

Medicaid Manual del Miembro

Áreas de servicio de
Tarrant/Bexar –
Marzo de 2012



Para más información,
sírvese llamar al
1-800-306-8612 (Tarrant) o
1-800-248-7767 (Bexar)
www.aetnamedicaid.com

Aetna Better Health cubre a los
miembros de los siguientes
condados:

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

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

TEXAS ★ **STAR**
PROGRAM
Su Plan de Salud ■ Su Opción

 **Aetna**
Better Health

Aetna Better Health

Manual para miembros de STAR



Para más información, llame al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar).

www.aetnamedicaid.com

Aetna Better Health ofrece cobertura a los miembros en los siguientes condados:

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

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

Áreas de servicio de Tarrant/Bexar - Marzo de 2012

043.067.MS.AMED.MH.03-01-12.doc



Números importantes

Su número de identificación de Medicaid _____
 Nombre de su proveedor de cuidado primario _____
 Dirección de su proveedor de cuidado primario _____
 Teléfono de su proveedor de cuidado primario _____

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

Visite el sitio en Internet: www.aetnamedicaid.com

Llámenos: **Servicios para Miembros de Aetna Better Health**

Número gratuito:

Área de servicio de Tarrant: 1-800-306-8612

Área de servicio de Bexar: 1-800-248-7767

Servicios de interpretación en inglés/español disponibles

Horario de Servicios para Miembros: Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Horas no laborables: Deje un mensaje en la casilla de correo de voz.

Escribanos:

Aetna Better Health

Attention: Aetna Better Health Member Services

PO Box 569150

Dallas, TX 75356-9150

TTY: Para las personas sordas o con dificultades de audición, llame a través de la línea Relay de Texas TTY al 1-800-735-2989 y solicite que llamen a la línea de Servicios para Miembros de Aetna Better Health.

Números de teléfono importantes

Informed Health® Line (información de salud de una enfermera registrada) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	1-800-556-1555
Transporte para servicios médicos	1-877-633-8747
Línea de ayuda STAR	1-800-964-2777
Información sobre medicamentos con receta	1-800-306-8612 (Tarrant) 1-800-248-7767 (Bexar)
Contratistas dentales	Delta Dental: 972-410-3700 Dental Quest: 1-800-685-9971 MCNA Dental: 1-800-494-6262
Block Vision (servicios para la visión)	1-800-879-6901
Línea de ayuda de atención médica administrada de Medicaid/línea de ayuda TTY de MMC	1-866-566-8989/1-866-222-4306
Servicios de salud del comportamiento (incluye salud mental y abuso de sustancias)*, las 24 horas del día, los 7 días de la semana	1-800-306-8612 (Tarrant) 1-800-248-7767 (Bexar)

* Para obtener servicios de atención de salud mental y abuso de sustancias, llame al número que se encuentra en su tarjeta de identificación (ID). Si tiene una emergencia de salud mental y abuso de sustancias, y necesita tratamiento, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Usted u otra persona en su nombre deberán llamarnos al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar) para comunicarnos que usted tuvo una emergencia. Hay personal a su disposición que habla inglés y español.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda para comprender/leer el *Manual para miembros*?

Tenemos personal que habla inglés o español que puede ayudarlo a comprender este manual. También tenemos servicios para personas que tienen dificultades para leer, escuchar, ver o hablar un idioma que no sea el inglés o el español. Puede solicitar su *Manual para miembros* en audio, otros idiomas, braille o letra más grande. Si necesita un casete de audio o un CD, se lo enviaremos por correo. Para obtener ayuda, visite nuestro sitio en Internet en www.aetnamedicaid.com o llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación

Servicios para miembros

Departamento de Servicios para Miembros

Puede comunicarse con nosotros por teléfono de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación de Medicaid para lo siguiente:

- Hacer preguntas sobre sus beneficios y cobertura.
- Cambiar su dirección o número de teléfono.
- Cambiar su proveedor de cuidado primario.
- Obtener más información sobre cómo presentar una queja.

Comunicarse con su proveedor de cuidado primario para hacer preguntas sobre citas, horarios de servicio o para recibir atención después de las horas laborables normales.

Información sobre el plan y recursos en línea

Sitio en Internet de Aetna Better HealthSM

Obtenga información las 24 horas del día, los 7 días de la semana en nuestro sitio en Internet: www.aetnamedicaid.com. Usted puede encontrar información y respuestas a sus preguntas sin llamarnos.

Este sitio en Internet le permite:

- Ver los boletines para miembros.
- Ver preguntas y respuestas sobre Medicaid.
- Buscar en nuestro *Directorio de proveedores* para encontrar doctores y hospitales de Aetna en su área.
- Obtener información sobre diferentes temas de salud.

Aviso de Privacidad de Aetna Better Health

Esta carta le indica de qué manera la información sobre su salud se puede utilizar y compartir. También le informa lo que necesita hacer para verla. Por favor, lea esta carta atentamente y comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta.

¿Qué hacemos con su información de salud?

A veces necesitamos consultar su información de salud para responder sus preguntas.

