ver alertas de STAR y STAR Kids Texas Health Steps
- Ver alertas de transmisión
- Ver diagnósticos y tratamientos
- Ver vacunas
- Ver medicamentos con receta
- Elegir si permite que los proveedores y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible

Sobre su plan médico

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

- Haga clic en “Log In” (Iniciar sesión).
- Escriba 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).
- Vaya a la sección “Quick links” (Enlaces rápidos).
- Haga clic en “Medicaid & CHIP Services” (Servicios de Medicaid y CHIP).
- Haga clic en “View services” (Ver servicios) e información médica disponible.

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

¿Qué pasa si necesito un formulario de verificación de identificación temporal?

Si perdió o no tiene acceso a la tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid y necesita una tarjeta temporal de Medicaid, debe completar un formulario de verificación de identificación temporal (Formulario 1027-A). Puede obtener este formulario llamando a su oficina local de beneficios de HHSC.

Para encontrar su oficina local de beneficios de HHSC, llame al 2-1-1, elija un idioma y, después, seleccione la opción 2. Muestre este formulario a su proveedor de la misma manera que presentaría la tarjeta de Your Texas Benefits Medicaid. Su proveedor aceptará este formulario como prueba de elegibilidad de Medicaid. También puede conectarse en línea en www.YourTexasBenefits.com e imprimir una tarjeta de identificación temporal después de iniciar sesión en su cuenta.

Proveedores de atención primaria

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un proveedor de atención primaria, también llamado proveedor principal, es el proveedor que usted consulta para la mayor parte de su atención médica regular. Cuando se inscribió en Dell Children’s Health Plan, usted debería haber elegido un proveedor de atención primaria en nuestro plan. Si no lo hizo, le asignamos uno que debe estar situado cerca de usted. El nombre y el teléfono de su proveedor de atención primaria están impresos en su tarjeta de identificación de Dell Children’s Health Plan.

Su proveedor de atención primaria también lo enviará a especialistas, otros proveedores u hospitales cuando necesite atención o servicios especiales que él no pueda prestarle.

1-855-921-6284

¿Puede considerarse un especialista como un proveedor de atención primaria?

Un especialista puede atender como proveedor de atención primaria si usted tiene una discapacidad, necesidades especiales de atención médica o una enfermedad o condición crónica que pone en peligro la vida por lo que:

- Es posible que se le deba hospitalizar muchas veces debido a su condición
- Necesita recibir la mayor parte de su atención médica de un especialista
- Su proveedor de atención primaria no puede coordinar la atención médica que necesita

¿Qué debo llevar a la cita con mi proveedor?

Cuando vaya a la cita con su proveedor, lleve:

- Su tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan
- Su tarjeta de YTB Medicaid
- Cualquier medicamento que esté tomando y su expediente de vacunación
- Cualquier pregunta que le quiera hacer a su proveedor

Si la cita es para su hijo, traiga lo mismo que se menciona en los puntos de arriba.

¿Cómo puedo cambiar a mi proveedor de atención primaria?

Llame a Servicios para Miembros si necesita cambiar a su proveedor de atención primaria. Puede visitar DellChildrensHealthPlan.com para encontrar uno nuevo.

¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria?

Sí, las Clínicas médicas rurales (RHCs) y los Centros médicos calificados a nivel federal (FQHCs) en nuestro plan pueden atenderlo como su proveedor de atención primaria.

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

No hay límite en la cantidad de veces que puede cambiar a su proveedor de atención primaria o al de su hijo. Puede cambiar a los proveedores de atención primaria llamándonos sin costo Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** o escribiendo a:

Dell Children's Health Plan
1345 Philomena St., Ste. 305
Austin, TX 78723

Sobre su plan médico

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

Podemos cambiar a su proveedor en el mismo día que pida el cambio. El cambio entrará en vigor de inmediato. Llame al consultorio del proveedor si quiere hacer una cita.

¿Hay algún motivo por el que se pueda denegar una petición para cambiar de proveedor de atención primaria?

No podrá cambiar de proveedor si:

- El proveedor que eligió no acepta pacientes nuevos
- El nuevo proveedor no está en nuestro plan

¿Puede mi proveedor de atención primaria trasladarme a otro proveedor de atención primaria por inconformidad?

Su proveedor de atención primaria le puede pedir que cambie a otro proveedor de atención primaria si:

- Usted no sigue su recomendación médica una y otra vez
- Su proveedor acepta que un cambio es lo mejor para usted
- Su proveedor no tiene la experiencia adecuada para tratarlo
- A usted lo asignaron al proveedor por error (como un adulto asignado al proveedor de un niño)

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

Hable primero con su proveedor de atención primaria sobre cualquier atención médica que necesite de otros proveedores. Él lo puede remitir a otros proveedores de nuestro plan y ayudarlo a coordinar toda la atención que necesita.

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

Si necesita hablar con su proveedor de atención primaria y el consultorio está cerrado, llame al teléfono que está en su tarjeta de identificación. Alguien le debería devolver la llamada en el transcurso de 30 minutos para decirle lo que debe hacer. También puede llamar a nuestra Línea de ayuda de enfermería de 24 horas al **1-855-712-6700**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener ayuda.

Si cree que necesita atención de emergencia, consulte la sección "¿Qué es la atención médica de emergencia?" de esta guía, llame al 9-1-1 o vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana.

1-855-921-6284

¿Qué es el programa Lock-in (Restricción) de Medicaid?

Es posible que lo pongan en el programa Lock-in (Restricción) si usted no sigue las normas de Medicaid. Este verifica cómo usa usted los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid siguen siendo los mismos. Si cambia a una MCO diferente, esto no cambiará el estado de restricción.

Para evitar que lo pongan en el programa Lock-in (Restricción) de Medicaid:

- Elija una farmacia en un lugar para usar todo el tiempo.
- Asegúrese de que su proveedor principal, el dentista principal o los especialistas a los que lo remiten sean los únicos proveedores que le den recetas.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de proveedores diferentes.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

En algunos casos, es posible que lo aprueben para obtener medicamentos de otra farmacia, como por ejemplo:

- Se muda fuera del área geográfica (a más de 15 millas de la farmacia del programa Lock-in [Restricción]).
- La farmacia del programa Lock-in (Restricción) no tiene el medicamento recetado y no estará disponible por más de 2 o 3 días.
- La farmacia del programa Lock-in (Restricción) está cerrada por el día y usted necesita el medicamento inmediatamente.

Debe llamar a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** si necesita aprobación para recibir un medicamento en una farmacia distinta a la farmacia del programa Lock-in (Restricción).

Planes de incentivos para proveedores

Dell Children's Health Plan no puede hacer pagos según un plan de incentivos para proveedores si los pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos que son médicamente necesarios para los miembros. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de atención primaria (proveedor principal) es parte de este plan de incentivos para proveedores. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para obtener más información sobre esto.

Sobre su plan médico

Cómo cambiar de planes médicos

¿Qué pasa si quiero cambiar de planes médicos?

Puede cambiar su plan médico llamando a la línea de ayuda del Programa Texas STAR al **1-800-964-2777**. Puede cambiar de planes médicos con la frecuencia que quiera.

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

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

¿Puede Dell Children's Health Plan pedir que me saquen del plan médico (por inconformidad, etc.)?

Hay varios motivos por los que a usted lo podrían sacar de Dell Children's Health Plan, incluyendo:

- Ya no es elegible para Medicaid
- Usted permite que alguien más use su tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan
- Usted intenta lastimar a un proveedor, un miembro del personal o un colaborador de Dell Children's Health Plan
- Usted roba o destruye propiedad del proveedor o de Dell Children's Health Plan
- Usted va a la sala de emergencias una y otra vez cuando no tiene una emergencia
- Usted consulta a proveedores o va a centros médicos fuera de Dell Children's Health Plan una y otra vez
- Usted falta a citas una y otra vez
- Usted intenta lastimar a otros pacientes o dificulta que otros pacientes reciban la atención que necesitan

Si usted ha hecho algo que puede llevar a que lo saquen de nuestro plan, nos comunicaremos con usted. Le pediremos que nos diga lo que sucedió. Si tiene alguna pregunta sobre su inscripción, llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**. La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas decidirá si pedimos que lo trasladen a otro plan médico.



Beneficios para los miembros

Beneficios para los miembros

Beneficios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Su proveedor de atención primaria dará la atención médica que usted necesita o lo remitirá a otro proveedor. Algunos beneficios de Dell Children's Health Plan son solo para miembros de cierta edad o que tienen cierto tipo de problema médico. Si tiene una pregunta o no está seguro de si ofrecemos cierto beneficio, llame a Servicios para Miembros.

Los servicios cubiertos de STAR Medicaid incluyen, entre otros, los que son médicamente necesarios:

- Servicios de ambulancia de emergencia y que no son de emergencia
- Servicios de audiología, incluyendo los aparatos auditivos, para adultos y niños
- Servicios de salud conductual, incluyendo:
 - Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
 - Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
 - Servicios de psiquiatría
 - Servicios de rehabilitación de salud mental
 - Servicios de orientación para adultos (mayores de 21 años de edad)
 - Servicios de tratamiento para trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios, incluyendo:
 - Evaluación
 - Desintoxicación
 - Orientación
 - Terapia asistida con medicamentos
 - Tratamiento residencial para trastornos por consumo de sustancias (incluyendo alojamiento y comida y servicios de desintoxicación)
 - Análisis de comportamiento aplicado (ABA) para autismo
- Servicios prestados para el parto por un proveedor o una enfermera partera en un centro de maternidad autorizado
- Servicios prestados para el parto por un centro de maternidad autorizado
- Evaluación, diagnóstico y tratamiento del cáncer
- Servicios quiroprácticos
- Diálisis
- Equipo médico duradero y suministros
- Intervención en la primera infancia

1-855-921-6284

- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Atención médica en casa
- Servicios de hospital, incluyendo pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios
- Servicios de laboratorio
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluyendo:
 - Servicios para pacientes hospitalizados; servicios prestados para pacientes ambulatorios en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de atención médica ambulatoria, según corresponda desde el punto de vista clínico; y servicios prestados por proveedores y profesionales en un consultorio, en un entorno para pacientes hospitalizados o ambulatorios para:
 - Todas las etapas de reconstrucción en las mamas en las que se hicieron procedimientos de mastectomía médicamente necesarios
 - Operación y reconstrucción en la otra mama para producir una apariencia simétrica
 - Tratamiento de complicaciones físicas debido a la mastectomía y al tratamiento de linfedemas
 - Mastectomía profiláctica para prevenir el desarrollo de cáncer de mama
 - Prótesis mamaria externa para las mamas en las que se hicieron procedimientos de mastectomía médicamente necesarios
- Revisiones médicas y servicios del Programa de Atención Integral para niños (desde el nacimiento hasta los 20 años de edad) a través del programa Texas Health Steps
- Administración de casos específicos de salud mental
- Evaluación bucal y barniz de flúor en el centro médico junto con la revisión médica de Texas Health Steps para niños de 6 meses a 35 meses
- Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, incluyendo los que despacha una farmacia o que administra un proveedor
- Medicamentos y productos biológicos que se dan en un entorno para pacientes hospitalizados
- Podología
- Atención prenatal
- Atención primaria
- Servicios de prevención, incluyendo un control anual de salud para adultos, para pacientes mayores de 21 años de edad
- Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías
- Servicios de proveedores especialistas

Beneficios para los miembros

- Telesalud
- Telemedicina
- Telemonitoreo, en la medida en que cubra el Código de Gobierno de Texas §531.01276
- Terapias: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Trasplante de órganos y tejidos
- Atención de la vista (incluye optometría y anteojos; los lentes de contacto solo están cubiertos si son médicamente necesarios para la corrección de la vista y no se puede lograr con anteojos)

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su proveedor de atención primaria lo ayudará a obtener este tipo de servicios o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

¿Qué pasa si Dell Children's Health Plan no tiene un proveedor para uno de mis beneficios cubiertos?

Si un beneficio del plan no está disponible a través de un proveedor de nuestro plan, haremos los arreglos para que usted consulte a uno fuera del plan. Le reembolsaremos a él de acuerdo con las normas del estado. Usted debe llamar a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para coordinar los servicios con un proveedor fuera de nuestro plan, excepto en caso de una emergencia.

¿Hay límites para los servicios cubiertos?

Es posible que haya algunos límites para la atención, como los servicios quiroprácticos, basados en los beneficios cubiertos por Medicaid. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para obtener una lista completa de beneficios y limitaciones.

¿Qué es la aprobación previa?

Es posible que algunos tratamientos, atención médica o servicios necesiten nuestra aprobación antes de que su proveedor o el proveedor de su hijo puedan prestarlos. A esto se le llama "aprobación previa". Su proveedor o el proveedor de su hijo trabajarán directamente con nosotros para obtener la aprobación. Lo siguiente necesita aprobación previa:

- La mayoría de las operaciones, incluyendo algunas operaciones para pacientes ambulatorios
- Todos los servicios e ingresos electivos y no urgentes para pacientes hospitalizados
- Servicios quiroprácticos
- La mayoría de los servicios de salud conductual y por abuso de sustancias (excepto los servicios para pacientes ambulatorios y de emergencia)
- Ciertas recetas

1-855-921-6284

- Cierta equipo médico duradero, incluyendo prótesis y ortótica
- Ciertos procedimientos de gastroenterología
- Aparatos auditivos digitales
- Servicios médicos en casa
- Servicios de hospicio
- Terapia de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla)
- Estudios del sueño
- Atención fuera del área o fuera de la red, excepto en caso de una emergencia
- Diagnóstico por imágenes avanzado (cosas como: MRA, MRI, escaneos de CT y CTA)
- Ciertas pruebas y procedimientos para el manejo del dolor

Esta lista está sujeta a cambios sin previo aviso y no es una lista completa de los beneficios cubiertos por el plan. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre servicios específicos.

¿Qué servicios no están cubiertos por Dell Children's Health Plan?

Dell Children's Health Plan no ofrece los beneficios y servicios de abajo. Estos servicios tampoco están cubiertos por el pago por servicio de Medicaid.

- Cualquier cosa que no sea médicamente necesaria
- Cualquier cosa experimental, como un tratamiento nuevo que se esté probando o que no ha mostrado que funcione
- Cirugía cosmética que no sea médicamente necesaria
- Esterilización para miembros menores de 21 años de edad
- Cuidado de rutina de los pies, excepto para los miembros con diabetes o mala circulación
- Servicios de tratamiento de fertilidad
- Tratamiento por discapacidades relacionadas con el servicio militar
- Servicios del programa para bajar de peso
- Reversión de la esterilización voluntaria
- Habitación privada y artículos de comodidad personal cuando esté hospitalizado
- Operación de reasignación de sexo

Para obtener más información sobre los servicios que Dell Children's Health Plan no cubre, llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

Beneficios para los miembros

¿Cuáles son los beneficios de mis medicamentos con receta?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que receta su proveedor. Los adultos y los niños pueden obtener tantas recetas como sean médicamente necesarias. Usted puede surtir su receta en cualquier farmacia de nuestro plan, a menos que esté en el programa Lock-in (Restricción) de Medicaid.

¿Cuánto tengo que pagar por mi atención médica?

Usted no tiene que pagar los beneficios de atención médica del plan. Usted no paga ninguna prima, cargos de inscripción, deducibles, copagos ni gastos compartidos.

¿Qué beneficios más obtengo como miembro de Dell Children's Health Plan? ¿Cómo puedo obtener estos servicios?

Dell Children's Health Plan le da más beneficios de atención médica solo por ser nuestro miembro de STAR. Estos otros beneficios también se llaman servicios de valor agregado. Le damos estos servicios de valor agregado para ayudarlo a mantenerse sano y como agradecimiento por elegir Dell Children's Health Plan como su plan de atención médica. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre estos otros beneficios y cómo obtenerlos, o visite nuestro sitio web en DellChildrensHealthPlan.com.

Servicios de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>La Línea de Enfermería las 24 horas está disponible 24/7 para atender sus preguntas sobre atención médica.</p>	<p>Llame al 1-855-712-6700 (TTY 7-1-1).</p>
<p>Campamentos nocturnos de primavera y verano en el Ranchito para miembros de 9 a 18 años. Se requiere un chequeo anual o un examen físico y las vacunas deben estar al día.</p>	<p>Regístrese en elranchito.org o llame al 512-710-8313.</p>
<p>La aplicación GoManda puede ayudar a miembros de 2 a 8 años que tienen autismo o retraso en el habla con sus habilidades de vocabulario.</p>	<p>Llame al Coordinador de Servicios de su hijo al 1-512-324-3015 (TTY-7-1-1) o sin costo al 1-844-964-3015 (TTY-7-1-1), o envíe un correo electrónico a qualitymanagement@ascension.org.</p>

1-855-921-6284

Servicios de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Ayuda para conseguir transporte a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citas médicas cuando el programa State Medical Transportation no está disponible. • Clases de embarazo y parto para miembros embarazadas. • Oficinas de WIC, bancos de alimentos, supermercados, Simply Safety Centers, solicitudes en persona para Medicaid, cupones de alimentos, AABD, SSI, VA y suplementos estatales, guardería infantil, lugares de culto, examen o cita ordenada por la corte, búsqueda de empleo, verificación de ciudadanía, biblioteca local y reuniones del Grupo Asesor de Miembros. 	<p>Llame al 1-844-867-2742 (TTY 7-1-1) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Los miembros también pueden usar la aplicación MTM Link Member Mobile, disponible en la App Store o Google Play. Para traslados a oficinas de WIC, bancos de alimentos, supermercados y reuniones del Dell Children's Health Plan, el límite es de un traslado por miembro, al mes y por tipo de traslado. Cuatro traslados al mes para cada uno de los siguientes: guardería infantil, búsqueda de empleo y biblioteca local. Dos traslados al mes a lugares de culto.</p>
<p>Beneficios adicionales para la vista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$100 de descuento en el precio de lentes y monturas mejoradas cada 2 años, incluyendo el beneficio de Medicaid. • Hasta \$100 para lentes de contacto en lugar de anteojos cada 2 años, incluyendo el beneficio de Medicaid. 	<p>Llame a Superior Vision of Texas al 1-800-879-6901.</p>
<p>Los miembros con diagnóstico de asma inscritos en el programa de coordinación de servicios pueden recibir una funda de almohada y una funda de colchón hipoalergénicas cada 12 meses. Las fundas de colchón están disponibles en tamaños desde individual hasta king.</p>	<p>Llame a la coordinación de servicios al 1-844-964-3015 (TTY-7-1-1) o al 1-512-324-3015 (TTY-7-1-1).</p>
<p>Hasta \$500 para revisiones dentales, radiografías, limpiezas, empastes y extracciones cada año para miembros embarazadas mayores de 21 años de edad.</p>	<p>Llame a DentaQuest al 1-800-508-6775.</p>
<p>Un examen físico para deportes o para la escuela cada doce meses para miembros hasta de 18 años de edad</p>	<p>Consulte a su proveedor de atención primaria.</p>

Beneficios para los miembros

Servicios de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Orientación experta para niños con condiciones de salud en escuelas públicas que necesitan adaptaciones IEP o 504. El miembro debe asistir a una escuela pública, tener entre 3 (Pre-K) y 12 años de edad, tener un proveedor de atención primaria designado y haberse realizado un chequeo en los últimos 12 meses.</p>	<p>Llame a la coordinación de servicios al 1-844-964-3015 (TTY-7-1-1) o al 1-512-324-3015 (TTY-7-1-1).</p>
<p>Asistencia de defensa educativa en escuelas PreK-12 públicas para personas con comorbilidades de salud y discapacidades intelectuales o del desarrollo. El miembro debe asistir a una escuela pública, tener entre 3 (Pre-K) y 12 años de edad, tener un proveedor de atención primaria designado y haberse realizado un chequeo en los últimos 12 meses.</p>	<p>Los miembros deben solicitar los servicios a través de Coordinación de Servicios o un Defensor de Miembros.</p>
<p>Membresía en las ubicaciones participantes de YMCA para miembros de hasta 14 años.</p>	<p>Los miembros deben enviar un correo electrónico a DCHPMarketing@ascension.org o llamar a Servicios para Miembros. Deben usar la YMCA al menos cada 30 días para que podamos seguir pagando su membresía.</p>
<p>Membresía de Planet Fitness en los centros participantes, para miembros mayores de 15 años. Los miembros de 15 a 17 años deben contar con el consentimiento de sus padres.</p>	<p>Los miembros deben enviar un correo electrónico a DCHPMarketing@ascension.org o llamar a Servicios para Miembros.</p>
<p>Recompensa única de \$50 para miembros con diabetes inscritos en el programa de coordinación de servicios que completen las siguientes pruebas de detección: nivel de azúcar en sangre (HbA1c), salud renal y examen ocular para diabéticos.</p>	<p>Llame a la coordinación de servicios al 1-844-964-3015 (TTY-7-1-1) o al 512-324-3015 (TTY-7-1-1).</p>

1-855-921-6284

Servicios de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Los miembros recibirán una tarjeta de regalo de Member Rewards por realizar estas actividades saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$120 por completar seis chequeos de Pasos Sanos de Texas o de niño sano, para niños de 0 a 15 meses • \$50 por completar todos los chequeos de Pasos Sanos de Texas o de niño sano a tiempo a los 18, 24 y 30 meses • \$20 de recompensa por cada año que su hijo reciba un chequeo de Pasos Sanos de Texas para miembros de 3 a 20 años • \$20 para nuevos miembros de 3 a 20 años que se realicen un chequeo de Pasos Sanos de Texas dentro de los 90 días posteriores a su inscripción • \$25 para mujeres que se realicen una prueba de clamidia antes de los 24 años • \$50 por recibir la serie completa de vacunas para adolescentes (IMA): serie completa de la vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano), una dosis de la vacuna antimeningocócica y una dosis de la vacuna Tdap para miembros de 9 a 13 años • Recompensa de \$75 para miembros que completen 5 de las 10 vacunas del Combo. Recompensa adicional de \$125 para miembros que completen todas las 10 vacunas del Combo antes de los 24 meses de edad. • \$20 para miembros de 6 a 12 años con diagnóstico reciente de TDAH que acudan a una consulta de seguimiento con su médico dentro de los 30 días posteriores al inicio de su tratamiento farmacológico. • Recompensa de \$25 para productos de venta libre para miembros de 3 años o más que reciban la vacuna anual contra la gripe. • \$75 por un chequeo prenatal en el primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción al plan de salud en cualquier trimestre. • \$100 para miembros que se realicen un chequeo posparto entre 7 y 84 días después del parto. 	<p>Llame al 1-877-527-6211 (TTY: 1-844-226-1433) o vaya a dchpmemberrewards.com.</p>


Beneficios para los miembros

Servicios de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Consultas a domicilio durante el embarazo y después del parto. Servicios de comadrona disponibles durante el parto también.</p>	<p>Llame a Coordinación de Servicios al 1-844-964-3015 (TTY 7-1-1) o al 1-512-324-3015 (TTY 7-1-1) o comuníquese con Giving Austin Labor Support llamando al 512-934-2171 o en línea en givingaustinlaborsupport.org/gals-programs.</p>
<p>Asiento de auto convertible para miembros que completen seis consultas prenatales. (Un asiento de seguridad por embarazo por bebé.)</p>	<p>Llame al 1-855-921-6284 (TTY 7-1-1).</p>
<p>Alimentos frescos, frutas, verduras o comidas preparadas para las embarazadas después del parto. Límite de un envío.</p>	<p>Llame al 1-855-921-6284 (TTY 7-1-1). Debe solicitarlo dentro de los 3 meses posteriores al nacimiento del bebé.</p>
<p>Entrega de alimentos de emergencia disponible debido a un evento importante en la vida, por ejemplo, una nueva enfermedad o diagnóstico, pérdida reciente del trabajo, desastres naturales, o si experimenta inseguridad alimentaria.</p>	<p>Llame al 1-855-921-6284 (TTY 7-1-1) y solicite que lo comuniquen con un coordinador de servicios o un defensor de miembros.</p>
<p>Clases de embarazo para ayudar a los miembros a prepararse para el parto y educar e informar sobre cada trimestre, parto y posparto.</p>	<p>Visite anybabycan.org/programs/parenting-classes/ o llame al 512-454-3743 para registrarse en las clases de embarazo disponibles en inglés o español.</p> <p>A su propio ritmo: Para inscribirse en el curso a su propio ritmo, los miembros deben comunicarse con Dell Children's Health Plan llamando al 1-855-921-6284 (TTY 7-1-1).</p>

1-855-921-6284

Servicios de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>NeuroFlow es una herramienta en línea segura y gratuita, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de la web o la aplicación móvil, que ayuda a los miembros a aprender a reducir el estrés, la ansiedad, la depresión, el agotamiento, el dolor crónico o el consumo de sustancias. Para miembros mayores de 18 años..</p>	<p>Los miembros acceden a NeuroFlow iniciando sesión en <u>Member.MagellanHealthcare.com</u> o descargando la aplicación NeuroFlow en su dispositivo móvil.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haga clic en el menú desplegable "¿Cuál es su plan de salud?". 2. Escriba Dell y seleccione Dell Children's Health Plan. 3. Haga clic en el botón Siguiente. 4. Una vez que llegue a la página de registro de NeuroFlow, ingrese su información y cree una contraseña. 5. Lea y acepte los Términos de Servicio y la Política de Privacidad.
<p>Baby showers para miembros embarazadas con educación, recursos y artículos de regalo que pueden incluir: pañales, bolsas de pañales y mantas.</p>	<p>Los baby showers se publican en la página de Facebook y en <u>dellchildrenshealthplan.com/events</u>. Los miembros pueden comunicarse con Dell Children's Health Plan llamando al 1-512-324-DCHP (3247) o enviando un correo electrónico a <u>DCHPCommunityOutreach@ascension.org</u>.</p>
<p>Recompensas para estudiantes entre los grados 9 y 12 son elegibles para una tarjeta de recompensa de \$25 por semestre por los siguientes logros al final del año escolar (límite de 2 tarjetas de recompensa por año escolar):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un GPA de 3.0 o superior • Récord de asistencia del 90% o superior • El miembro asiste a su IEP o reunión 504 	<p>Los miembros deben enviar la documentación por correo electrónico a <u>DCHPMarketing@ascension.org</u>.</p>

Beneficios para los miembros

Servicios de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Preparación de GED a través de clases en línea y entrenamiento para prepararse para el examen de equivalencia de escuela secundaria (GED) cubierto para alentar la finalización de la educación secundaria.</p>	<p>Envíe un correo electrónico a DCHPMarketing@ascension.org. Para miembros mayores de 17 años.</p>
<p>Examen de Diploma de Educación General (GED) cubierto para los miembros.</p>	<p>Para miembros de 17 a 20 años, envíe un correo electrónico a DCHPMarketing@ascension.org. Para mayores de 21 años, la prueba de equivalencia de escuela secundaria se puede realizar de forma gratuita a través de los programas participantes.</p>
<p>Atención espiritual para ayudar con las necesidades espirituales de los miembros mientras enfrentan enfermedades, pérdidas, penas o dolores y para ayudarlos a sanar emocionalmente recuperando una sensación de bienestar espiritual.</p>	<p>Para hablar con un capellán en línea:</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. Escanee el código QR o vaya a bit.ly/3lfuBxi. 2. Complete el formulario para hablar con un capellán. 3. Seleccione "Soy un: Miembro del seguro" y "Plan de salud: Dell Children's Health Plan". 4. Recibirá un enlace de Zoom por mensaje de texto y un capellán se unirá a la reunión en 10 minutos. <p>Puede comunicarse con los capellanes por teléfono de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m., hora central, al 1-833-789-4487.</p>

1-855-921-6284

Servicios de valor agregado	Cómo obtenerlo
Recursos de bienestar espiritual en línea disponibles para miembros con prácticas y técnicas para apoyar el bienestar general y la salud espiritual.	Para acceder, inicie sesión o cree una cuenta en el portal de miembros en https://dchp-member.com .

¿Qué clases de educación para la salud ofrece Dell Children's Health Plan?

Trabajamos para ayudarlo a mantenerse saludable organizando eventos educativos en su área y ayudándolo a encontrar programas comunitarios de educación sobre la salud cerca de usted. Estos eventos y programas comunitarios pueden incluir:

- Servicios de Dell Children's Health Plan y cómo obtenerlos
- Parto
- Cuidado infantil
- Crianza de los hijos
- El embarazo
- Otras clases o eventos sobre temas de salud.

Para obtener ayuda para encontrar un programa comunitario, llame a Servicios para Miembros o marque 2-1-1. Tenga en cuenta: algunas organizaciones comunitarias pueden cobrar una tarifa por sus programas.

Coordinación de Servicios

¿Qué es la coordinación de servicios?

La coordinación de servicios es un beneficio cubierto para todos los miembros de STAR. Es un programa para miembros que tienen una condición de salud a largo plazo como diabetes, asma, salud mental u otra condición que necesita cuidado y atención especiales. Le ayudamos a obtener la atención que usted (o su hijo) necesita, cuando la necesita. Puede ser referido a la coordinación de servicios por su proveedor de atención médica, usted mismo o si cumple con ciertos criterios. Puede optar por participar o no en la coordinación de servicios en cualquier momento.

Beneficios para los miembros

La coordinación de servicios puede ayudar a los miembros con:

- Gestión de casos complejos
- Asma
- Diabetes
- Salud conductual
- Embarazo de alto riesgo
- Otras condiciones médicas crónicas

¿Qué hacen los coordinadores de servicios?

- Escucharlo para entender sus necesidades específicas
- Trabajar con agencias comunitarias que lo ayudarán a usted (o a su hijo) a obtener la atención adicional que necesita
- Ayudarlo a obtener información importante para ayudarlo a comprender mejor su enfermedad o condición (o la de su hijo)
- Elaborar un plan de atención con su ayuda y la ayuda de su proveedor (o el de su hijo) para ayudarlo a manejar mejor su condición o la de su hijo
- Seguir su estado de salud (o el de su hijo) y ayudarlo a asegurarse de que esté recibiendo la atención que necesita
- Obtener suministros o equipos médicos
- Trabajar en temas escolares o educativos
- Trabajar en otros problemas
- Enseñarle cómo encontrar y obtener otros servicios
- Ofrecer servicios para dejar de fumar

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

No necesita una remisión de un proveedor para hablar con un coordinador de servicios. Llame a Coordinación de Servicios al **1-512-324-3015 (TTY 7-1-1)** o al **1-844-964-3015 (TTY 7-1-1)** y pida hablar con uno. Los coordinadores de servicios están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora central. Si necesita dejar un mensaje, tienen correo de voz confidencial disponible las 24 horas del día.

1-855-921-6284

¿Miembros con necesidades especiales de atención médica (MSHCN)?

Dell Children's Health Plan tiene un programa de coordinación de servicios que ofrece ayuda a las familias con sus necesidades especiales o las de su hijo. Los servicios van desde la simple extensión e información hasta la coordinación intensiva de servicios. También incluyen coordinación y derivación a recursos comunitarios para ayudar a las familias con el transporte y las necesidades básicas de vida. Su información será entregada a un coordinador de servicios. El coordinador de servicios es un enfermero licenciado o un trabajador social. El coordinador de servicios lo llamará para evaluar sus necesidades. El coordinador de servicios trabajará con usted para desarrollar un plan de servicios. Puede rechazar o cancelar la coordinación de servicios en cualquier momento.

Contamos con un sistema para identificar y contactar a los afiliados que tienen necesidades especiales de atención médica para ofrecer la gestión de servicios. Si cree que usted o su hijo tienen necesidades especiales de atención médica, también puede llamarnos al **1-844-964-3015 (TTY 7-1-1)** o al **1-512-324-3015 (TTY 7-1-1)**.

Un miembro con necesidades especiales de atención médica (MSHCN) es alguien que:

- Tiene una enfermedad grave en curso, una condición crónica o compleja, o una discapacidad que probablemente durará un largo período de tiempo
- Requiere tratamiento y evaluación regulares y continuos para la afección por parte del personal de atención médica apropiado.

MSHCN incluye:

- Participantes del programa de Intervención Temprana en la Infancia (ECI)
- Hijos de trabajadores agrícolas migrantes
- Niños que han recibido crianza temporal
- Mujeres embarazadas identificadas como de alto riesgo, incluyendo:
 - Miembros embarazadas mayores de 35 años o menores de 15 años;
 - Miembros embarazadas diagnosticadas con preeclampsia, presión arterial alta o diabetes;
 - Miembros embarazadas con diagnóstico de trastorno de salud mental o abuso de sustancias;
 - Miembros embarazadas con antecedente de parto prematuro, identificado en el informe de riesgo perinatal.
- Miembros con casos catastróficos de alto costo o alta utilización de servicios, como un alto volumen de visitas a la sala de emergencias o al hospital
- Personas que tienen una enfermedad mental con abuso de sustancias
- Personas con una enfermedad grave en curso o una afección crónica compleja que se prevé que dure

Beneficios para los miembros

un período significativo, como:

- Miembros que han sido diagnosticados con enfermedades respiratorias (asma crónica, EPOC o fibrosis quística), diabetes, enfermedades cardíacas, renales, VIH o SIDA
 - Niños miembros que reciben servicios de terapia continua que pueden incluir fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional (por ejemplo, durante más de seis meses);
 - Miembros que reciben enfermería privada o servicios prescritos de un centro de atención pediátrica prolongada
- Personas con problemas de salud del comportamiento que afectan su salud física y su capacidad para seguir los planes de tratamiento
 - Miembros del programa de Asistencia para la Adopción y Asistencia para el Cuidado de la Permanencia (AAPCA)

¿Qué otros servicios me puede ayudar a obtener Dell Children's Health Plan?

Podemos ayudarlo con los cubiertos por los servicios de pago de Medicaid en lugar de Dell Children's Health Plan. Abajo se mencionan las agencias y los programas que prestan otros servicios.