Nos ayuda a cuidarlo: Podemos utilizar la información sobre su salud para brindar ayuda con su atención. También la utilizamos para decidir los servicios cubiertos por sus beneficios. Podemos informarle acerca de los servicios que puede obtener, como vacunas, chequeos o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas.

Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos, hospitales y farmacias, entre otros. Podemos contar con un sitio en Internet en donde los médicos y demás personas que le brindan atención puedan ver su información de salud. Si ya no se encuentra bajo nuestro plan, con su autorización entregaremos la información sobre su salud a su nuevo médico.

Familia y amigos: Podemos divulgar su información de salud a miembros de la familia o amigos que ayuden con su atención o con el pago de ella. Por ejemplo, quizá necesitemos hablar con alguna de estas personas si usted tiene un accidente. Indíquenos si no desea que le entreguemos su información de salud a su familia o amigos. Nuestra dirección y número de teléfono se encuentran al pie de esta carta.

Para el pago: Podemos entregar la información sobre su salud a otras personas que paguen su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamo donde figura su información de salud. También es posible que la utilicemos para analizar la atención que le proporcionan sus médicos. También podemos verificar el uso que usted hace de los servicios de salud.

Operaciones de atención de salud: Podemos utilizar la información sobre su salud para ayudarnos a hacer nuestro trabajo. Podemos utilizarla para lo siguiente:

- promoción de la salud y prevención de enfermedades
- manejo de casos
- asuntos legales
- mejoramiento de la calidad
- contabilidad y auditoría
- prevención de fraudes
- administración de seguros
- gestión de negocios y planificación

Es posible que un administrador de casos trabaje junto a su médico u otras personas que le brindan atención. El administrador de casos puede brindarle información acerca de programas o lugares que pueden ayudarlo con sus problemas de salud.

Fines públicos: Podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud por determinados motivos públicos. Por ejemplo:

- *Requerimiento de la ley:* Las leyes federales, estatales y locales a veces exigen que divulguemos la información sobre su salud a otras personas.
 - Para una indemnización a trabajadores, si se lesiona en el trabajo.
- *Seguridad pública:* Podemos divulgar la información sobre su salud con fines policiales o de seguridad pública.
 - Si recibimos una orden de allanamiento o una solicitud para salir como testigo del gran jurado.
 - Para ayudar a identificar o localizar a alguien.
 - Para detener el daño hacia alguna persona.
 - Por otros motivos.
- *Investigación:* Podemos utilizar la información sobre su salud para investigación. Le pediremos su autorización antes de hacerlo. Nos aseguraremos de que nadie sepa que se trata de su información de salud.
- *Supervisión:* Agencias federales o estatales pueden controlarnos para asegurarse de que sus médicos y nosotros estamos haciendo un buen trabajo. Cuando estas agencias realizan estos controles, es posible que nos soliciten información sobre nuestros miembros y debemos permitirles ver esa información.
- *Controversias:* Quizá debamos divulgar la información sobre su salud si se exige con motivo de un juicio o una controversia legal.

Información sobre drogas o alcohol: Es posible que tengamos información sobre tratamientos del alcoholismo o de la adicción a las drogas a los que se haya sometido. No compartiremos esta información con otras personas sin su consentimiento, a menos que se necesite en una emergencia médica o lo exija la ley o un tribunal.

Usos de su información: Al inscribirse en nuestro plan, nos autoriza a utilizar la información sobre su salud para los fines descritos en esta carta.

¿Cuáles son sus derechos?

Derecho a consultar la información sobre su salud:

- Usted tiene derecho a ver su información de salud y a obtener una copia de ella. Para hacerlo, escríbanos a la dirección que se encuentra al pie de esta carta.
- Puede solicitar sus registros médicos. Comuníquese con el consultorio de su médico o con el centro de atención de salud donde recibió tratamiento para obtener una copia de estos registros.

Derecho a pedir cambios en la información sobre su salud:

- Si al consultar su información de salud advierte que algo no es correcto, puede solicitarnos que lo cambiemos.
- Para hacerlo, escríbanos a la dirección que se encuentra al pie de esta carta. Debe indicarnos con claridad el cambio que desea realizar.

Derecho a obtener una lista de las personas o grupos que tienen una copia de la información sobre su salud:

- Usted tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos a quienes entregamos su información de salud.
- Si desea obtener esa lista, escríbanos a la dirección que se encuentra al pie de esta carta.

Derecho a solicitar una manera segura de estar en contacto con usted:

- Si considera que la manera en la que nos mantenemos en contacto con usted no es segura, háganoslo saber. Intentaremos contactarnos de una manera más privada.

Derecho a pedir una atención especial para la información sobre su salud:

- Es posible que utilicemos su información de salud de las maneras indicadas en esta carta.
- Usted puede pedirnos que no utilicemos su información de esas maneras.
- No estamos obligados a aceptar, pero lo analizaremos detenidamente.
- Si aceptamos la manera en la que usted nos solicita que utilicemos su información de salud, se lo informaremos.
- Si desea pedir ese cambio, escríbanos a la dirección que se encuentra al pie de esta carta.

Derecho a obtener una copia impresa de esta carta:

- Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de esta carta.
- Para obtenerla, visite nuestro sitio en Internet en **www.aetnabetterhealth.com**.
- También puede solicitar una copia. Escríbanos a la dirección que se encuentra al pie de esta carta. Le enviaremos una copia por correo postal.

¿Cambiamos esta carta?

Por ley, debemos mantener la privacidad de la información sobre su salud. Debemos cumplir con lo que decimos en esta carta; pero también tenemos derecho de cambiarla. Si la cambiamos, los cambios se aplican a toda la información que tenemos o que tendremos en el futuro sobre usted. Puede obtener una copia de la carta más actualizada en nuestro sitio en Internet en **www.aetnabetterhealth.com**.

¿Y si tiene preguntas?

Si tiene preguntas, llámenos al número gratuito 1-800-306-8612 (Tarrant) or 1-800-248-7767 (Bexar). También puede escribirnos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health
PO Box 569150
Dallas, TX 75356-9150

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, tal y como se explican en este aviso, puede presentar su queja ante Aetna Better Health o ante el secretario de Salud y Servicios Humanos a través de la Office of Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles). Para presentar una queja, llame a Servicios al Cliente al 1-800-306-8612 (Tarrant) or 1-800-248-7767 (Bexar) o bien al oficial de Privacidad de Aetna Better Health.

Tenga en cuenta que no tomaremos ninguna acción en su contra por presentar una queja. Es uno de sus derechos. Si la investigación que llevamos adelante de su queja confirma que efectivamente alguno de nuestros empleados o

contratistas violó su privacidad, tomaremos medidas disciplinarias contra el empleado o contratista que haya causado tal violación.

Acerca de su plan

Como miembro de Aetna Better Health, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los trámites de queja, apelación y audiencia imparcial.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
 - El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia.
 - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local.
 - Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
 - Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia.
 - Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta.
- Las guías prácticas de Aetna Better Health.

Tabla de contenidos

NÚMEROS IMPORTANTES	I
SERVICIOS PARA MIEMBROS.....	III
AVISO DE PRIVACIDAD DE AETNA BETTER HEALTH	IV
ACERCA DE SU PLAN.....	VI
SU MANUAL PARA MIEMBROS DE STAR.....	1
CÓMO FUNCIONA SU PLAN DE AETNA BETTER HEALTH.....	1
INFORMACIÓN SOBRE PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO	5
INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	7
INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE SALUD	7
BENEFICIOS.....	8
ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS.....	11
SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS	15
MEDICAMENTOS	16
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	18
MANEJO DE CASOS PARA NIÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS.....	19
SERVICIOS PARA LA VISIÓN.....	19
SERVICIOS DENTALES.....	20
CHEQUEOS DEL PROGRAMA PASOS SANOS DE TEXAS	20
SERVICIOS DE TRANSPORTE.....	22
SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN.....	22
SALUD DE LA MUJER.....	23
OTROS SERVICIOS PARA MIEMBROS.....	24
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO.....	26
SEGURIDAD DE LOS MIEMBROS.....	28
TRÁMITE DE QUEJA	28
TRÁMITE DE APELACIÓN	29
TRÁMITE DE APELACIÓN ACELERADA	31
INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE	32
NOTIFICACIÓN ANUAL.....	33
SUBROGACIÓN	34
CLÍNICAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR CONDADO.....	35

Su Manual para miembros de STAR

Este manual es una guía para ayudarlo a entender su plan de Aetna Better Health.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o sobre qué está cubierto, consulte la sección de beneficios de este manual.

Si no puede encontrar la respuesta a su(s) pregunta(s) en este manual, utilice nuestro sitio en Internet, www.aetnamedicaid.com, o llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación. Lo ayudaremos con gusto. Para obtener más detalles sobre Servicios para Miembros, consulte la página ii.

Consejos para miembros

1. Conserve este manual para usar en el futuro.
2. Escriba su(s) número(s) de identificación en el frente de este manual o en otro lugar seguro.
3. Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación.
4. Mantenga el nombre y el número de su proveedor de cuidado primario cerca del teléfono.
5. Use la sala de emergencias del hospital (ER) solo para emergencias.

Cómo funciona su plan de Aetna Better Health

Información básica

- Usted elige a su proveedor de cuidado primario (PCP) de nuestra amplia lista de proveedores. Usted puede elegir un proveedor de cuidado primario diferente para cada miembro cubierto de su familia.
- Vaya al proveedor de cuidado primario para que le brinde atención preventiva y de rutina.
- Su proveedor de cuidado primario lo enviará a un especialista o coordinará la precertificación para atención cuando sea necesario.
- Usted tiene cobertura en caso de emergencias.
- Generalmente, no hay formularios de reclamos ni facturación de saldos.


Tarjeta de identificación del plan de salud

Cuando se inscribe en Aetna Better Health, nosotros le otorgamos una tarjeta de identificación (ID). La tarjeta de identificación incluye el nombre y los números de teléfono de su proveedor de cuidado primario. En el reverso de la tarjeta de identificación, figuran números de teléfono importantes para que usted llame si necesita ayuda. Asegúrese de que su información en la tarjeta de identificación sea correcta.

Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación cuando visite al doctor. La necesitará para recibir atención médica. Debe presentarla cada vez que obtenga servicios.

Usted no recibirá una nueva tarjeta de identificación (ID) de Aetna todos los meses. Si nos llama para cambiar su proveedor de cuidado primario, recibirá una tarjeta de identificación nueva. Si perdió su tarjeta de identificación o se la robaron, llámenos de inmediato para que podamos enviarle otra.

Su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

 Aetna Better Health	TEXAS STAR PROGRAM Your Health Plan ■ Your Choice Medicaid
Attention Doctor/Hospital—You Must Call 1-800-306-8612 For Precertification Or Case Management	

Member Services / Servicios para Miembros: **1-800-306-8612**
Behavioral Health/Salud Mental: **1-800-306-8612**
24 hours / 7 days per week /
24 horas del día/seis días de la semana

Pharmacy Coverage
RxSN 61008
RxPON ADV
RxGRP Rx808

Infomed Health Line/ Línea de salud informada: **1-800-536-1555**
Block Vision of Texas, Inc. Services line / Línea de Servicios para
Miembros de Block Vision of Texas, Inc.: **1-800-679-6991**
Relay Texas TTY: **1-800-735-2609**

**Pharmacy Use Only
1-877-874-3257**

MEMBER NAME:

MEDICAD ID:

EFF. DATE:

PCP:

PCP TEL:

PCP EFFECTIVE DATE:

Carry this card with you and present it at time of service.

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.

**In case of an
emergency,
please call 911**

For additional information regarding emergency services, please refer to your member handbook.

Mail claims to this address:
Claims Processing Center
P.O. Box 68938
Phoenix, AZ 85062
Paper ID: 30692

MEMBER NOMBRE:

MEDICAD NÚM:

EFFECTIVO:

PCP:

TELÉFONO DEL PCP:

FECHA DE EFECTIVIDAD DEL PCP:

Lleve esta tarjeta con usted y preséntela antes de recibir servicios.

Instrucciones en caso de emergencia

En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su tipo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

**En caso de una
emergencia,
por favor llame
al 911**

Para más información sobre servicios de emergencia, aver de referirse al Manual para Miembros.

Envíe reclamos a este dirección:
Claims Processing Center
P.O. Box 68938
Phoenix, AZ 85062
Paper ID: 30692

La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits

Cuando lo aprueban para recibir Medicaid, usted recibirá una tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de identificación de Medicaid de todos los días. Debe llevarla y protegerla como lo haría con la licencia de manejar o una tarjeta de crédito. La tarjeta tiene una cinta magnética con su número de identificación de Medicaid. El doctor puede usar la tarjeta para saber si usted tiene beneficios de Medicaid cuando vaya a una cita.

Usted recibirá una nueva tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits cada vez que cambie de plan de salud.

Si no está seguro de que tiene cobertura de Medicaid, puede llamar gratis al 1-800-252-8263 para saberlo. También puede llamar al 211. Primero, escoja un idioma y después escoja la opción 2.

Su historia médica es una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted recibió por medio de Medicaid. La divulgamos a los doctores de Medicaid para ayudarles a decidir qué atención médica necesita usted. Si no quiere que los doctores vean su historia médica por medio de una red segura en Internet, llame gratis al 1-800-252-8263.

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

- Su nombre y número de identificación de Medicaid.
- El nombre del programa de Medicaid en que está inscrito si recibe los servicios de Medicaid por medio de un plan de salud. Esto será STAR, STAR Health o STAR+PLUS.
- La fecha en que la HHSC hizo la tarjeta para usted.
- La información que la farmacia necesita para cobrar a Medicaid.
- El nombre y teléfono del plan de salud en que está inscrito.
- El nombre de su doctor y de su farmacia si está en el Programa Limitado de Medicaid.

El dorso de la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits tiene un sitio web al que puede ir (www.yourtexasbenefits.com) y un número de teléfono al que puede llamar (1-800-252-8263) si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si se le olvida la tarjeta, el doctor, dentista o farmacéutico puede usar el teléfono o Internet para asegurarse de que usted recibe beneficios de Medicaid.

Si pierde la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits, puede obtener una nueva llamando gratis al 1-855-827-3748.

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

Medicaid también posee una tarjeta de identificación temporal llamada Formulario 1027-A. Usted recibirá esta tarjeta por correo cuando haya perdido o le hayan robado su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits. La tarjeta temporal de Medicaid proporciona información para proveedores sobre usted y los servicios que puede recibir para el período de tiempo mencionado en el Formulario 1027-A.

Asegúrese de leer el reverso de su Formulario 1027-A. El reverso de su tarjeta proporciona información sobre cómo y cuándo utilizarla. Hay una casilla que posee información específica para proveedores.

Usted **debe** llevar su Formulario 1027-A y su tarjeta de identificación (ID) del plan de salud con usted cuando recibe cualquier servicio de atención médica. Usted tendrá que mostrar estas tarjetas cada vez que necesite los servicios. Usted puede utilizar su tarjeta de identificación temporal hasta que reciba la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits.