No necesita una remisión de su proveedor para obtener estos servicios. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para obtener ayuda. Los beneficios de pago por servicio de Medicaid incluyen:

<p>Servicios dentales de Texas Health Steps (incluyendo la ortodoncia): los miembros de Medicaid menores de 20 años de edad pueden obtener beneficios dentales a través de una organización de atención médica administrada</p>	<p>Se recomiendan revisiones dentales de Texas Health Steps cada 3 a 6 meses, a partir de los 6 meses de edad.</p> <p>Los diferentes tipos de servicios médicos dentales que se ofrecen para niños y adultos jóvenes que tienen Medicaid son: servicios preventivos (incluyendo exámenes y limpieza), servicios de tratamiento (incluyendo empastes y coronas) y servicios dentales de emergencia.</p> <p>Llame al 1-877-847-8377 (1-877-THSteps)</p>
<p>Investigación por plomo ambiental (ELI) de Texas Health Steps</p>	<p>Las investigaciones por plomo ambiental (ELIs) son un beneficio de Texas Medicaid a través del programa Texas Health Steps para clientes menores de 20 años de edad y que tienen un nivel elevado de plomo en la sangre. La prueba de plomo en la sangre es obligatoria para todos los niños durante los controles médicos de Texas Health Steps a los 12 y 24 meses, o si no hay evidencia de una prueba previa de plomo en la sangre para el cliente. Una prueba de plomo en la sangre es el único método definitivo para detectar una exposición reciente o continua al plomo.</p> <p>Llame al 1-877-847-8377 (1-877-THSteps)</p>

1-855-921-6284

<p>Servicios de atención personal de Texas Health Steps para miembros desde el nacimiento hasta los 20 años de edad</p>	<p>PCS es un beneficio de Medicaid que ayuda a los clientes elegibles que necesitan asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) debido a una limitación física, cognitiva o conductual relacionada con su discapacidad, enfermedad física o mental, o condición crónica. Los servicios de ADL incluyen la asistencia para bañarse, vestirse, comer, higiene personal y movilidad. Los servicios de IADL incluyen la asistencia con la compra de comestibles, la limpieza, el lavado de la ropa, la preparación de las comidas y el transporte a las citas médicas.</p>
<p>Administración de casos/ coordinación de servicios de Intervención en la primera infancia (ECI)</p>	<p>Los coordinadores de servicios ayudan a las familias a obtener los servicios, los recursos y el apoyo que necesitan para apoyar el desarrollo de sus hijos. El apoyo incluye ayudar al niño y a la familia a hacer la transición a los servicios de educación especial, según corresponda, para los niños que salen de ECI a los 3 años de edad. Los programas de ECI dan una administración integral de casos para todos los familiares del niño, ya que sus necesidades se relacionan con el crecimiento y el desarrollo del niño.</p>
<p>Capacitación de competencias especializadas de Intervención en la primera infancia (ECI)</p>	<p>ECI presta servicios de desarrollo orientando a las familias sobre el desarrollo y el comportamiento de bebés y niños pequeños. Esto incluye ayudar a las familias con comportamientos difíciles como hacer berrinches, morder, ser quisquillosos para comer y problemas para dormir. Los profesionales de ECI entienden cómo los bebés y los niños pequeños aprenden, socializan y cómo están conectadas las áreas del desarrollo.</p> <p>Llame al 877-787-8999, seleccione un idioma y luego seleccione la opción 3</p>
<p>Administración de casos para niños y mujeres embarazadas</p>	<p>Servicios de administración de casos prestados a niños elegibles para Medicaid con una condición médica o mujeres embarazadas con una condición de alto riesgo durante el embarazo.</p> <p>Llame al 1-855-921-6284</p>

Beneficios para los miembros

<p>Salud escolar y servicios relacionados (SHARS) de Texas</p>	<p>Los servicios actuales incluyen: evaluación, audiología, orientación, servicios médicos escolares, servicios médicos, terapia ocupacional, fisioterapia, servicios psicológicos, terapia del habla, transporte especial y servicios de cuidado personal.</p> <p>Llame al 512-463-9414</p>
<p>Programa de descubrimiento y desarrollo vocacional para niños ciegos del Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación</p>	<p>Un especialista del Programa para niños ciegos (un experto que presta servicios a niños con discapacidad visual) trabaja con cada niño y su familia para crear un Plan de servicio familiar. El plan se adapta a las necesidades y circunstancias únicas del niño, es flexible y se desarrollará junto con el niño.</p> <p>Llame al 877-787-8999, seleccione un idioma y luego seleccione la opción 3</p>
<p>Servicios por tuberculosis (TB) que prestan proveedores aprobados por el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) (terapia bajo observación directa e investigación de contactos)</p>	<p>Los proveedores de la red se coordinan con el programa local de control de la TB para garantizar que todos los miembros con TB, confirmada o con sospecha, tengan una investigación de contacto y reciban terapia bajo observación directa (DOT).</p> <p>Llame al 1-888-963-7111</p>
<p>Servicios de Community First Choice (CFC)</p>	<p>CFC es una opción de plan estatal que permite a los estados brindar servicios de asistencia y apoyo en el hogar y la comunidad a los inscritos elegibles de Medicaid bajo su plan estatal.</p>
<p>Otras agencias y programas estatales y locales, como cupones de alimentos y el Programa para mujeres, bebés y niños (WIC)</p>	<p>WIC es el programa especial de nutrición suplementaria para mujeres embarazadas, nuevas madres y niños pequeños. Las participantes aprenden sobre nutrición y cómo mantenerse sanas, y reciben beneficios para comprar comida saludable. Los servicios son gratuitos para las personas inscritas en Medicaid.</p> <p>Llame al 1-800-942-3678 o visite www.texaswic.org</p>

1-855-921-6284

Atención médica y otros servicios

¿Qué significa médicamente necesario?

Su proveedor lo ayudará a obtener los servicios que necesita y que son médicamente necesarios, como se define abajo.

Médicamente necesario significa:

1. Para miembros desde el nacimiento hasta los 20 años de edad, los siguientes servicios de Texas Health Steps:
 - a. Servicios de evaluación, vista y audición
 - b. Otros servicios de atención médica, incluyendo los servicios de salud conductual, que son necesarios para corregir o mejorar un defecto o una enfermedad o condición física o mental. Una determinación de si un servicio es necesario para corregir o mejorar un defecto o enfermedad o condición física o mental:
 - i) Debe cumplir los requisitos de los acuerdos de liquidación parcial de Alberto N., y otros v. Traylor, y otros, 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 de edad, servicios de atención médica relacionados con la salud no conductual que son:
 - a. Razonables y necesarios para prevenir enfermedades o condiciones médicas, o para hacer evaluaciones, intervenciones o tratamientos tempranos para condiciones que causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o limitaciones en el funcionamiento, amenazan con causar o empeoran una discapacidad, causan enfermedad o dolencia de un miembro o ponen en peligro la vida;
 - b. Prestados en centros apropiados y en los niveles apropiados de atención para el tratamiento de las condiciones médicas de un miembro;
 - c. Acordes con las directrices y los estándares de práctica de atención médica respaldados por agencias gubernamentales u organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente;
 - d. Acordes con los diagnósticos de las condiciones;
 - e. No más invasivos ni restrictivos de lo necesario para tener un equilibrio adecuado de seguridad, eficacia y eficiencia;
 - f. No experimentales ni de investigación;
 - g. No son principalmente convenientes para el miembro ni para el proveedor, y
3. Para miembros mayores de 20 años de edad, servicios de salud conductual que:

Beneficios para los miembros

- a. Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o por dependencia a sustancias químicas, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento como consecuencia de dicho trastorno;
- b. Están de acuerdo con las directrices clínicas aceptadas profesionalmente y los estándares de práctica en la atención de salud conductual;
- c. Se facilitan en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el que se pueden prestar los servicios de manera segura;
- d. Son el nivel o suministro de servicio más apropiado que se puede presentar de manera segura;
- e. No se podrían omitir sin afectar negativamente la salud física o mental del miembro, ni la calidad de la atención prestada;
- f. No son experimentales ni de investigación, y
- g. No son principalmente convenientes para el miembro ni para el proveedor.

Si tiene preguntas sobre una autorización, una solicitud de servicios o una pregunta sobre la administración de la utilización, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención de rutina incluye revisiones regulares, atención preventiva y citas para enfermedades y lesiones menores. Su proveedor de atención primaria lo atiende cuando usted no se siente bien, pero eso es solo una parte de su trabajo. También lo cuida antes de que se enferme. Esto se conoce como control del estado de salud. Consulte las secciones ¿Qué servicios ofrece Texas Health Steps? y ¿Cuándo deben hacerse las revisiones los adultos? de esta guía para obtener más información.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted debería poder visitar a su proveedor en el transcurso de 2 semanas para recibir atención de rutina.

¿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 un plazo de 24 horas. Algunos ejemplos son:

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

1-855-921-6284

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

Para recibir atención de urgencia debe llamar al consultorio de su proveedor, incluso en la noche y los fines de semana. Su proveedor le dirá qué hacer. En algunos casos, es posible que su proveedor le diga que vaya a una clínica de atención de urgencia. Si su proveedor le dice que vaya a una clínica de atención de urgencia, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que acepte Dell Children's Health Plan Medicaid. Para obtener ayuda, llámenos sin costo al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**. También puede llamar a nuestra Línea de ayuda de enfermería de 24 horas al **1-855-712-6700 (TTY 7-1-1)** para obtener ayuda para recibir la atención médica que necesita.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted debería poder visitar a su proveedor en el transcurso de 24 horas para una cita de atención de urgencia. Si su proveedor le dice que vaya a una clínica de atención de urgencia, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. La clínica de atención de urgencia debe aceptar Dell Children's Health Plan Medicaid.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Después de la atención de rutina y de urgencia, el tercer tipo de atención es la atención de emergencia. Si tiene una emergencia, debe llamar al 9-1-1 o acudir de inmediato a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si desea asesoramiento médico, llame a su proveedor de atención primaria o a nuestra Línea de ayuda de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-855-712-6700 (TTY 7-1-1)**. Obtenga atención médica lo antes posible. Debe llamar a su proveedor de atención primaria dentro de las 24 horas posteriores a su visita a la sala de emergencias. Si no puede llamar, pídale a otra persona que llame por usted. Su proveedor le brindará o coordinará cualquier atención de seguimiento que necesite. Estos servicios están cubiertos por Medicaid.

Atención médica de emergencia

La atención médica de emergencia se presta en condiciones médicas de emergencia y condiciones de salud conductual de emergencia.

Condición médica de emergencia significa:

Una condición médica que se manifiesta por medio de síntomas agudos de aparición reciente y de gravedad suficiente (incluyendo el dolor intenso) como para que cualquier persona prudente, que tenga un conocimiento promedio de la salud y la medicina, podría razonablemente esperar que la falta de atención médica inmediata podría tener como consecuencia:

1. Que se ponga en grave peligro la salud del paciente
2. Deterioro grave de las funciones corporales
3. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo
4. Desfiguración grave

Beneficios para los miembros

5. En el caso de una mujer embarazada, un grave peligro para la salud de la mujer o de su hijo por nacer

Condición de salud conductual de emergencia significa:

Cualquier condición médica, sin importar la naturaleza o la causa de la condición, que en la opinión de cualquier persona prudente, que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud:

1. Necesita intervención inmediata o atención médica sin la que el miembro presentaría un peligro inmediato para sí mismo o para los demás
2. Que vuelva al miembro incapaz de controlar, conocer o comprender las consecuencias de sus acciones

Servicios de emergencia y atención de emergencia significa:

Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios que presta un proveedor que está calificado para facilitar dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia o una condición de salud conductual de emergencia, incluyendo los servicios de atención después de la estabilización.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted debería poder visitar a su proveedor de inmediato para recibir atención de emergencia.

¿Qué es "después de la estabilización"?

Los servicios de atención después de la estabilización son servicios que cubre Medicaid y que mantienen su condición médica estable después de la atención médica de emergencia.

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

Dell Children's Health Plan cubre servicios dentales de emergencia limitados en un hospital o centro de cirugía ambulatoria, incluyendo el pago de lo siguiente:

- Tratamiento para mandíbula dislocada
- Tratamiento por daños traumáticos en dientes y estructuras de soporte
- Extirpación de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías
- Hospital, proveedor y servicios médicos relacionados, como medicamentos para cualquiera de las condiciones médicas de arriba

1-855-921-6284

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

Durante el horario laboral normal, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista principal haya cerrado, llámenos sin costo al **1-855-712-6700 (TTY 7-1-1)** o llame al 9-1-1.

¿Qué tan pronto puedo consultar a mi proveedor?

Sabemos lo importante que es para usted visitar a su proveedor. Trabajamos con los proveedores de nuestro plan para asegurarnos de que usted pueda visitarlos cuando lo necesite. Nuestros proveedores deben seguir los estándares de acceso mencionados abajo.

Atención médica de emergencia, de urgencia, de rutina y fuera del horario de atención

Tipo de atención	Dell Children's Health Plan
Servicios de emergencia	Tan pronto como usted llegue al proveedor para la atención médica
Atención de urgencia	En el transcurso de 24 horas después de la petición
Atención primaria de rutina	En el transcurso de 14 días después de la petición
Atención especializada de rutina	En el transcurso de 3 semanas después de la petición
Atención médica fuera del horario de atención	Los proveedores de atención primaria están disponibles 24/7 directamente o a través de un servicio de respuesta. Consulte la sección "¿Cómo obtengo atención médica cuando el consultorio del proveedor de atención primaria de mi hijo está cerrado?" de esta guía.

Salud preventiva

Tipo de atención	Dell Children's Health Plan
Niños (miembro nuevo)	Miembros nuevos desde el nacimiento hasta los 20 años de edad, tan pronto como sea posible y a más tardar 90 días después de la inscripción

Beneficios para los miembros

Niños de menos de 6 meses	En el transcurso de 14 días después de la petición
Miembros de 6 meses a 20 años de edad	En el transcurso de 60 días después de la petición

Atención prenatal

Tipo de atención	Dell Children's Health Plan
Visita inicial	En el transcurso de 14 días después de la petición
Visita inicial por alto riesgo o	Within 5 days of request or immediately, if an emergency exists
3er trimestre	En el transcurso de 5 días después de la petición o inmediatamente, si existe una emergencia
Visita de seguimiento	Según el plan de tratamiento del proveedor

Salud conductual

Care type	Dell Children's Health Plan
Emergencia que no pone en peligro la vida	En el transcurso de 6 horas después de la petición
Atención de urgencia	En el transcurso de 24 horas después de la petición
Visita inicial para atención de rutina	Lo que ocurra primero entre 10 días hábiles o 14 días calendario desde la petición
Visita de seguimiento para atención de rutina	En el transcurso de 3 semanas después de la petición

Debe llamar a su proveedor de atención primaria en el transcurso de 24 horas después de su visita a la sala de emergencias. Si no puede llamar, pídale a otra persona que llame por usted. Su proveedor le dará o coordinará cualquier atención de seguimiento que necesite. Estos servicios los cubre Medicaid.

1-855-921-6284

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

La ayuda de su proveedor de atención primaria está disponible las 24 horas del día. Si llama al consultorio de su proveedor de atención primaria cuando está cerrado, deje un mensaje con su nombre y un teléfono donde lo puedan localizar. Alguien le debería devolver la llamada en el transcurso de 30 minutos para decirle lo que debe hacer. También puede llamar a nuestra Línea de ayuda de enfermería de 24 horas para hablar con un enfermero en cualquier momento.

Si cree que necesita atención de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya de inmediato a la sala de emergencias más cercana. Consulte la sección ¿Qué es la atención médica de emergencia? de esta guía para ayudarlo a decidir si necesita atención de emergencia.

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

Si necesita atención médica cuando esté de viaje, llámenos sin costo al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** y lo ayudaremos a encontrar un proveedor. Si necesita servicios de emergencia mientras esté de viaje, vaya a un hospital cercano y, después, llámenos sin costo al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

¿Qué pasa si estoy fuera del estado?

Si está fuera de Texas y necesita atención médica, llámenos sin costo al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**. Si necesita atención de emergencia, vaya a la sala de emergencias de un hospital o llame al 9-1-1.

¿Qué pasa si estoy fuera del país?

Los servicios médicos que se presten fuera del país no los cubre Medicaid.

¿Qué pasa si necesito consultar a un especialista?

Su proveedor de atención primaria puede atender la mayoría de sus necesidades de atención médica, pero es posible que también necesite atención médica de otros tipos de proveedores. Estos proveedores se llaman especialistas porque tienen capacitación en un área especial de la medicina. Ejemplos de especialistas son:

- Alergólogos (médicos de alergias)
- Dermatólogos (médicos de la piel)
- Cardiólogos (médicos del corazón)
- Podólogos (médicos de los pies)

Cubrimos los servicios de muchos tipos diferentes de proveedores que dan atención especializada. Si su proveedor de atención primaria no puede darle la atención que necesita, puede remitirlo con un especialista de nuestro plan.

Beneficios para los miembros

Si tiene discapacidades, necesidades especiales de atención médica o condiciones crónicas complejas, puede tener un especialista como su proveedor de atención primaria. Llame a Servicios para Miembros para que podamos hacer los arreglos para usted.

¿Qué es una remisión?

Una remisión es cuando su proveedor de atención primaria lo envía a otro proveedor o servicio para que usted reciba atención médica. Su proveedor de atención primaria puede remitirlo a un especialista de nuestro plan si él no puede darle la atención médica que usted necesita.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atienda un especialista?

Usted podrá consultar a un especialista en el transcurso de 3 semanas desde que llame al consultorio del especialista.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

Usted no necesita una remisión de su proveedor de atención primaria para obtener la atención médica necesaria de los proveedores de nuestro plan. Siempre es mejor hablar primero con su proveedor de atención primaria sobre cualquier otra atención médica que necesite. Su proveedor de atención primaria le puede informar sobre otros proveedores en nuestro plan y ayudarlo a coordinar toda la atención médica que usted recibe.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Usted tiene derecho a pedir una segunda opinión sobre los servicios de atención médica que necesita. Esto no tiene ningún costo para usted. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de nuestro plan. Si no hay uno disponible para darle una segunda opinión, su proveedor de atención primaria puede enviarnos una solicitud para autorizar una visita a un proveedor que no sea de la red.

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

A veces, el estrés de la vida puede llevar a la depresión, ansiedad, problemas matrimoniales y familiares, o abuso de alcohol o drogas. Si usted o su hijo tiene este tipo de problemas, tenemos proveedores que pueden ayudar. Llame al **1-800-424-1764 (TTY 7-1-1)** para obtener ayuda para encontrar un proveedor que lo ayudará. Todos los servicios y tratamientos son estrictamente confidenciales.

¿Necesito una remisión para esto?

Usted no necesita una remisión para obtener ayuda para problemas de salud conductual, de abuso de alcohol o drogas.

1-855-921-6284

¿Qué debo hacer en una emergencia de salud conductual?

Llame al 9-1-1 si usted o su hijo tienen una emergencia de salud conductual que pone en peligro la vida. También puede ir a un centro de crisis o a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué pasa si ya estoy recibiendo tratamiento?

Si usted o su hijo ya reciben atención de salud conductual cuando se inscriban en Dell Children's Health Plan, pregunte a su proveedor si él o ella está en nuestro plan médico. Si respondió Sí, usted no tiene que hacer nada. Si respondió No, llame a Servicios para Miembros de Dell Children's Health Plan al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**. Trabajaremos con su proveedor para seguir cuidando de usted o de su hijo hasta que usted pueda obtener un proveedor de nuestro plan médico.

¿Qué son los Servicios de rehabilitación de salud mental y la Administración de casos específicos de salud mental?

Los servicios de rehabilitación de salud mental lo ayudan a mantenerse independiente en su casa y en la comunidad, como:

- Capacitación y apoyo para los medicamentos
- Servicios de rehabilitación psicosocial
- Capacitación y desarrollo de competencias
- Intervención en caso de crisis
- Programa de día para necesidades urgentes

La Administración de casos específicos de salud mental lo ayuda a acceder a servicios y a apoyo médicos, sociales, educativos y de otro tipo que pueden ayudarlo a mejorar su salud y su capacidad para funcionar.

Estos servicios están disponibles si usted los necesita según una evaluación estandarizada adecuada que haga un profesional de salud mental.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Si a usted o a un familiar lo diagnosticaron o ha mostrado señales de este tipo de condición, tenemos proveedores que pueden ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-424-1764 (TTY 7-1-1)** para obtener el nombre de un proveedor cerca de usted.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

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

Beneficios para los miembros

Usted o sus hijos pueden obtener todas las recetas que sean médicamente necesarias. Puede ir a cualquier farmacia de la red de Dell Children's Health Plan para surtir su receta, a menos que esté en el programa Lock-in (Restricción) de Medicaid.

Debe usar la misma farmacia cada vez que necesite medicamentos. De esta manera, su farmacéutico sabrá todos los medicamentos que usted está tomando. Él le puede decir sobre las interacciones y los efectos secundarios. Si usa otra farmacia, usted debe decirle al farmacéutico sobre cualquier otro medicamento que esté tomando.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Para encontrar una farmacia en nuestro plan, visite nuestro sitio web en DellChildrensHealthPlan.com y vaya a la página "Find a Doctor" (Buscar un médico). También puede preguntar al farmacéutico o llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

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

El farmacéutico le explicará que no acepta Dell Children's Health Plan. Usted tendrá que llevar su receta a una farmacia de nuestro plan.

¿Qué debo llevar conmigo a la farmacia?

Cuando vaya a la farmacia, debe llevar:

- Sus recetas o frascos de medicamento
- Su tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan
- Su tarjeta de Texas Benefits Medicaid

¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?

Muchas farmacias prestan servicios de entrega. Pregunte a su farmacéutico si pueden hacer entregas a su casa.

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

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos cubiertos por Dell Children's Health Plan, llámenos al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**. Podemos trabajar con usted y su farmacia para asegurarnos de que usted obtenga los medicamentos que necesita.

¿Qué pasa si no puedo obtener la aprobación del medicamento que ordenó mi proveedor?

Algunos medicamentos necesitan nuestra aprobación previa. Si usted no se puede comunicar con su

1-855-921-6284

proveedor para aprobar una receta, quizás pueda obtener un suministro de emergencia para 3 días de su medicamento. Llámenos al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos. Pida a su farmacéutico que le despache un suministro para 3 días.

¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?

Si pierde o le roban sus medicamentos, pida a su farmacéutico que llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284**.

¿Cómo averiguo qué medicamentos están cubiertos?

Dell Children's Health Plan usa la lista de medicamentos del estado del Programa de medicamentos de proveedor (VDP) de la que su proveedor puede elegir. Esa incluye todos los medicamentos que cubre Medicaid.

Para ver esta lista, vaya a "Texas Formulary Drug Search" (Buscar medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos de Texas) en www.txvendordrug.com/formulary/formulary-search.

Cuando haya un medicamento genérico disponible, lo cubriremos en lugar del medicamento de marca, si está en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) del Programa de medicamentos de proveedor (VDP). Los medicamentos genéricos son iguales a los medicamentos de marca que aprueba la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

¿Cómo transfiero mis recetas a una farmacia del plan?

Si necesita transferir sus recetas, todo lo que debe hacer es:

- Llamar a la farmacia de la red más cercana y dar la información necesaria al farmacéutico, o
- Llevar el envase de su receta a la nueva farmacia y ellos se encargarán del resto.

¿Tendré un copago?

Los miembros de Medicaid no tienen copagos.

¿Cómo obtengo mi medicamento si estoy de viaje?

Si necesita un resurtido mientras está de vacaciones, llame a su proveedor para obtener una receta nueva para llevar con usted. Si obtiene medicamentos de una farmacia que no está en nuestro plan médico, entonces usted tendrá que pagar ese medicamento.

Si paga el medicamento, puede presentar una solicitud de reembolso. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para obtener información de cómo obtener un formulario de reembolso y presentar un reclamo.

Beneficios para los miembros

¿Qué pasa si pagué de mis gastos de bolsillo por un medicamento y quiero que me lo reembolsen?

Si usted tuvo que pagar un medicamento, puede presentar una solicitud de reembolso. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para obtener un formulario de reembolso y presentar un reclamo.

¿Qué pasa si necesito equipo médico duradero (DME) u otros productos que normalmente hay en una farmacia?

Algún equipo médico duradero (DME) y algunos productos que normalmente hay en una farmacia los cubre Medicaid. Para todos los miembros, Dell Children's Health Plan paga nebulizadores, suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Para los hijos (desde el nacimiento hasta los 20 años de edad), Dell Children's Health Plan también paga los medicamentos recetados de venta libre médicamente necesarios, pañales, fórmula y algunas vitaminas y minerales.

Llame al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para obtener más información sobre estos beneficios.

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

Dell Children's Health Plan coordinará la orientación y educación sobre la planificación de un embarazo o su prevención. Puede llamar a su proveedor de atención primaria para obtener ayuda o ir a cualquier proveedor de planificación familiar de Medicaid. Un proveedor no puede pedir el consentimiento de los padres para que los menores reciban servicios de planificación familiar y debe mantener la confidencialidad del uso de la planificación familiar.

Su proveedor facturará a Medicaid por los servicios de planificación familiar.

¿Necesito una remisión para esto?

No. No necesita una remisión de su proveedor.

¿Dónde encuentro un proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede encontrar los lugares de los proveedores de planificación familiar cerca de usted en línea en www.healthytexaswomen.org/family-planning-program, o puede llamar a Dell Children's Health Plan al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para obtener ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar.

1-855-921-6284

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

Administración de casos para niños y mujeres embarazadas

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

¿Quién puede obtener un administrador de casos?

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

- Tienen problemas médicos o
- Tienen un riesgo alto de tener problemas médicos

¿Qué hacen los administradores de casos?

Un administrador de casos lo visitará y después:

- Averiguará qué servicios necesita usted
- Encontrará servicios cerca de donde usted vive
- Le enseñará cómo encontrar y obtener otros servicios
- Se asegurará de que usted esté recibiendo los servicios que necesita

¿Qué tipo de ayuda puede obtener?

Los administradores de casos pueden ayudarlo a:

- Obtener servicios médicos y dentales
- Obtener suministros o equipo médico
- Trabajar en asuntos de educación o de la escuela
- Trabajar en otros problemas

¿Cómo puede obtener un administrador de casos?

Llame a Dell Children's Health Plan al **1-855-921-6284** y pida hablar con un administrador de casos para niños y mujeres embarazadas.

Beneficios para los miembros

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

ECI es un programa en todo el estado para familias con niños recién nacidos hasta los 3 años de edad que tienen discapacidades y retrasos en el desarrollo. ECI ayuda a las familias a apoyar a sus hijos a través de servicios de desarrollo. ECI evalúa y analiza, sin ningún costo para las familias, para ver si los niños son elegibles y qué servicios necesitarán. Las familias y los profesionales trabajan juntos para planificar los servicios según las necesidades únicas del niño y la familia.

El Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARS) es la agencia estatal responsable de ECI. Un programa local de ECI determinará si un niño puede recibir servicios de ECI, y desarrollará un plan de servicio individual para el niño. Dell Children's Health Plan es responsable de pagar los servicios en el plan.

¿Necesito una remisión para esto?

No necesita una remisión del proveedor de su hijo para obtener estos servicios.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Para obtener información sobre los servicios de ECI y otros recursos, llame a la Línea de consultas de DARS al 1-800-628-5115. También puede buscar en línea un programa de ECI cerca de usted. Vaya a <https://citysearch.hhsc.state.tx.us/>.

Su participación en un programa de ECI es voluntaria. Si decide no usar un programa de ECI local, Dell Children's Health Plan debe prestar los servicios médicamente necesarios a su hijo. Llámenos al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** si necesita ayuda para obtener estos servicios.

¿Qué es Head Start?

Head Start es un programa para ayudar a niños menores de 5 años de edad a prepararse para la escuela. Este programa puede ayudar con:

- Idioma
- Alfabetización
- Desarrollo social y emocional

Para encontrar un programa Head Start cerca de usted, llame sin costo al **1-866-763-6481** o vaya a <https://www.benefits.gov/benefit/1941>.

1-855-921-6284

¿Qué es Texas Health Steps?

¿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, desde el nacimiento hasta los 20 años de edad.

Texas Health Steps le da a su hijo:

- Revisiones médicas regulares gratuitas desde del nacimiento
- Revisiones dentales gratuitas a partir de los 6 meses
- Un administrador de casos que puede averiguar los servicios que su hijo necesita y dónde obtener estos servicios

Revisiones de Texas Health Steps:

- Encontrar problemas médicos antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar
- Evitar problemas médicos que dificulten que los niños aprendan y crezcan como otros de su edad
- Ayudar a su hijo a tener una sonrisa sana

Cuándo programar una revisión:

- Recibirá un mensaje de texto, correo electrónico o carta de Texas Health Steps para informarle cuándo es el momento de un chequeo; llame al proveedor o dentista de su hijo para programar el chequeo. Si proporcionó al HHS un correo electrónico o un número de teléfono en la solicitud, la notificación llegará por teléfono o correo electrónico. Si no proporcionó un correo electrónico o un número de teléfono, o si optó por no recibir notificaciones, se enviará una carta a la dirección que figura en la solicitud.
- Programe la revisión en el momento que mejor se ajuste a su familia.

Si el proveedor o dentista encuentra un problema médico durante una revisión, su hijo puede recibir la atención que necesita, como:

- Exámenes de la vista y anteojos
- Pruebas de audición y aparatos auditivos
- Atención dental
- Otro tipo de atención médica
- Tratamiento para otras condiciones médicas

Llame a Servicios para Miembros de Dell Children's Health Plan al 1-855-921-6284 (TTY 7-1-1) o llame

Derechos y Responsabilidades

sin costo a Texas Health Steps al 1-877-847-8377 (1-877-THSTEPS) si:

- Necesita ayuda para encontrar un proveedor o dentista
- Necesita ayuda para programar una revisión
- Tiene preguntas sobre las revisiones o sobre Texas Health Steps
- Necesita ayuda para encontrar y obtener otros servicios

Si usted no puede llevar a su hijo a la revisión, es posible que Medicaid pueda ayudarlo. Los niños que tienen Medicaid y sus padres pueden obtener transporte gratis hacia y desde el proveedor, el dentista, el hospital o la farmacia. Llame al **1-844-867-2742** para programar transporte médico que no es de emergencia.

¿Cómo y cuándo obtengo las revisiones médicas o dentales de Texas Health Steps para mi hijo?

La primera visita de control de niño sano será en el hospital inmediatamente después de que su bebé nazca. Para las siguientes 6 visitas, usted debe llevar al bebé al consultorio de su proveedor. Los niños necesitan estas revisiones incluso si están sanos. Es necesario que a su hijo se le hagan revisiones en estas edades.

Programa de revisiones médicas Texas Health Steps para su hijo

Al nacer	9 meses de edad
3-5 días de edad	12 meses de edad
Al tener 1 mes de edad	15 meses de edad
2 meses de edad	18 meses de edad
4 meses de edad	2 años de edad
6 meses de edad	2 ^{1/2} años de edad

Después de los 2^{1/2} años de edad, su hijo debe visitar al proveedor todos los años.

Dell Children's Health Plan recomienda las revisiones anuales y las cubre para los hijos de 3 a 20 años de edad.

Asegúrese de hacer estas citas. Lleve a su hijo con su proveedor cuando esté programado.

1-855-921-6284

¿Tiene mi proveedor que ser parte de la red de Dell Children's Health Plan?

Su hijo puede consultar a cualquier proveedor de Texas Health Steps para estas revisiones. El proveedor de Texas Health Steps no tiene que estar en nuestro plan.

¿Debo tener una remisión?

No. Su hijo puede recibir atención médica de Texas Health Steps sin una remisión.

¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?

Si usted no puede ir a su cita, debe llamar a su proveedor y cancelarla. Cuando llame, puede hacer una cita nueva.

¿Qué pasa si estoy fuera de la ciudad y mi hijo debe asistir a una visita de Texas Health Steps?

Si usted está fuera de la ciudad y su hijo debe asistir a una visita de Texas Health Steps, llame al consultorio de su proveedor o a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

¿Qué pasa si me mudé y mi hijo debe asistir a una revisión de Texas Health Steps?

Usted puede ir a cualquier proveedor de Texas Health Steps. Es importante que lleve consigo su tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan a su revisión. Debe informar a Medicaid que se ha mudado. Puede llamar al 2-1-1 para la oficina local de Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).

Si usted no puede llevar a su hijo a la revisión, es posible que Medicaid pueda ayudarlo. Los niños que tienen Medicaid y sus padres pueden obtener transporte gratis hacia y desde el proveedor, el dentista, el hospital o la farmacia. Llame al **1-844-867-2742**.

¿Qué pasa si soy un trabajador agrícola ambulante?

Los trabajadores agrícolas ambulantes se mudan a diferentes lugares para seguir el trabajo agrícola de temporada. Ellos pueden trabajar en granjas, en los campos, como procesadores o empacadores de comida, o con productos lácteos, con aves de corral o ganado durante ciertas épocas del año.

Su hijo puede lograr que le hagan las revisiones antes si se irá del área. Si nos llama y nos dice que es un trabajador agrícola, nosotros:

- Lo ayudaremos a encontrar proveedores y clínicas y a programar citas
- Les diremos a los proveedores que necesita que lo atiendan rápidamente porque quizás tenga que irse de esta área a su siguiente trabajo

Beneficios para los miembros

¿Cuándo deben hacerse las revisiones los adultos?

Mantenerse sano significa hacerse revisiones regulares. Use la tabla de abajo para asegurarse de que está al día con sus exámenes anuales de control del estado de salud.