Medicaid Eligibility Verification
Confirmación de elegibilidad para
Medicaid

	Name of doctor/Nombre del doctor	Name of Pharmacy/Nombre de la farmacia
--	---	---

THIS FORM DOES NOT AUTHORIZE MEDICAID COVERAGE. PLEASE VERIFY ELIGIBILITY PRIOR TO PROVIDING SERVICES.
ESTE FORMULARIO NO AUTORIZA LA COBERTURA DE MEDICAID. VERIFIQUE LA ELEGIBILIDAD ANTES DE PRESTAR SERVICIOS.

Cada persona mencionada a continuación ha solicitado los **BENEFICIOS DE MEDICAID** para las fechas indicadas a continuación, pero todavía no ha recibido un número de cliente. No presente un reclamo antes de recibir su número de cliente. Los farmacéuticos tienen 90 días desde la fecha de emisión del número para presentar los reclamos en limpio. Sin embargo, consulte el manual de proveedores, porque otros proveedores pueden tener fechas límite de presentación diferentes. Llame al trabajador de elegibilidad que se encuentra mencionado abajo si no ha recibido el/los número(s) de cliente dentro de los 15 días.

El formulario de identificación de Medicaid está perdido o se ha retrasado. El número de cliente debe aparecer en todos los reclamos por servicios de salud.

Fecha de elegibilidad verificada	Método de verificación
	<input type="checkbox"/> Solicitud directa SAVERR <input type="checkbox"/> Procedimiento regional <input type="checkbox"/> Integridad de los datos (solo personal de A&D)

BIN 610098

CLIENT NAME NOMBRE DEL CLIENTE	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	CLIENT NO. NÚM. DE CLIENTE	ELIGIBILITY DATES PERIODO DE ELEGIBILIDAD		MEDICARE CLAIM NO. NÚM. DE SOLICITUD DE PAGO DE MEDICARE	STAR/STAR+PLUS HEALTH PLAN INFORMATION INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD STAR/STAR+PLUS Plan Name and Member Services Toll-Free Telephone No. Nombre del plan y teléfono gratuito de Servicios para Miembros
			From/Desde	Through/Hasta		

I hereby certify, under penalty of perjury and/or fraud, that the above client(s) have lost, have not received, or have no access to Medicaid Identification (Your Texas Benefits Medicaid Card). I have requested and received Form 1027-A, Medicaid Eligibility Verification. I understand that using this form to obtain Medicaid benefits (services or supplies) for people not listed above is fraud and is punishable by fine and/or imprisonment.

CAUTION: If you accept Medicaid benefits (services or supplies), you give and assign to the state of Texas your right to receive payments for those services or supplies from other insurance companies and other liable sources, up to the amount needed to cover what Medicaid spent.

Por este medio certifico, bajo pena de perjurio o fraude, que los clientes nombrados arriba hemos perdido, no hemos recibido o por otra razón no tenemos en nuestro poder la tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits, Identificación de Medicaid del mes actual. Solicité y recibí este Formulario 1027-A, Confirmación de elegibilidad para Medicaid. Comprendo que usar esta confirmación para obtener beneficios (servicios o artículos) de Medicaid para alguna persona no nombrada arriba como beneficiario constituye fraude y se puede castigar con una multa o la cárcel.

ADVERTENCIA: Si usted acepta beneficios de Medicaid (servicios o artículos), otorga y concede al estado de Texas el derecho de recibir pagos por los servicios o artículos de otras compañías de seguros y otras fuentes responsables, hasta completar la cantidad que se requiere para cubrir lo que haya gastado Medicaid.

Signature-Client or Representative/Firma del cliente o representante

Date/Fecha

Office Address and Telephone
No./Oficina y teléfono

Name of Worker (type)/Nombre del trabajador	Trabajador BJN	Firma del trabajador X	Fecha
Name of Supervisor* (type)/Nombre del supervisor*	Supervisor* BJN	Firma del supervisor X	Fecha

or Authorized Lead Worker/ o trabajador encargado

Formulario 1027-A
Página 2/10-2004

Medicaid clients do not have to pay bills which Medicaid should pay. It is very important that you tell your doctor, hospital, drugstore, and other health care providers right away that you have Medicaid. If you do not tell them that you have Medicaid, you may have to pay these bills. If you get a bill from a doctor, hospital, or other health care provider, ask the provider why they are billing you. If you still get a bill, call the Medicaid hotline at 1-800-252-8263 for help. If Medicaid will not pay the bill or if Medicaid benefits (services and supplies) are denied, you may request a fair hearing by writing to the address or calling the telephone number listed on the letter you get.

NOTE: Family planning clinics and other providers give free physical exams, lab tests, birth control methods (including sterilization) and contraceptive counseling.

El cliente de Medicaid no tiene que pagar cuentas médicas que Medicaid debe pagar. Es muy importante que usted avise inmediatamente a su doctor, al hospital, a la farmacia y a otros proveedores de servicios médicos que usted tiene Medicaid. Si no les dice que tiene Medicaid, es posible que usted tenga que pagar estas cuentas. Si usted recibe una cuenta de un doctor, un hospital u otro proveedor de servicios médicos, pregunte por qué le mandaron la cuenta. Si de todas maneras recibe una cuenta, llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-252-8263 para pedir ayuda. Si Medicaid no va a pagar la cuenta o si se niegan los beneficios de Medicaid (los servicios o los artículos), usted puede pedir una audiencia imparcial escribiendo a la dirección o llamando al número de teléfono que aparecen en la carta que recibió.

NOTA: Las clínicas de planificación familiar y otros proveedores ofrecen exámenes físicos, análisis de laboratorio, métodos anticonceptivos (inclusive la esterilización) y orientación sobre los anticonceptivos, gratis.

Provider Information/Información para el proveedor

Este formulario no autoriza la cobertura de Medicaid. Verifique la elegibilidad antes de prestar servicios.

TENGA EN CUENTA: Está disponible el pago por servicios de planificación familiar sin el consentimiento del padre, de la madre o del cónyuge del cliente. Se requiere confidencialidad. Los medicamentos, suministros y servicios de planificación familiar están exentos de las restricciones y limitaciones de los medicamentos con receta.

Definiciones de los términos que pueden aparecer en este formulario:

LIMITADO: Excepto para servicios de planificación familiar y para el programa Pasos Sanos de Texas (Texas Health Steps, EPSDT), exámenes médicos, servicios dentales y de audífonos, el cliente está limitado a ver al doctor o a usar la farmacia que aparece en el formulario para medicamentos obtenidos a través del Programa de Proveedores de Medicamentos (Vendor Drug Program). En caso de un padecimiento médico de emergencia como se define a continuación, no se aplica la restricción "LIMITADO".

EMERGENCIA: El cliente está limitado a recibir cobertura por un padecimiento médico de emergencia. Es decir, un padecimiento médico (incluido el trabajo de parto y parto de emergencia) que se manifiesta mediante síntomas agudos lo suficientemente graves (que incluyen dolor severo) como para que una persona prudente no especializada (con un nivel de conocimiento promedio sobre los servicios de salud y medicina) pueda esperar que la falta de atención médica inmediata pueda (1) poner en grave peligro la salud del paciente, (2) ocasionar deterioro grave en las funciones del cuerpo, o (3) provocar disfunciones graves en cualquier órgano o parte del cuerpo.

HOSPICIO: El cliente se encuentra en un hospicio y renuncia al derecho de recibir servicios relacionados con la enfermedad terminal a través de otros programas Medicaid. Si un cliente reclama haber cancelado el hospicio, llame a la agencia de hospicio local o al Departamento de Servicios a los Ancianos y Discapacitados (Texas Department of Aging and Disability Services) para verificar.

QMB (Beneficiario calificado de Medicare): La agencia Medicaid provee cobertura de las primas de Medicaid, el deducible y las responsabilidades del coseguro, pero el cliente no es elegible para beneficios regulares de Medicaid.

MQMB (Beneficiario de Medicare elegible para Medicaid): La agencia Medicaid provee cobertura regular de Medicaid así como también cobertura de primas de Medicaid, de deducibles y las responsabilidades del coseguro.

PE (Elegibilidad Presunta): Medicaid cubre solo planificación familiar y servicios para pacientes externos médicamente necesarios.

PLAN DE SALUD STAR/STAR + PLUS: El cliente está inscrito en el programa de atención médica administrada de Medicaid y está asignado al plan de salud mencionado en el formulario.

NOTE TO PHARMACY/NOTA PARA LA FARMACIA: Medicaid pagará más de tres recetas por mes a cualquier cliente de Medicaid menor de 21 años de edad, o que viva en un centro de enfermería, o posea el Plan de salud STAR/STAR + PLUS, o reciba servicios a través de los Servicios de Apoyo y Asistencia a la Vida en Comunidad, (Community Living Assistance and Support Services, CLASS), Alternativas Basadas en la Comunidad, (Community Based Alternatives, CBA) y otros programas comunitarios de renuncia que no pertenecen al Ingreso de Seguro Suplementario (SSI). Los clientes con Medicare que están inscritos en STAR + PLUS pueden estar limitados a tres recetas por mes. Comuníquese con el servicio de asistencia para resolución de farmacia (Pharmacy Resolution Help Desk) al 1-800-435-4165 para solicitar información.

Información sobre proveedores de cuidado primario

Función de los proveedores de cuidado primario

¿Qué es un proveedor de cuidado primario (PCP)?

El proveedor de cuidado primario es su proveedor de atención médica primaria. Su proveedor de cuidado primario le brindará u organizará toda la atención médica que usted necesita. Su proveedor de cuidado primario puede ocuparse de los problemas médicos de rutina. En ocasiones, usted puede tener un problema que necesita ser tratado por un especialista. El proveedor de cuidado primario puede hacer los arreglos necesarios para que usted visite al especialista adecuado. El proveedor de cuidado primario, con un envío, lo autorizará para que usted vea al especialista y le dirá cómo programar una cita. Su proveedor de cuidado primario puede hacer los arreglos necesarios en caso de que tenga que ser admitido en un hospital.