Tipo de examen	¿Quién lo necesita?	¿Con qué frecuencia?
Visita de control del estado de salud	Mayores de 21 años de edad	Todos los años
Examen pélvico	Mujeres mayores de 18 años de edad	Todos los años
Papanicolaou	Mujeres de 21-29 años de edad	Solo Papanicolaou: cada 3 años
	Mujeres de 30-65 años de edad	Solo Papanicolaou: cada 3 años Prueba conjunta de Papanicolaou/virus del papiloma humano (HPV): cada 5 años
Exámenes clínico de mama	Mujeres de 20-39 años de edad	Cada 3 años
	Mayores de 40 años de edad	Todos los años
Autoexamen de mama	Mujeres mayores de 20 años de edad	Una vez al mes
Mamografías (radiografía de mama)	Mujeres mayores de 40 años de edad	Todos los años
Prueba de sangre oculta en heces	Mayores de 45 años de edad	Todos los años
Sigmoidoscopia y DRE/PSA o colonoscopia y DRE/PSA (hombres solamente)	Mayores de 45 años de edad	Cada 5 años

Si faltó a mis visitas de control del estado de salud o a la revisión de Texas Health Steps de mi hijo, ¿qué debo hacer?

Si usted o su hijo no reciben una visita de control a tiempo, programe una cita con su proveedor lo antes posible. Si necesita ayuda para programar la cita, llame a Servicios para miembros. Su hijo recibirá una tarjeta recordatoria antes de que deba realizarse un chequeo.

1-855-921-6284

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

¿Qué son los servicios de NEMT?

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

¿Qué servicios son parte de los servicios de NEMT?

- Pases o boletos de transporte como el transporte público dentro y entre ciudades o estados, incluyendo tren o autobús.
- Servicios de transporte aéreo comercial.
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, que es el transporte de puerta a puerta en autobuses, camionetas o sedanes privados, incluyendo las camionetas con acceso para sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso de millaje para un participante de transporte individual (ITP) por un viaje completo verificado a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, un tercero responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si usted es menor de 20 años de edad, es posible que pueda recibir el costo de las comidas asociadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria para las comidas es de \$25 por día para el miembro y \$25 por día para un asistente aprobado.
- Si usted es menor de 20 años de edad, es posible que pueda recibir el costo del alojamiento asociado con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a la estancia de una noche y no incluyen los servicios usados durante su estancia, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.
- Si usted es menor de 20 años de edad, es posible que pueda recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios autorizados de NEMT.

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

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

Beneficios para los miembros

¿A quién llamo?

Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** o a MTM Health al **1-844-867-2742 (TTY 7-1-1)** 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año.

¿Cómo obtener un viaje?

Dell Children's Health Plan le dará información de cómo pedir los servicios de NEMT. Debe pedir los servicios de NEMT lo antes posible y al menos dos días hábiles antes de que necesite el servicio de NEMT. En ciertas circunstancias podrá pedir el servicio de NEMT en un plazo menor.

Estas circunstancias incluyen que lo recojan después de que le den el alta de un hospital, viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados y viajes por condiciones urgentes.

Una condición urgente es una condición médica que no es una emergencia, pero es lo suficientemente grave o dolorosa como para necesitar tratamiento en un plazo de 24 horas.

Si se cancela su cita médica, usted debe avisar a Dell Children's Health Plan antes del viaje aprobado y programado.

Responsabilidades de los miembros mientras usan los servicios de NEMT:

1. Cuando pida los servicios de NEMT, usted debe dar la información que le pide la persona que coordina o verifica su transporte.
2. Usted debe seguir todas las normas y reglamentaciones que afectan sus servicios de NEMT.
3. Usted debe devolver los fondos adelantados que no se usaron. Debe presentar pruebas de que asistió a su cita médica antes de recibir fondos adelantados futuros.
4. Usted no debe abusar verbal, sexual ni físicamente, ni acosar a nadie mientras pide o recibe servicios de NEMT.
5. Usted no debe perder las fichas ni los boletos de autobús y debe devolver las fichas o los boletos de autobús que no use. Usted debe usar las fichas o los boletos de autobús solo para ir a su cita médica.
6. Usted solo debe usar los servicios de NEMT para viajar hacia y desde sus citas médicas.
7. Si usted ha hecho arreglos para un servicio de NEMT, pero algo cambia y ya no necesita el servicio, debe comunicarse lo antes posible con la persona que lo ayudó a coordinar su transporte.

¿Cómo obtengo servicios de atención de la vista?

Usted tiene beneficios de atención de la vista. No necesita una remisión de su proveedor para estos beneficios. Llame a Superior Vision of Texas al **1-800-879-6901** para obtener ayuda para encontrar un oftalmólogo (optometrista) de la red en su área.

Los servicios de atención de la vista son diferentes para adultos y para niños:

1-855-921-6284

- Si usted es mayor de 21 años de edad, puede hacerse un examen de la vista y obtener anteojos cada 2 años. No puede reemplazar sus anteojos si los rompe o los pierde.
- Si usted es menor de 20 años de edad, puede hacerse un examen de la vista y obtener anteojos una vez al año. También puede reemplazar sus anteojos si los rompe o los pierde.
- En ciertas condiciones, es posible que le hagan un examen u obtenga anteojos nuevos más a menudo. Para obtener más información, llame a Superior Vision of Texas al **1-800-879-6901**.

¿Qué servicios dentales cubre Dell Children's Health Plan para niños?

Dell Children's Health Plan cubre servicios dentales de emergencia en un hospital o centro de cirugía ambulatoria, incluyendo, entre otros, el pago de lo siguiente:

- Tratamiento de mandíbula dislocada
- Tratamiento por daños traumáticos en dientes y estructuras de soporte
- Extirpación de quistes
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o de las encías

Dell Children's Health Plan cubre el hospital, el proveedor y los servicios médicos relacionados con las condiciones médicas mencionadas arriba. Esto incluye los servicios que presta el proveedor y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

Dell Children's Health Plan también es responsable de pagar el tratamiento y los aparatos para las anomalías craneofaciales.

El plan dental de Medicaid de su hijo presta todos los demás servicios dentales, incluyendo 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 ofrecen.

- **DentaQuest:** 1-800-516-0165
- **MCNA Dental:** 1-800-494-6262
- **UnitedHealthcare Dental:** 1-877-901-7321

¿Puede alguien prestarme servicios de interpretación cuando hable con mi proveedor? ¿A quién llamo para obtener un intérprete?

Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para decirnos si necesita un intérprete al menos 24 horas antes de su cita. Este servicio también está disponible para las visitas con su proveedor sin costo alguno para usted.

Beneficios para los miembros

¿Con cuánta antelación debo llamar?

Díganos al menos 24 horas antes de su cita si necesita un intérprete.

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

Llame a Servicios para Miembros si necesita un intérprete cuando hable con su proveedor en su consultorio.

¿Qué pasa si necesito atención obstétrica/ginecológica?

Los miembros femeninos pueden consultar a cualquier obstetra o ginecólogo (OB/GYN) de la red de Dell Children's Health Plan para las necesidades de atención médica femenina.

ATENCIÓN MIEMBROS FEMENINOS: Dell Children's Health Plan les permite elegir un obstetra/ginecólogo, pero este proveedor debe estar en la misma red que su proveedor de atención primaria.

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?

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

- Una revisión de mujer sana al año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención para cualquier condición médica femenina
- Remisión a un proveedor especialista dentro de la red

¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?

Usted no está obligada a elegir un obstetra/ginecólogo. Sin embargo, si está embarazada, debe elegir uno para que la atienda. Puede elegir cualquier obstetra/ginecólogo mencionado en el directorio de proveedores de Dell Children's Health Plan. Si necesita ayuda para elegir uno, llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo?

Si usted no quiere ir con un obstetra/ginecólogo, es posible que su proveedor de atención primaria pueda tratar sus necesidades de atención médica femenina. Pregunte a su proveedor de atención primaria si le puede dar atención médica obstétrica/ginecológica. Si él no puede, usted debe consultar a un obstetra/ginecólogo. Encontrará una lista de obstetras/ginecólogos en el directorio de proveedores de Dell Children's Health Plan. También puede buscar uno en nuestro sitio web en DellChildrensHealthPlan.com en la página "Find a Doctor" (Buscar un médico).

1-855-921-6284

¿Necesitaré una remisión?

No necesita una remisión. Puede ver solo un obstetra/ginecólogo en un mes, pero puede visitar al mismo más de una vez durante ese mes, si es necesario.

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

Su obstetra/ginecólogo debería atenderla en el transcurso de 2 semanas. Podemos ayudarla a encontrar un obstetra/ginecólogo en nuestro plan, si es necesario.

¿Puedo permanecer con mi obstetra/ginecólogo si no está con Dell Children's Health Plan?

En algunos casos, es posible que pueda seguir consultando a un obstetra/ginecólogo que no esté en nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

¿Qué pasa si estoy embarazada? ¿A quién debo llamar?

Si cree que está embarazada, llame inmediatamente a su proveedor de atención primaria u obstetra/ginecólogo. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria.

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Dell Children's Health Plan a las mujeres embarazadas?

Trabajamos para ayudar a que usted y su bebé se mantengan saludables organizando eventos educativos en su área y ayudándola a encontrar programas comunitarios de educación sobre la salud cerca de usted.

Estos eventos y programas comunitarios pueden incluir:

- Servicios de Dell Children's Health Plan y cómo obtenerlos
- Parto
- Cuidado infantil
- Crianza de los hijos
- El embarazo
- Otras clases o eventos sobre temas de salud

Para obtener ayuda para encontrar un programa comunitario, llame a Servicios para Miembros o marque 2-1-1. También puede encontrar programas en línea en neighborhoodresource.findhelp.com. Tenga en cuenta que algunas organizaciones comunitarias pueden cobrar una tarifa por sus programas.

Beneficios para los miembros

Programa Text4Baby

Text4Baby es un programa gratuito de consejos móviles para todas las mujeres embarazadas. Este programa brinda a las mujeres embarazadas y a las nuevas mamás consejos para ayudarlas a cuidar su salud y darles a sus bebés el mejor comienzo posible en la vida. Si se suscribe a este servicio, recibirá mensajes de texto SMS gratuitos cada semana, programados para su fecha de parto o el primer cumpleaños de su bebé. Puede suscribirse al servicio simplemente enviando un mensaje de texto con **BEBE al 511411**. Puede usar este servicio desde el momento en que se entera de que está embarazada hasta el primer cumpleaños de su bebé.

Programa de apoyo al embarazo Special Delivery

Nuestro programa Special Delivery brinda a las mujeres embarazadas información sobre la salud y recompensas por recibir atención prenatal y posparto. Obtiene un coordinador de servicios para que la ayude a obtener la atención y los servicios prenatales que necesita durante su embarazo y hasta su control posparto a las 6 semanas. Su coordinador de servicios puede llamar para ver cómo está durante su embarazo. También pueden ayudarla a encontrar recursos prenatales en su comunidad. Para obtener más información sobre el programa Special Delivery, llame al **1-512-324-3015 (TTY 7-1-1)** o al **1-844-964-3015 (TTY 7-1-1)**.

¿Cuándo debo ver a mi proveedor si estoy embarazada?

Es muy importante ver a un proveedor u obstetra/ginecólogo tan pronto como sepa que está embarazada para recibir atención prenatal. Cuando esté embarazada, debe acudir a su proveedor u obstetra/ginecólogo al menos:

- Cada 4 semanas durante los primeros 6 meses
- Cada 2 semanas durante el 7.º y 8.º mes
- Todas las semanas durante el último mes

Es posible que su proveedor u obstetra/ginecólogo desee que lo visite con más frecuencia según sus necesidades de salud. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para obtener ayuda para encontrar un obstetra/ginecólogo y programar una cita.

¿Qué servicios de valor agregado y materiales educativos puedo obtener cuando estoy embarazada y después de haber tenido a mi bebé?

Cuando esté embarazada, Dell Children's Health Plan le enviará materiales educativos sobre el embarazo y otras herramientas útiles durante su embarazo, que incluyen*:

- Un asiento de auto convertible para completar seis visitas prenatales.
- Clases de embarazo para prepararse para el parto y el posparto.
- Servicios de doula, que incluyen visitas a domicilio.

1-855-921-6284

- Fruta fresca o comidas preparadas después del parto.
- Baby showers para embarazadas con información, recursos y artículos para regalar, como pañales, bolsas para pañales y mantas.

* Estos son algunos de los servicios de valor agregado para los miembros. Consulte la página 20 para obtener más detalles. Pueden aplicarse restricciones y limitaciones.

¿Dónde puedo encontrar una lista de los centros de maternidad?

Llámenos al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para averiguar qué centros de maternidad están en nuestro plan médico.

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

Sí. Usted puede elegir un proveedor de atención primaria para su bebé antes de que nazca.

Cuando tiene un nuevo bebé

Cuando dé a luz a su bebé, es posible que usted y su bebé permanezcan en el hospital al menos:

- 48 horas después de un parto vaginal
- 96 horas después de un parto por cesárea

Usted puede permanecer menos tiempo en el hospital si su proveedor y el proveedor del bebé observan que usted y su bebé están bien. Si usted y su bebé salen del hospital antes de tiempo, es posible que su proveedor le pida que programe una visita en el consultorio o que los visite un enfermero en casa en el transcurso de 48 horas.

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

Para cambiar al proveedor de atención primaria de su bebé, vaya al enlace de "Find a Doctor" (Buscar un médico) en DellChildrensHealthPlan.com. Mientras esté allí, puede buscar uno nuevo en nuestro plan y cambiar a su proveedor de atención primaria. Para hacer el cambio en línea deberá inscribirse primero. Una vez que se inscriba, inicie sesión y actualice su proveedor de atención primaria.

También puede llamar a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar uno nuevo. Podemos cambiar al proveedor de atención primaria de su hijo el mismo día que pida el cambio. El cambio entrará en vigor de inmediato. Llame al consultorio del proveedor de atención primaria si quiere hacer una cita. Si necesita ayuda para hacer una cita, llame a Servicios para Miembros.

¿Puedo cambiar el plan médico de mi bebé?

Durante al menos 90 días a partir de la fecha de nacimiento, su bebé estará cubierto por el mismo plan médico en el que usted está inscrita. Puede pedir un cambio de plan médico antes de que pasen 90 días llamando a la Línea de ayuda del programa STAR al **1-800-964-2777**.

Beneficios para los miembros

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

¿Dónde inscribo a mi bebé recién nacido?

El hospital donde nace su bebé debería ayudarla a comenzar 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 está completa. También debe llamar al 2-1-1 para encontrar su oficina local de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) para asegurarse de que hayan recibido la solicitud de su bebé. Si usted es miembro de Dell Children's Health Plan cuando tenga a su bebé, su bebé estará inscrito en Dell Children's Health Plan en su fecha de nacimiento.

¿Cómo y cuándo le informo a Dell Children's Health Plan?

Recuerde llamar a Servicios para Miembros de Dell Children's Health Plan tan pronto como pueda para informar a su administrador de atención que tuvo a su bebé. También debemos obtener información sobre su bebé. Es posible que ya haya elegido un proveedor de atención primaria para su bebé antes de que naciera. Si no es así, podemos ayudarla a elegir un proveedor de atención primaria para él.

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

Después de que nazca su bebé, es posible que usted pierda la cobertura de Medicaid. Quizás pueda obtener algunos servicios de atención médica a través del Programa Healthy Texas Women y el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). Estos servicios son para mujeres que envían una solicitud para los servicios y son aprobadas.

Programa Healthy Texas Women

El Programa Healthy Texas Women hace exámenes de planificación familiar, evaluaciones médicas relacionadas y presta servicios de control de natalidad a mujeres de 18 a 44 años de edad cuyo ingreso del grupo familiar es igual o está por debajo de los límites de ingresos del programa (185 % del nivel federal de pobreza). Debe presentar 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 Healthy Texas Women, escriba, llame o visite el sitio web del programa:

Programa Healthy Texas Women

P.O. Box 14000

Midland, TX 79711-9902

Teléfono: 1-866-993-9972

Sitio web: www.texaswomenshealth.org

Fax: (toll-free) 1-877-466-2409

1-855-921-6284

DSHS Primary Health Care Program

DSHS Primary Health Care Program atiende a mujeres, niños y hombres que no pueden acceder a la misma atención a través de un seguro u otros programas. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos de una persona deben ser igual o estar por debajo de los límites de ingresos del programa (200 % del nivel federal de pobreza). Es posible que una persona aprobada para los servicios tenga que hacer un copago, pero a nadie se le niegan los servicios por falta de dinero.

Primary Health Care se centra en la prevención de enfermedades, la detección precoz y la intervención temprana de problemas médicos. Los principales servicios prestados son:

- Diagnóstico y tratamiento
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios médicos preventivos, incluyendo vacunas (inyecciones) y educación sobre la salud, y servicios de laboratorio, radiografías, medicina nuclear u otros servicios de diagnóstico apropiados.

Los servicios secundarios que se pueden prestar son servicios de nutrición, evaluaciones médicas, atención médica en casa, atención dental, traslados a visitas médicas, medicamentos recetados por su proveedor (medicamentos con receta), suministros médicos duraderos, servicios de salud ambiental, tratamiento de pies dañados (servicios de podología) y servicios sociales.

Usted podrá enviar una solicitud para los servicios de Primary Health Care en ciertas clínicas de su área. Para encontrar una clínica a donde pueda enviar una solicitud, visite el Localizador de clínicas de Servicios médicos para la familia y la comunidad de DSHS en www.211texas.org/.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Primary Health Care Program, envíe un correo electrónico, llame o visite el sitio web del programa:

- **Sitio web:** www.hhs.texas.gov/services/health/primary-health-care-program
- **Teléfono:** 211
- **Correo electrónico:** PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

DSHS Expanded Primary Health Care program

Expanded Primary Health Care Program presta servicios primarios, preventivos y de evaluación a mujeres mayores de 18 años de edad cuyos ingresos son igual o están por debajo de los límites de ingresos del programa (200 % del nivel federal de pobreza). Los servicios directos y de comunicación se prestan a través de clínicas de la comunidad que tienen contrato con DSHS. Los trabajadores médicos de la comunidad ayudarán a asegurarse de que las mujeres obtengan los servicios preventivos y de evaluación que necesitan. Es posible que algunas clínicas ofrezcan ayuda con la lactancia materna.

Usted puede enviar una solicitud para estos servicios en ciertas clínicas en su área. Para encontrar una

Beneficios para los miembros

clínica a donde pueda enviar una solicitud, visite el Localizador de clínicas de Servicios médicos para la familia y la comunidad de DSHS en [at www.211texas.org/](http://www.211texas.org/).

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Expanded Primary Health Care Program de DSHS, visite el sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

- **Sitio web:** www.hhs.texas.gov/services/health/primary-health-care-program
- **Teléfono:** 211
- **Correo electrónico:** PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

DSHS Family Planning Program

Family Planning Program tiene clínicas en todo el estado que prestan servicios de control de natalidad de calidad, de bajo costo y fáciles de usar para mujeres y hombres.

Para encontrar una clínica en su área, visite el Localizador de clínicas de Servicios médicos para la familia y la comunidad de DSHS en www.healthytexaswomen.org/healthcare-programs/family-planning-program.

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del Family Planning Program, visite el sitio web del programa, llame o envíe un correo electrónico:

- **Sitio web:** www.healthytexaswomen.org/family-planning-program
- **Teléfono:** 512-776-7796
- **Correo electrónico:** famplan@hhs.texas.gov

¿Cómo y cuándo le informo a mi trabajador del caso?

Después de tener a su bebé, llame a la oficina de beneficios de HHSC para decirles que nació su bebé. El hospital también informará a Medicaid sobre el nacimiento del bebé. Llame a su trabajador del caso al 2-1-1 después del nacimiento de su bebé. NO tiene que esperar hasta obtener el número de Seguro Social de su bebé para inscribirlo.

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

Los miembros con discapacidades, necesidades especiales de atención médica o condiciones crónicas complejas tienen derecho a acceder directamente a un especialista. Este especialista puede atenderlo como su proveedor de atención primaria. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para que esto se pueda coordinar.

1-855-921-6284

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

Usted puede pedirle a alguien que tome decisiones en su nombre si usted está demasiado enfermo como para tomar decisiones por sí mismo. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** si quisiera obtener más información sobre los formularios que necesita.

¿Qué son las directivas anticipadas?

Los menores emancipados y los miembros mayores de 18 años de edad tienen derechos según las leyes de directivas anticipadas. Una directiva anticipada habla de hacer un testamento en vida. Un testamento en vida dice que es posible que usted no quiera atención médica si tiene una enfermedad o lesión grave y quizás no mejore. Usted puede firmar un testamento en vida para asegurarse de obtener el tipo de atención que quiere cuando esté demasiado enfermo para decidir por sí mismo. Este es un tipo de directiva anticipada. Es un documento que les dice a su proveedor y a su familia qué tipo de atención médica no quiere recibir si está gravemente enfermo o lesionado.

¿Cómo obtengo una directiva anticipada?

Puede obtener un formulario de directivas anticipadas con su proveedor o llamando a Servicios para Miembros. Los asociados de Dell Children's Health Plan no pueden ofrecer asesoría legal ni actuar de testigos. De acuerdo con la ley de Texas, usted debe tener dos testigos o tener su formulario notariado. Después de completar el formulario, llévelo o envíelo por correo a su proveedor. Su proveedor sabrá entonces qué tipo de atención médica quiere usted recibir.

Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento después de haber firmado una directiva anticipada. Llame a su proveedor para quitar las directivas anticipadas de su expediente médico. También puede hacer cambios en la directiva anticipada completando y firmando una nueva.

Usted también puede firmar un documento llamado poder notarial duradero. Este documento le permitirá nombrar a una persona para que tome decisiones por usted cuando no pueda tomarlas usted mismo. Pregunte a su proveedor sobre estos formularios.

Vuelva a certificar sus beneficios de Medicaid a tiempo

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

¡No pierda sus beneficios de atención médica! Usted podría perder sus beneficios incluso si todavía califica. Cada 12 meses, usted debe renovar sus beneficios. La Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le enviará una carta diciéndole que es momento de renovar sus beneficios de Medicaid. La carta tendrá instrucciones que le dirán cómo renovar. Si usted no renueva antes de la fecha que está en la carta, perderá sus beneficios de atención médica.

Beneficios para los miembros

Puede enviar una solicitud y renovar sus beneficios en línea en www.YourTexasBenefits.com. Haga clic en "Manage Your Account" (Administrar su cuenta) y configure una cuenta para acceder fácilmente al estado de sus beneficios.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 2-1-1, elegir un idioma y, después, seleccionar la opción 2, o visitar la oficina de beneficios de HHSC que esté cerca de usted. Para encontrar la oficina más cerca de su casa, llame al 2-1-1, elija un idioma y, después, seleccione la opción 2, o puede ir a www.YourTexasBenefits.com y hacer clic en "Find an Office" (Buscar una oficina) en la parte inferior de la página.

Queremos que usted siga recibiendo sus beneficios de atención médica si todavía califica. Para renovar, vaya a www.YourTexasBenefits.com y haga clic en "Manage your account" (Administrar su cuenta). Siga las instrucciones allí para renovar.

¿Qué pasa si pierdo mi cobertura de Medicaid?

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

Si usted ya no es elegible para Medicaid basado en sus ingresos, es posible que sus hijos sean elegibles para Children's Health Insurance Program (CHIP). Para obtener más información, llame al 2-1-1, elija un idioma y seleccione la opción 2.

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

Siempre muestre su tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan y su tarjeta de Your Texas Benefits (YTB) Medicaid cuando consulte a un proveedor, vaya al hospital o se haga pruebas. Incluso si su proveedor le dijo que llegara, debe mostrar su tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan y su tarjeta actual de YTB Medicaid para asegurarse de que no le envíen una factura por los servicios que cubre Dell Children's Health Plan. No tiene que mostrar su tarjeta de identificación de Dell Children's Health Plan antes de recibir atención de emergencia. Si recibe una factura, envíe la factura con una carta que diga que le han enviado una factura a:

Dell Children's Health Plan
Attn: Member Advocates
1345 Philomena St., Ste.305
Austin, TX 78723

En la carta, incluya:

- Su nombre
- Su teléfono

1-855-921-6284

- Su número de identificación de Dell Children's Health Plan

Si no puede enviar la factura, asegúrese de incluir en la carta:

- El nombre del proveedor del que recibió los servicios
- La fecha del servicio
- El teléfono del proveedor
- La cantidad cobrada
- El número de cuenta, si lo conoce

Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para obtener ayuda.

¿Qué debo hacer si me mudo?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, désela a la oficina local de beneficios de HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de Dell Children's Health Plan llamando al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**. Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área debe llamar a Dell Children's Health Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención médica a través de Dell Children's Health Plan hasta que HHSC cambie su dirección.

¿Qué pasa si necesito actualizar mi dirección o teléfono y estoy en el programa de Asistencia para la adopción y asistencia de cuidado de permanencia?

Los padres adoptivos o el cuidador asistente para el cuidado de la permanencia deben comunicarse con el especialista regional de elegibilidad de asistencia para la adopción del Departamento de Familia y Servicios de Protección (DFPS) asignado a su caso. Si los padres o el cuidador no saben quién es el especialista en elegibilidad asignado, pueden comunicarse con la línea directa de DFPS, **1-800-233-3405** para averiguarlo. Los padres o el cuidador deben comunicarse con el especialista en elegibilidad de asistencia para la adopción para que ayude con el cambio de dirección.

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

Medicaid y seguro privado

Es necesario que informe al personal de Medicaid sobre cualquier seguro médico privado que usted tenga. Debe llamar a la línea directa de Recursos de Terceros de Medicaid y actualizar el archivo de su caso de Medicaid si:

- Su seguro médico privado se canceló
- Obtiene nueva cobertura de seguro

Beneficios para los miembros

- Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros

Puede llamar sin costo a la línea directa al **1-800-846-7307**.

Si tiene otro seguro, es posible que aún califique para Medicaid. Cuando le reporta al personal de Medicaid sobre su otro seguro médico, usted ayuda a asegurarse de que Medicaid solo pague lo que su otro seguro médico no cubre.

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden rechazarlo para prestarle servicios porque usted tenga un seguro médico privado y Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también deben registrarlo en su compañía de seguro médico privado.



Derechos y Responsabilidades

Beneficios para los miembros

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos de los miembros

- 1.** Usted tiene derecho al respeto, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación. Eso incluye el derecho a:
 - Que lo traten con justicia y respeto
 - Saber que su expediente médico y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán privados y confidenciales
- 2.** Usted tiene derecho a una oportunidad razonable de elegir un plan de atención médica y un proveedor de atención primaria. Este es el médico o proveedor de atención médica que usted consultará la mayor parte del tiempo y que coordinará su atención. Usted tiene derecho a cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente fácil. Eso incluye el derecho a:
 - Que le digan cómo elegir y cambiar su plan médico y su proveedor de atención primaria
 - Elegir cualquier plan médico que quiera y que esté disponible en su área y elegir a su proveedor de atención primaria de ese plan
 - Cambiar a su proveedor de atención primaria
 - Cambiar su plan médico sin penalización
 - Que le digan cómo cambiar su plan médico o a su proveedor de atención primaria
- 3.** Usted tiene derecho a hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Eso incluye el derecho a:
 - Pedirle a su proveedor que le explique sus necesidades de atención médica y que le hable sobre las diferentes maneras en que se pueden tratar sus problemas de atención médica
 - Que le digan por qué se denegó la atención o los servicios y no se prestaron
 - Que le den información sobre su salud, plan, servicios y proveedores.
 - Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
- 4.** Usted tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento y participar activamente en las decisiones del tratamiento. Eso incluye el derecho a:
 - Trabajar como parte de un equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es mejor para usted
 - Decir "sí" o "no" a la atención que recomienda su proveedor

1-855-921-6284

- 5.** Usted tiene derecho a usar cada uno de los procesos de quejas y apelaciones disponibles a través de la Organización de atención administrada y de Medicaid, y recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales estatales. Eso incluye el derecho a:
 - Presentar una queja ante su plan médico o ante el programa estatal de Medicaid sobre su atención médica, su proveedor o su plan médico.
 - Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - Usar el proceso de apelaciones del plan y que le digan cómo usarlo.
 - Pedir una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona el proceso.
 - Pedir una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona el proceso.
- 6.** Usted tiene derecho al acceso oportuno a la atención que no tenga barreras de comunicación o de acceso físico. Eso incluye el derecho a:
 - Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para recibir cualquier atención de urgencia o de emergencia que necesite
 - Recibir atención médica de manera oportuna
 - Poder entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica; esto incluye acceso sin obstáculos para personas con discapacidades u otras condiciones que limitan la movilidad, de acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades
 - Tener intérpretes, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y cuando hable con su plan médico; los intérpretes incluyen personas que pueden hablar en su lengua materna, ayudar a alguien con una discapacidad o ayudarlo a comprender la información
 - Que le den información que pueda entender sobre las normas de su plan médico, incluyendo los servicios de atención médica que puede recibir y cómo obtenerlos
- 7.** Usted tiene derecho a que no lo restrinjan ni aíslen cuando sea para la conveniencia de otra persona, sea con la intención de obligarlo a hacer algo que no quiere hacer o sea para castigarlo.
- 8.** Usted tiene derecho a saber que los proveedores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarlo sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. Su plan médico no puede impedir que le den esta información, incluso si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.
- 9.** Usted tiene derecho a saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los proveedores, hospitales y otras personas no pueden exigirle que haga copagos ni que pague ninguna otra cantidad por los servicios cubiertos.
- 10.** Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de su plan de salud.

Derechos y Responsabilidades

Responsabilidades de los miembros

- 1.** Usted debe conocer y comprender cada uno de los derechos que tiene según el programa Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Conocer y comprender sus derechos según el programa Medicaid
 - Hacer preguntas si no comprende sus derechos
 - Conocer qué opciones de planes médicos están disponibles en su área
- 2.** Usted debe cumplir las políticas y los procedimientos del plan médico y de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Conocer y seguir las normas de su plan médico y las normas de Medicaid
 - Elegir su plan médico y un proveedor de atención primaria rápidamente
 - Hacer cualquier cambio a su plan médico y proveedor de atención primaria en las maneras que establecen Medicaid y el plan médico
 - Asistir a sus citas programadas
 - Cancelar las citas con antelación cuando no pueda asistir a ellas
 - Comunicarse siempre primero con su proveedor de atención primaria cuando sus necesidades médicas que no sean de emergencia
 - Asegurarse de tener la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de consultar a un especialista
 - Comprender cuándo debe y no debe ir a la sala de emergencias
- 3.** Usted debe compartir información sobre su salud con su proveedor de atención primaria y conocer las opciones de servicio y tratamiento. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud
 - Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y hacer preguntas sobre las diferentes maneras en que se pueden tratar sus problemas de atención médica
 - Ayudar a sus proveedores a obtener su expediente médico
- 4.** Usted debe participar en las decisiones relacionadas con las opciones de tratamiento y servicio, tomar decisiones personales y tomar medidas para mantenerse sano. Eso incluye la responsabilidad de:
 - Trabajar como un equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es mejor para usted
 - Entender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud

1-855-921-6284

- Hacer todo lo que pueda para mantenerse sano
- Tratar a los proveedores y al personal con respeto
- Hablar con su proveedor sobre todos sus medicamentos

Más responsabilidades de los miembros mientras usan servicios de NEMT

1. Cuando usted pida los servicios de NEMT, debe dar la información que le pide la persona que coordina o verifica su transporte.
2. Usted debe seguir todas las normas y reglamentaciones que afectan sus servicios de NEMT.
3. Debe devolver los fondos adelantados que no se usaron. Debe presentar pruebas de que asistió a su cita médica antes de recibir fondos adelantados futuros.
4. Usted no debe abusar verbal, sexual ni físicamente, ni acosar a nadie mientras pide o recibe servicios de NEMT.
5. Usted no debe perder las fichas ni los boletos de autobús y debe devolver las fichas o los boletos de autobús que no use. Usted debe usar las fichas o los boletos de autobús solo para ir a su cita médica.
6. Usted solo debe usar los servicios de NEMT para viajar hacia y desde sus citas médicas.
7. Si ha hecho arreglos para un servicio de NEMT, pero algo cambia y ya no necesita el servicio, usted debe comunicarse lo antes posible con la persona que lo ayudó a coordinar su transporte.

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

Usted y sus proveedores pueden obtener una copia de estos derechos y responsabilidades por correo postal, fax o correo electrónico. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**, y pida una copia. También puede descargar una copia desde nuestro sitio web en DellChildrensHealthPlan.com/miembros y elegir "Member Rights and Responsibilities" (Derechos y responsabilidades de los miembros).

Proceso de quejas

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

Queremos ayudarle. Si tiene una queja, llámenos gratis al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para decirnos sobre su problema. Un Representante de Servicios para Miembros de Dell Children's Health Plan o un Defensor de Miembros puede ayudarle a presentar una queja. La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o como máximo en unos días. Dell Children's Health Plan no puede tomar ninguna acción contra usted como resultado de presentar una queja.

Derechos y Responsabilidades

¿Puede alguien de Dell Children's Health Plan ayudarme a presentar una queja?

Sí, un Defensor de Miembros o un representante de Servicios para Miembros pueden ayudarlo a presentar una queja ante nosotros o ante el programa estatal correspondiente. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?

Dell Children's Health Plan responderá a su queja dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que la recibamos.

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

Puede decirnos sobre su queja llamándonos al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** o escribiéndonos a:

Dell Children's Health Plan
Atención: Complaints Specialist
1345 Philomena St., Ste. 305
Austin, Texas 78723.