Nuestro objetivo es su buena salud. Lo alentamos a que visite a su proveedor de cuidado primario dentro de los próximos sesenta (60) días, o lo antes posible, para obtener servicios de atención preventiva. Esto ayudará a que su doctor lo conozca y pueda planificar sus necesidades futuras de atención médica. Empezar con las visitas al doctor también puede ayudar a prevenir demoras en la atención cuando usted está enfermo.

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

Elección de su proveedor de cuidado primario

¿Puede una clínica ser mi proveedor de cuidado primario?

Si usted está recibiendo servicios de atención médica en una clínica y desea seguir concurrendo a ese centro, elija uno de los doctores de la clínica como su proveedor de cuidado primario. El proveedor de cuidado primario que usted elija tiene que estar en nuestro *Directorio de proveedores*.

Algunos de los proveedores que también puede elegir como proveedor de cuidado primario son los siguientes: doctores de familia; pediatras (para niños); ginecoobstetras (doctores para mujeres); doctores generales (GP); practicantes de enfermería avanzada (ANP); centros de salud aprobados por el gobierno federal (FQHC) y centros de salud rural (RHC).

Consulte nuestro *Directorio de proveedores* para obtener más información sobre los proveedores de cuidado primario. Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario que esté en nuestra red de Aetna Better Health. Puede obtener una copia del directorio si visita www.aetnamedicaid.com o si nos llama al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar).

Usted puede continuar viendo a su proveedor de cuidado primario, si el proveedor de cuidado primario se encuentra en nuestro *Directorio de proveedores*. En algunas circunstancias, podríamos permitir que un especialista sea su proveedor de cuidado primario.

Visita a su proveedor de cuidado primario

¿Qué necesito llevar a la cita con mi doctor?

Cuando vaya a una cita con su doctor, usted debe llevar los siguientes elementos:

- La tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits o su Formulario 1027A.
- La tarjeta de identificación de Aetna Better Health.
- Registros de vacunas.
- Papel para tomar notas de la información que recibe del doctor.

¿Qué sucede si elijo ir a otro doctor que no sea mi proveedor de cuidado primario?

Deberá acudir a su proveedor de cuidado primario para la mayoría de los servicios de atención médica, de lo contrario es probable que tenga que pagar esos servicios.

¿Qué tipo de atención no requiere que visite en primer lugar al proveedor de cuidado primario?

Usted no necesita acudir en primer lugar a su proveedor de cuidado primario para los siguientes tipos de atención:

- emergencias;
- obstetricia y ginecología;
- salud mental y abuso de sustancias;
- planificación familiar;
- cuidado rutinario de ojos;
- chequeos médicos y dentales del programa Pasos Sanos de Texas.

Para obtener más detalles, visite nuestro sitio en Internet, www.aetnamedicaid.com, o llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

¿Cómo puedo cambiar de proveedor de cuidado primario?

Usted puede cambiar su proveedor de cuidado primario llamándonos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación. Para obtener una lista de doctores y clínicas, consulte nuestro *Directorio de proveedores*. Puede consultarlo en línea, en www.aetnamedicaid.com.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de cuidado primario, o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamándonos gratis al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar), o escribiendo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health

Attention: Aetna Better Health Member Services
PO Box 569150
Dallas, TX 75356-9150

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de proveedor de cuidado primario?

Si cambia su proveedor de cuidado primario, recibirá una tarjeta de identificación nueva. En la nueva tarjeta de identificación, usted podrá encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono del nuevo proveedor de cuidado primario y la fecha en que entrará en vigencia el cambio de proveedor de cuidado primario. El cambio de proveedor de cuidado primario entrará en vigencia el mismo día de su comunicación con Servicios para Miembros para realizar el cambio.

¿Existe alguna razón por la cual una solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario puede ser rechazada?

En algunos casos, la solicitud de cambio de su proveedor de cuidado primario puede ser rechazada. Su solicitud puede ser rechazada si:

- El proveedor de cuidado primario que eligió no acepta nuevos pacientes.
- El proveedor de cuidado primario que usted eligió ya no forma parte de Aetna Better Health.

¿Puede un proveedor de cuidado primario enviarme a otro proveedor de cuidado primario por incumplimiento?

Su proveedor de cuidado primario puede solicitar que usted elija un nuevo proveedor de cuidado primario por las siguientes razones:

- Usted falta a menudo a sus citas y no llama a su proveedor de cuidado primario para avisarle.
- Usted no sigue los consejos de su proveedor de cuidado primario.

¿Qué pasa si mi proveedor de cuidado primario deja la red de Aetna Better Health?

Si su doctor abandona la red de Aetna Better Health, le enviaremos una carta en la que le informaremos qué nuevo proveedor de cuidado primario hemos elegido para usted. Si usted no está conforme con el nuevo proveedor de cuidado primario, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación para informarnos qué proveedor de cuidado primario usted desea. Si usted está recibiendo tratamiento médicamente necesario, puede mantener su doctor, siempre y cuando el doctor desee continuar brindándole atención. Si encontramos un nuevo proveedor de cuidado primario en nuestra lista que pueda brindarle el mismo tipo de atención, cambiaremos su proveedor de cuidado primario.