Le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de su queja. Esto significa que la recibimos y comenzamos a analizarla. La carta incluirá la descripción del proceso de quejas de Dell Children's Health Plan y los plazos de procesamiento. Podríamos llamarle para obtener más información.

Dell Children's Health Plan investigará la queja y le enviará una carta de resolución dentro de los 30 días calendario siguientes a su recepción. Esta carta le informará sobre las medidas que hemos tomado para abordar su queja. La carta de resolución de la queja incluye el proceso para apelar la decisión cuando el miembro o su representante no esté satisfecho con la respuesta de Dell Children's Health Plan.

Si su queja se refiere a una emergencia o una hospitalización en curso, se resolverá tan pronto como sea necesario para la urgencia de su caso y, en un plazo máximo de un día hábil a partir de la recepción de su queja.

¿Cómo presento una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos una vez que haya pasado por el proceso de quejas de Dell Children's Health Plan?

Una vez que haya pasado por el proceso de quejas de Dell Children's Health Plan, si no está satisfecho con la respuesta a su queja, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al número gratuito **1-866-566-8989**. Si desea realizar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team

1-855-921-6284

P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

Si puede conectarse a internet, puede enviar su queja en un correo electrónico a <https://heartbep-ext.hhs.state.tx.us/omcatLandingPage>.

¿Tengo derecho a apelar una queja?

Sí. Si no está satisfecho con la respuesta a su queja, puede pedirnos que la revisemos nuevamente. Debe solicitar una apelación de queja por escrito. Escríbanos a:

Dell Children's Health Plan
Atención: Complaints Specialist
1345 Philomena St., Ste. 305
Austin, Texas 78723

Cuando recibamos su solicitud, le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles. Esto significa que tenemos su solicitud y comenzamos a trabajar en ella. También puedes llamarnos al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para solicitar la apelación de una queja.

Le enviaremos una carta dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud. La carta le informará la decisión final. Esta carta también le brindará la información utilizada para tomar la decisión.

Proceso de apelaciones

¿Qué puedo hacer si mi proveedor pide un servicio o un medicamento para mí que está cubierto, pero Dell Children's Health Plan lo niega o limita?

Puede haber ocasiones en las que digamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención que se ha recomendado. Usted tiene derecho a pedir una apelación. Una apelación es cuando usted o su representante designado le pide a Dell Children's Health Plan que vuelva a revisar la atención que pidió su proveedor y que nosotros dijimos que no pagaríamos. Un representante designado puede ser un familiar, su proveedor, un abogado, un amigo o cualquier persona que usted elija.

Si usted le pide a una persona (un representante designado) que presente una apelación por usted, también debe enviar una carta a Dell Children's Health Plan para informarnos que ha elegido a una persona para que lo represente. Dell Children's Health Plan debe tener esta carta por escrito para poder considerar a esta persona como su representante. Esto lo hacemos por su privacidad y seguridad.

Puede apelar nuestra decisión de dos maneras:

Derechos y Responsabilidades

- Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. hora del centro.
- Puede enviarnos una carta y cualquier información que quiera que revisemos a:
Dell Children's Health Plan
Attn: Appeals
1345 Philomena St., Ste. #305
Austin, TX 78723

¿Cómo sabré si los servicios son denegados?

Dell Children's Health Plan le enviará una carta si se deniega o limita un servicio que se pidió. Si usted no está de acuerdo con esta decisión, puede presentar una apelación por todos los servicios o por los servicios denegados.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelaciones?

Usted o un representante designado pueden presentar una apelación. Debe hacerlo en el transcurso de 60 días a partir de la fecha de la primera carta de Dell Children's Health Plan en la que se informe que no pagaremos ni cubriremos la totalidad o parte de la atención recomendada.

Cuando recibamos su carta o llamada, le enviaremos una carta en el transcurso de cinco días hábiles. Esta carta le informará que recibimos su apelación. También le informaremos si necesitamos alguna otra información para procesar su apelación. Dell Children's Health Plan se comunicará con su proveedor si necesitamos información médica sobre el servicio.

Un proveedor que no haya visto el caso antes revisará su apelación. Él decidirá cómo debemos manejar la apelación.

Le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación. Esto lo haremos en el transcurso de 30 días calendario desde que recibimos su apelación, a menos que necesitemos más información de usted o de la persona a la que le pidió que presentara la apelación por usted. Si necesitamos más información, es posible que ampliamos el proceso de apelaciones por 14 días si la demora es para su beneficio. Si ampliamos el proceso de apelaciones, le informaremos por escrito el motivo de la demora. Usted también puede pedirnos que ampliamos el proceso si usted tiene más información que deberíamos considerar.

¿Cómo puedo seguir recibiendo los servicios que ya se aprobaron?

Para seguir recibiendo servicios que Dell Children's Health Plan ya había aprobado, pero que pueden ser parte del motivo de su apelación, usted debe presentar la apelación en o antes de lo que sea posterior entre:

1-855-921-6284

- 10 días hábiles después de que le enviemos el aviso para informarle que no pagaremos ni cubriremos la totalidad o parte de la atención, o
- La fecha en que el aviso dice que el servicio terminará

Si la decisión sobre su apelación confirma nuestra primera decisión, es posible que se le pida que pague los servicios que recibió durante el proceso de apelaciones.

Si la decisión sobre su apelación revoca nuestra primera decisión, Dell Children's Health Plan pagará los servicios que recibió mientras su apelación estaba pendiente.

¿Puede alguien de Dell Children's Health Plan ayudarme a presentar una apelación?

Sí. Un defensor de los miembros o un representante de Servicios para Miembros pueden ayudarlo a presentar una apelación ante Dell Children's Health Plan o ante el programa estatal correspondiente. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del centro.

¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal?

Sí. Usted puede pedir una audiencia imparcial estatal después de que se complete el proceso de apelación interna de Dell Children's Health Plan. Para obtener más información, consulte las siguientes secciones: Apelaciones aceleradas y Audiencias imparciales estatales.

Apelaciones aceleradas

¿Qué es una apelación de emergencia?

Una apelación acelerada es cuando el plan médico debe tomar una decisión rápidamente según su condición o la de su hijo, y tomarse el tiempo para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud o la de su hijo.

¿Cómo pido una apelación de emergencia? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?

Usted o la persona a la que le pide que presente una apelación por usted (un representante designado) puede pedir una apelación acelerada. Puede pedir una apelación acelerada de manera verbal o por escrito, ya sea que:

Derechos y Responsabilidades

- Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del centro.
- Envíe una carta a:
Dell Children's Health Plan
Attn: Appeals
1345 Philomena St., Ste. 305
Austin, TX 78723

¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia?

Si cree que su salud se verá afectada gravemente si espera una decisión sobre su apelación del plan médico, usted o su proveedor pueden pedir una apelación de emergencia del plan médico. Revisaremos su caso y determinaremos si califica para una apelación de emergencia del plan médico. Debemos decidir si aprobamos o denegamos su apelación en el transcurso de las 72 horas después de su solicitud. Le informaremos si usted no califica para una apelación de emergencia. Procesaremos su apelación de acuerdo con el plazo estándar que se detalla abajo. Puede presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud de apelación de emergencia del plan médico.

Después de que recibamos su carta o llamada y aceptemos que su solicitud de apelación se debe acelerar, le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación. Esto lo haremos en el transcurso de las 72 horas después de la recepción de su solicitud de apelación.

Si su apelación es sobre una emergencia en curso o una estancia, lo llamaremos con una respuesta en el plazo de un día hábil o 72 horas, lo que sea más corto. También le enviaremos una carta con la respuesta a su apelación en el transcurso de 72 horas.

¿Qué pasa si Dell Children's Health Plan deniega la solicitud para una apelación de emergencia?

Si no estamos de acuerdo con que se acelere su solicitud de apelación, lo llamaremos inmediatamente. Le enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario para informarle cómo se tomó la decisión, y su apelación se revisará a través del proceso de revisión estándar.

¿Quién me puede ayudar a presentar una apelación acelerada?

Un defensor de los miembros o un representante de Servicios para Miembros pueden ayudarlo a presentar una apelación acelerada. Llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. hora del centro.

1-855-921-6284

Información de revisión médica externa

¿Puedo pedir una revisión médica externa?

Si un miembro, como miembro del plan médico, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan médico, el miembro tiene derecho a pedir una revisión médica externa. Una revisión médica externa es una medida opcional más que el miembro puede tomar para que se revise el caso antes de que se celebre la audiencia imparcial estatal. El miembro puede nombrar a alguien para que lo represente comunicándose con el plan médico y dando el nombre de la persona que el miembro quiere que lo represente. Un proveedor puede ser el representante del miembro. El miembro o el representante del miembro deben pedir la revisión médica externa en un plazo de 120 días después de la fecha en que el plan médico envía la carta con la decisión de la apelación interna. Si el miembro no pide la revisión médica externa en el transcurso de 120 días, es posible que el miembro pierda su derecho a una revisión médica externa. Para pedir una revisión médica externa, el miembro o el representante del miembro pueden:

- Completar el 'Formulario de solicitud de revisión médica externa y audiencia imparcial estatal', que se entrega como un documento adjunto a la carta de aviso de decisión de la apelación interna para miembros, y enviarlo por correo o por fax a Dell Children's Health Plan usando la dirección o el número de fax que está en la parte superior del formulario;
- Llamar a Dell Children's Health Plan al **512-324-3013** o al **1-855-962-4453 (TTY 711)**, o
- Enviar un correo electrónico a Dell Children's Health Plan en dchp-UM@ascension.org.

Si el miembro pide una revisión médica externa en el transcurso de 10 días desde el momento en que recibe la decisión de la apelación del plan médico, el miembro tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico le haya denegado, según los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal. Si el miembro no pide una revisión médica externa en el transcurso de 10 días desde el momento en que recibe la decisión de la apelación del plan médico, se cancelará el servicio que el plan médico denegó.

El miembro puede revocar la solicitud del miembro para una revisión médica externa antes de que se asigne a una organización de revisión independiente o mientras la organización de revisión independiente esté revisando la solicitud de revisión médica externa del miembro. Una organización de revisión independiente es una organización de terceros contratada por HHSC que hace una revisión médica externa durante los procesos de apelación de miembros relacionados con determinaciones adversas de beneficios según la necesidad funcional o médica. No se puede revocar una revisión médica externa si una organización de revisión independiente ya completó la revisión y tomó una decisión.

Derechos y Responsabilidades

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

Si el miembro continúa con una audiencia imparcial estatal y la decisión de la audiencia imparcial estatal es diferente de la decisión de la organización de revisión independiente, la decisión de la audiencia imparcial estatal es la decisión final. La decisión de la audiencia imparcial estatal solo puede mantener o aumentar los beneficios para los miembros establecidos en la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Puedo pedir una revisión médica externa de emergencia?

Si usted cree que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su función máxima, usted, sus padres o su representante legalmente autorizado pueden pedir una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando a Dell Children's Health Plan. Para calificar para una revisión médica externa de emergencia y una revisión de audiencia imparcial estatal de emergencia a través de HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de Dell Children's Health Plan.

Audiencia imparcial estatal

¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal?

Si usted, como miembro del plan médico, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan médico, tiene derecho a pedir una audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan médico diciéndoles el nombre de la persona que quiere que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si quiere impugnar una decisión que tomó su plan médico, usted o su representante deben pedir la audiencia imparcial estatal en el transcurso de 120 días después de la fecha de la carta del plan médico con la decisión de la apelación interna. Si no pide la audiencia imparcial estatal en el transcurso de 120 días, puede perder su derecho a una audiencia imparcial estatal. Para pedir una audiencia imparcial estatal, usted o su representante deben comunicarse con nosotros:

- **Escribiendo a:**

Dell Children's Health Plan
1345 Philomena St., Ste. 305
Austin, TX 78723

1-855-921-6284

- **Llamando a:** 512-324-3013 o 1-855-962-4453 (TTY 7-1-1), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. hora central.
- **Enviándonos un correo electrónico a:** dchp-UM@ascension.org.

Usted tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico haya negado o reducido basado en los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal si pide una audiencia imparcial estatal antes de lo que sea posterior entre: (1) 10 días calendario después de la fecha en que el plan médico envió por correo la carta con la decisión de la apelación interna, o (2) el día en que la carta con la decisión de la apelación interna del plan médico dice que su servicio se reducirá o terminará. Si no pide una audiencia imparcial estatal antes de esta fecha, se cancelará el servicio que el plan médico denegó. Si pide una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información que le permitirá saber la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se celebran por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden decir por qué necesita el servicio que le denegó el plan médico. HHSC le dará una decisión final en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que pidió la audiencia.

¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal de emergencia?

Si usted cree que esperar una audiencia imparcial estatal pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su función máxima, usted o su representante pueden pedir una audiencia imparcial estatal:

- **Escribiendo a:**
Dell Children's Health Plan
1345 Philomena St., Ste. 305
Austin, TX 78723
- **Llamando a:** 512-324-3013 or 1-855-962-4453 (TTY 7-1-1), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. hora central.
- **Enviándonos un correo electrónico a:** dchp-UM@ascension.org.

Para calificar para una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de Dell Children's Health Plan.

Derechos y Responsabilidades

Información sobre fraude, despilfarro y abuso

¿Quiere reportar despilfarro, abuso o fraude?

Díganos si cree que un proveedor, un dentista, un farmacéutico en una farmacia, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios están haciendo algo mal. Hacer algo mal podría ser despilfarro, abuso o fraude, lo que es ilegal. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

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

Para reportar despilfarro, abuso o fraude, elija uno de los siguientes:

- Llame a la línea directa de OIG al **1-800-436-6184**
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us> y haga clic en el cuadro rojo "Report Fraud" (Reportar fraude) para completar el formulario en línea
- Repórtelo directamente ante su plan médico:
Dell Children's Health Plan
Attn: Compliance Officer
1345 Philomena St., Ste. 305
Austin, TX 78723
1-855-921-6284

Para reportar despilfarro, abuso o fraude, reúna toda la información posible.

Cuando presente un reporte sobre un proveedor (un proveedor, dentista, consejero, etc.), incluya:

- Nombre, dirección y teléfono del proveedor
- Nombre y dirección del centro (hospital, centro de atención residencial, agencia de atención médica en casa, etc.)

1-855-921-6284

- Número de Medicaid del proveedor y del centro, si lo tiene
- Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- Nombres y teléfonos de otros testigos que pueden ayudar en la investigación
- Fechas de los eventos
- Resumen de lo que sucedió

Cuando presente un reporte de alguien que recibe beneficios, incluya:

- El nombre de la persona
- La fecha de nacimiento de la persona, el número de Seguro Social, o el número de caso, si lo tiene
- La ciudad donde vive la persona
- Información específica sobre el despilfarro, abuso o fraude

Administración de la calidad

¿Qué hace la administración de la calidad por usted?

El programa de gestión de calidad de Dell Children's Health Plan está aquí para asegurarse de que esté siendo atendido. Analizamos los servicios que ha recibido para verificar si está recibiendo la mejor atención médica preventiva. Si tiene una enfermedad crónica, verificamos si está recibiendo ayuda para controlar su afección.

El departamento de gestión de calidad desarrolla programas para ayudarlo a obtener más información sobre su atención médica. También llevamos a cabo una encuesta anual de satisfacción de los miembros. Esto nos ayuda a aprender cómo podemos brindarle un mejor servicio y asegurarnos de que nuestros proveedores lo atiendan bien. Si recibe un aviso para completar una encuesta de satisfacción, tómese el tiempo para completarla.

Trabajamos con los proveedores de nuestra red para ayudarlos a cuidar de usted. Es posible que reciba correos nuestros sobre encuestas de satisfacción, cómo tomar medidas preventivas de salud o cómo controlar una enfermedad. Queremos que nos ayude a mejorar diciéndonos qué podemos hacer mejor. Díganos qué tan feliz está con su proveedor y con nosotros. Para obtener más información sobre nuestro programa de gestión de calidad, llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

Derechos y Responsabilidades

¿Qué son las directrices de práctica clínica?

Para su atención médica, Dell Children's Health Plan usa directrices nacionales de práctica clínica. Las directrices de práctica clínica son estándares de atención probados científicamente y reconocidos a nivel nacional. Estas directrices son recomendaciones para que los médicos y otros proveedores de atención médica diagnostiquen y manejen su condición específica. Si quisiera una copia de estas directrices, llame a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

Información que debe estar disponible una vez al año

Como miembro de Dell Children's Health Plan, usted puede pedir y obtener la siguiente información cada año.

Información sobre proveedores de la red: como mínimo, proveedores de atención primaria, especialistas y hospitales en nuestra área de servicio; esta información incluirá nombres, direcciones, teléfonos e idiomas hablados (además del inglés) de cada proveedor de la red, además de la identificación de los proveedores que no aceptan pacientes nuevos

- Cualquier límite a su libertad de elección entre los proveedores de la red
- Sus derechos y responsabilidades
- Información de procedimientos de quejas, apelaciones y audiencias imparciales
- Información sobre los beneficios disponibles según el programa de Medicaid, incluyendo la cantidad, la duración y el margen de los beneficios; esto está diseñado para asegurarse de que usted comprenda los beneficios a los que tiene derecho
- Cómo obtiene los beneficios, incluyendo los requisitos de autorización
- Cómo obtiene los beneficios, incluyendo los servicios de planificación familiar, de proveedores fuera de la red o los límites de esos beneficios
- Cómo obtiene cobertura de emergencia y cobertura después del horario de atención o los límites de esos tipos de beneficios, incluyendo:
 - Qué conforma las condiciones médicas de emergencia, los servicios de emergencia y los servicios después de la estabilización
 - El hecho de que no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para los servicios de atención de emergencia
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluyendo las instrucciones sobre cómo usar el sistema telefónico del 9-1-1 o su equivalente local
 - Las direcciones de cualquier lugar donde los proveedores y hospitales presten servicios de emergencia que cubra Medicaid

1-855-921-6284

- Una declaración que diga que usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otro entorno para recibir atención médica de emergencia
- Normas después de la estabilización
- Política sobre remisiones para atención especializada y para otros beneficios que usted no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria
- Las directrices de práctica de Dell Children's Health Plan

¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?

El director médico de Dell Children's Health Plan y nuestros proveedores analizan los avances en la tecnología médica y maneras nuevas de usar la tecnología médica existente. Analizamos los avances en:

- Procedimientos médicos
- Procedimientos de salud conductual
- Medicamentos
- Dispositivos

Revisamos la información científica y las aprobaciones del gobierno para averiguar si el tratamiento funciona y es seguro. Consideraremos cubrir la nueva tecnología solo si da resultados iguales o mejores que la terapia o el tratamiento cubierto existente.

Guía para miembros sobre términos de atención administrada

Término	Definición
Apelación	Una solicitud para que su organización de atención administrada revise nuevamente una denegación o una queja formal.
Atención de enfermería especializada	Servicios de enfermeros autorizados en su propia casa o en un centro de atención residencial.
Atención de urgencia	Atención de una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención médica de inmediato, pero no tan grave como para necesitar atención en la sala de emergencias.
Atención en la sala de emergencias	Servicios de emergencia que recibe en la sala de emergencias.

Derechos y Responsabilidades

Término	Definición
Atención hospitalaria para paciente ambulatorio	Atención en un hospital que generalmente no necesita que se quede en el hospital durante la noche.
Atención médica en casa	Servicios de atención médica que una persona recibe en una casa.
Autorización previa	Una decisión de su aseguradora o plan médico de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un medicamento con receta o un equipo médico duradero que usted o su proveedor pidieron es médicamente necesario. Esta decisión o aprobación, a veces llamada autorización previa, aprobación previa o certificación previa, se debe obtener antes de recibir el servicio que se pidió. La autorización previa no es una promesa de que su seguro o plan médico cubrirá el costo.
Cobertura de medicamentos con receta	Seguro o plan médico que ayuda a pagar los fármacos o medicamentos con receta.
Condición médica de emergencia	Una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan graves que una persona razonable buscaría atención médica de inmediato para evitar daños.
Copago	Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica que se cubre.
Equipo médico duradero (DME)	Equipo que ordena un proveedor de atención médica para el uso diario o prolongado. La cobertura de DME puede incluir, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para personas con diabetes.
Especialista	Un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones.
Hospitalización	Atención médica en un hospital que precisa el ingreso como paciente hospitalizado y, generalmente, es necesario quedarse en el hospital durante la noche.

1-855-921-6284

Término	Definición
Medicamento necesario	Servicios de atención médica o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas y que cumplen los estándares aceptados en la medicina.
Medicamentos con receta	Fármacos o medicamentos que por ley necesitan una receta.
Médico de atención primaria	Un médico (M.D.: doctor en medicina o D.O.: doctor en medicina osteopática) que presta o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.
Plan	Un beneficio, como Medicaid, que presta y paga sus servicios de atención médica.
Prima	La cantidad que se debe pagar por su seguro o plan médico.
Proveedor	Un médico (M.D.: doctor en medicina o D.O.: doctor en medicina osteopática), un profesional de atención médica o un centro de atención médica autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.
Proveedor de atención primaria	Un médico (M.D.: doctor en medicina o D.O.: doctor en medicina osteopática), enfermero de práctica avanzada, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permite la ley estatal, que presta, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.
Proveedor no participante	Un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o plan médico para prestarle servicios cubiertos. Es posible que sea más difícil obtener la autorización de su aseguradora o plan médico para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En casos limitados, como cuando no hay otros proveedores, su aseguradora médica puede contratar y pagar a un proveedor no participante.

Derechos y Responsabilidades

Término	Definición
Proveedor participante	Un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan médico para prestarle servicios cubiertos.
Queja	Una queja formal que usted comunica a su aseguradora o plan médico.
Queja formal	Una queja ante su aseguradora médica o plan.
Red	Los centros, proveedores y distribuidores con los que su aseguradora o plan médico tiene un contrato para prestar servicios de atención médica.
Seguro médico	Un contrato que obliga a su aseguradora médica a pagar sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.
Servicios de emergencia	Evaluación de una condición médica de emergencia y tratamiento para evitar que la condición empeore.
Servicios de habilitación y dispositivos	Servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las competencias y el funcionamiento para la vida diaria.
Servicios de hospicio	Servicios para dar bienestar y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.
Servicios de médicos	Servicios de atención médica que un médico autorizado (M.D.: doctor en medicina o D.O.: doctor en medicina osteopática) presta o coordina.
Servicios de rehabilitación y dispositivos	Servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las competencias y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que la persona estaba enferma, lesionada o discapacitada.
Servicios excluidos	Servicios de atención médica que su seguro o plan médico no paga ni cubre.
Transporte médico de emergencia	Servicios de ambulancia terrestre o aérea para una condición médica de emergencia.

1-855-921-6284

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

La fecha de entrada en vigor de este aviso fue el 14 de abril de 2003. La fecha de revisión más reciente es marzo de 2021.

Lea este aviso con atención. Este le dice:

- Quién puede ver su información médica protegida (PHI).
- Cuándo tenemos que pedir su aprobación antes de compartir su PHI.
- Cuándo podemos compartir su PHI sin su aprobación.
- Qué derechos tiene usted para ver y cambiar su PHI.

La información sobre su salud y dinero es privada. La ley dice que debemos mantener segura este tipo de información, llamada PHI, para nuestros miembros. Eso significa que si usted es miembro en este momento o si solía serlo, su información está segura.

Obtenemos información sobre usted de las agencias estatales para Medicaid y Children's Health Insurance Program después de que usted se vuelve elegible y se inscribe en nuestro plan médico. También la obtenemos de sus proveedores, clínicas, laboratorios y hospitales para que podamos aprobar y pagar su atención médica.

La ley federal dice que debemos informarle sobre lo que la ley diga que tenemos que hacer para proteger la PHI que se nos comunica, por escrito o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger la PHI:

- Impresa (llamada física), nosotros:
 - Mantenemos bajo llave nuestras oficinas y archivos.
 - Destruimos documentos con información médica para que otras personas no puedan tenerlos.
- Guardada en una computadora (llamada técnica), nosotros:
 - Usamos contraseñas para que solo las personas correctas puedan entrar.
 - Usamos programas especiales para vigilar nuestros sistemas.
- Usada o compartida por personas que trabajan para nosotros, proveedores o el estado, nosotros:
 - Establecemos normas para mantener segura la información.
 - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las normas.

Derechos y Responsabilidades

Cuándo está bien que usemos y compartamos su PHI

Podemos compartir su PHI con su familia o con una persona que usted elija, que lo ayude con su atención médica o pague por ella, si usted nos da su aprobación. Algunas veces, podemos usarla y compartirla sin su aprobación:

- Para su atención médica
 - Para ayudar a los proveedores, hospitales y otras personas a darle la atención médica que usted necesita
- Para pago, operaciones de atención médica y tratamiento
 - Para compartir información con los proveedores, clínicas y otras personas que nos facturan por su atención médica: cuando decimos que pagaremos la atención médica o los servicios antes de que usted los reciba (llamada autorización previa o aprobación previa)
 - Para encontrar maneras de mejorar nuestros programas, y darle apoyo y ayudarlo a obtener los beneficios y servicios disponibles. Es posible que obtengamos su PHI de fuentes públicas, y podemos dar su PHI a intercambios de información médica para pago, operaciones de atención médica y tratamiento. Si usted no quiere esto, visite DellChildrensHealthPlan.com para obtener más información.
- Por motivos comerciales de atención médica
 - Para ayudar con auditorías, programas de prevención de fraude y abuso, planificación y trabajo diario para encontrar maneras de mejorar nuestros programas
- Por motivos de salud pública
 - Para ayudar a los representantes de salud pública a evitar que las personas se enfermen o lesionen
- Con otras personas que lo ayudan con su atención médica o pagan por ella
 - Con su familia o una persona que usted elija que lo ayuda con su atención médica, o pague por ella, si usted nos da su aprobación
 - Con alguien que ayuda con su atención médica, o pague por ella, si usted no puede hablar por sí mismo y es lo mejor para usted

Debemos obtener su aprobación por escrito antes de usar o compartir su PHI para todo, excepto su atención, pago, negocios diarios, investigación u otras cosas que se mencionan abajo. Tenemos que obtener su aprobación por escrito antes de compartir las notas de psicoterapia que tiene su proveedor sobre usted.

Puede informarnos por escrito si quiere revocar su aprobación por escrito. No podemos recuperar lo que usamos o compartimos cuando teníamos su aprobación. Sin embargo, dejaremos de usar o compartir su PHI en el futuro.

1-855-921-6284

Otras maneras en que podemos (o la ley dice que debemos) usar su PHI:

- Para ayudar a la policía y a otras personas que se aseguran que los demás cumplan las leyes
- Para reportar abuso y negligencia
- Para ayudar al tribunal cuando se nos pida
- Para responder documentos legales
- Para dar información a las agencias de supervisión de la salud por cosas como auditorías o exámenes
- Para ayudar a los médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias a averiguar su nombre y la causa de su fallecimiento
- Para ayudar cuando usted pidió dar partes de su cuerpo a la ciencia
- Para investigaciones
- Para evitar que usted u otras personas se enfermen o se lesionen gravemente
- Para ayudar a las personas que trabajan para el gobierno con ciertos empleos
- Para dar información a la Compensación de los Trabajadores si usted se enferma o se lesiona en el trabajo

Sus derechos

- Puede pedir ver su PHI y obtener una copia de esta. Tendremos 30 días para enviársela. Tenemos que decirle si necesitamos más tiempo. Sin embargo, no tenemos su expediente médico completo. Si quiere una copia de su expediente médico completo, pídsela a su proveedor o clínica médica.
- Puede pedirnos que cambiemos el expediente médico que tenemos de usted si cree que algo está mal o falta. Tendremos 60 días para enviárselo. Tenemos que decirle si necesitamos más tiempo.
- Algunas veces, puede pedirnos que no compartamos su PHI. Sin embargo, no tenemos que estar de acuerdo con lo que usted nos pide.
- Puede pedirnos que enviemos la PHI a una dirección diferente a la que tenemos de usted, o de alguna otra manera. Podemos hacer esto si enviarla a la dirección que tenemos de usted puede ponerlo en peligro.
- Puede pedirnos que le informemos de todas las veces durante los últimos seis años que compartimos su PHI con otra persona. Esto no será una lista de las veces que la compartimos debido a la atención médica, el pago, los asuntos cotidianos de atención médica u otros motivos que no mencionamos aquí. Tendremos 60 días para enviárselo. Tenemos que decirle si necesitamos más tiempo.

Derechos y Responsabilidades

- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si pidió una por correo electrónico.
- Si usted paga la factura completa de un servicio, puede pedir a su proveedor que no comparta la información sobre ese servicio con nosotros.

Lo que tenemos que hacer

- La ley dice que debemos mantener la privacidad de su PHI excepto como decimos en este aviso.
- Debemos decirle lo que la ley dice que tenemos que hacer sobre la privacidad.
- Debemos hacer lo que decimos que haremos en este aviso.
- Debemos enviar su PHI a alguna otra dirección o de una manera que no sea el correo regular si usted lo pide por motivos que tienen sentido, como si está en peligro.
- Debemos informarle si tenemos que compartir su PHI después de que nos haya pedido que no lo hagamos.
- Si las leyes del estado dicen que tenemos que hacer más de lo que dijimos aquí, cumpliremos esas leyes.
- Tenemos que informarle si creemos que se ha vulnerado su PHI.

Cómo comunicarnos con usted

Nosotros, junto con nuestros afiliados y proveedores, podemos llamar o enviarle mensajes de texto usando un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial. Solo hacemos esto de acuerdo con la Ley de protección al consumidor de servicios telefónicos (TCPA). Las llamadas pueden ser para informarle sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que lo contactemos por teléfono, solo dígaselo a la persona que llama y no nos comunicaremos más con usted de esta manera. O puede llamar sin costo al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** para agregar su teléfono a nuestra lista de "No llamar".

Lo que debe hacer si tiene preguntas

Si tiene preguntas sobre nuestras normas de privacidad o quiere usar sus derechos, llame sin costo a Servicios para Miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. hora del centro.

1-855-921-6284

Lo que debe hacer si tiene una queja

Estamos aquí para ayudarlo. Si cree que su PHI no se ha conservado segura, puede llamar a Servicios para Miembros o comunicarse con el Departamento de Servicios Salud y Humanos de EE.UU. No sucederá algo malo si presenta una queja.

- Puede escribir o llamar al Departamento de Servicios Salud y Humanos de EE.UU:
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young St., Ste. 1169
Dallas, TX 75202
- **Teléfono:** 800-368-1019
- **TDD:** 800-537-7697
- **Fax:** 214-767-0432

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud (HIPAA) y las maneras en que mantenemos segura su PHI. Si eso sucede, le diremos sobre los cambios en una carta. También los publicaremos en nuestro sitio web, DellChildrensHealthPlan.com.

Raza, origen étnico e idioma

Obtenemos información sobre su raza, origen étnico e idioma de las agencias estatales para Medicaid y Children's Health Insurance Program. Protegemos esta información como se describe en este aviso.

Usamos esta información para:

- Asegurarnos de que usted recibe la atención que necesita.
- Crear programas para mejorar los resultados médicos.
- Crear y enviar información sobre educación de la salud.
- Informar a los proveedores sobre sus necesidades con el idioma.
- Prestar servicios de interpretación y traducción.

Derechos y Responsabilidades

No usamos esta información para:

- Extender un seguro médico.
- Decidir cuánto cobrar por los servicios.
- Determinar los beneficios.
- Compartir con usuarios no aprobados.

Su información personal

Podemos pedir, usar y compartir información personal (PI) como lo mencionamos en este aviso. Su PI no es pública y nos dice quién es usted. Con frecuencia se obtiene por motivos del seguro.

- Podemos usar su PI para tomar decisiones sobre su:
 - Salud.
 - Hábitos.
 - Pasatiempos.
- Podemos obtener PI sobre usted de otras personas o grupos, como:
 - Médicos.
 - Hospitales.
 - Otras compañías de seguros.
- Podemos compartir su PI con personas o grupos fuera de nuestra compañía, sin su aprobación en algunos casos.
- Le informaremos antes de hacer algo donde tengamos que darle la oportunidad de decir "No".
- Le diremos cómo informarnos si no quiere que usemos o compartamos su PI.
- Usted tiene derecho a ver y cambiar su PI.
- Nos aseguramos de que su PI se mantenga segura.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Comuníquese con Servicios para Miembros llamando sin costo al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora central.

Dell Children's Health Plan cumple las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas por su:

1-855-921-6284

- Raza
- Color
- País de origen
- Edad
- Discapacidad
- Sexo o identidad de género

Eso significa que no lo excluiríamos ni lo trataremos de manera diferente debido a estas cosas.

Comunicarnos con usted es importante

Para las personas con discapacidad o que hablan un idioma que no sea inglés, ofrecemos estos servicios sin costo alguno para usted:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Material por escrito en letra grande, audio, electrónico y otros formatos
- Ayuda de intérpretes calificados en el idioma que usted habla
- Material por escrito en el idioma que usted habla

Para obtener estos servicios, llame al número de Servicios para Miembros que está en su tarjeta de identificación. O puede llamar a nuestro Defensor de los miembros al **1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)**.

Sus derechos

¿Cree que no recibió estos servicios o que lo discriminamos por los motivos mencionados arriba? Si es así, puede presentar una queja formal (queja). La puede presentar por correo, correo electrónico o teléfono:

- Dell Children's Health Plan
Attn: Member Advocate
1345 Philomena St., Ste. 305
Austin, TX 78723
- **Teléfono:** 1-855-921-6284 (TTY 7-1-1)

Derechos y Responsabilidades

¿Necesita ayuda para presentar una queja?

Puede llamar al Defensor de los miembros al número de arriba. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Servicios Salud y Humanos de EE.UU, Oficina de Derechos Civiles del DHHS:

- **En Internet:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo postal:**
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697)

Para obtener un formulario de quejas, visite www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.