Atención en horas no laborables

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

Si usted se enferma durante la noche o el fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario u otro doctor puede ayudar por teléfono, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a Informed Health[®] Line al 1-800-556-1555, las 24 horas del día, para hablar con una enfermera registrada que puede ayudarlo a tomar decisiones.

Información sobre el plan de incentivos para doctores

Un plan de incentivos para doctores premia a los doctores cuyos tratamientos reducen o limitan los servicios prestados a las personas cubiertas por Medicaid. En este momento, Aetna Better Health no tiene un plan de incentivos para doctores.

Información sobre el plan de salud

Cambio de su plan de salud

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud? ¿A quién llamo?

Si usted **no** está en el hospital, puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda del Programa Texas STAR al 1-800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar el plan de salud?

Puede cambiar de plan todas las veces que quiera, pero no más de una vez por mes. Si usted **está** en el hospital, **no** podrá cambiar de plan de salud hasta que le hayan dado el alta.

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

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

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

Baja de su plan de salud

¿Puede Aetna Better Health solicitar mi baja de su plan por incumplimiento?

Pueden darle de baja de nuestro plan si:

- Usted se muda fuera del área de servicio.
- Usted utiliza continuamente una sala de emergencias (ER) cuando no tiene una emergencia.
- Usted visita a otro doctor o clínica sin obtener primero la autorización de su proveedor de cuidado primario.
- Usted o sus hijos presentan patrones de comportamiento problemáticos o abusivos que no se relacionan con un padecimiento médico.
- Usted falta a muchas citas sin avisar a su doctor.
- Usted permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación.
- A menudo, usted no sigue los consejos de su doctor.

Beneficios

Beneficios de atención médica

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica?

Aquí le presentamos una lista de los servicios a los que puede tener acceso. Usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario para informarse sobre los servicios médicos. Por favor, siga los consejos de su proveedor de cuidado primario. Él es responsable de coordinar toda su atención.

- Atención médica necesaria para adultos y niños
- Vacunas para prevenir enfermedades.
- Servicios de quiropráctico.
- Podiatras (doctores especialistas en pies).
- Servicios de laboratorio y radiografías.
- Cirugía para pacientes externos (sin estadía en el hospital).
- Atención en hospital y atención para pacientes externos.
- Atención de maternidad y para recién nacidos.
- Línea de ayuda de enfermeras las 24 horas del día.
- Atención de emergencia en sala de emergencias las 24 horas del día.
- Servicios de oftalmología (incluye anteojos y lentes de contacto, si son médicamente necesarios).
- Servicios de audición y audífonos.
- Servicios de agencia de atención domiciliaria.
- Ambulancias (solo para emergencias).
- Diálisis para problemas renales.
- Trasplante de órganos principales.
- chequeos médicos y dentales del programa Pasos Sanos de Texas.
- Examen físico anual para adultos.
- Terapia física, ocupacional y del habla.
- Servicios y suministros de planificación familiar.
- Tratamiento para el HIV y enfermedades de transmisión sexual.
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias (como consejería y tratamiento).
- Asistencia para el abuso de sustancias (como el abuso de alcohol o drogas).
- Suministros para diabéticos.
- Clases de educación para la salud.
- Transporte a citas médicas a través del programa de transporte médico (Medical Transportation Program).

Los servicios que se cubren para miembros desde el nacimiento hasta los 20 años de edad pueden ser diferentes a los que se cubren para miembros a partir de los 21 años de edad.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Usted debe consultar a su proveedor de cuidado primario para informarse sobre los servicios médicos. Para saber cómo obtener estos u otros servicios, visite el sitio en Internet (www.aetnamedicaid.com) o llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación.

¿Existen limitaciones para alguno de los servicios cubiertos?

Algunos servicios pueden tener limitaciones. Llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación para obtener más información.

¿Qué servicios no están cubiertos?

Aetna Better Health no cubre todos los servicios de atención médica. La siguiente es una lista de servicios que no están cubiertos:

- Curación espiritual.
- Acupuntura.
- Cirugía cosmética.

- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario.
- Cualquier servicio que su proveedor de cuidado primario no apruebe, salvo los chequeos médicos y dentales del programa Pasos Sanos de Texas, los exámenes rutinarios de la vista y la audición, la atención de obstetricia/ginecología, los servicios de salud mental y abuso de sustancias, y los servicios de emergencia.

Si acepta recibir servicios que no están cubiertos o aprobados, es probable que usted deba pagarlos.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos?

Aetna Better Health cubre todos los medicamentos con receta aprobados por el programa estatal Medicaid. Para ver una lista de los medicamentos cubiertos, vaya al sitio en Internet www.aetnamedicaid.com o llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Beneficios adicionales

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

Los miembros de Aetna Better Health reciben los siguientes servicios de valor agregado y beneficios suplementarios:

Servicios de valor agregado

- Informed Health Line (línea de salud informada): 1-800-556-1555. Puede hablar con una enfermera las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La enfermera puede responderle preguntas y ayudarlo a tomar decisiones relacionadas con sus necesidades de salud. Solo su doctor puede darle consejos médicos o medicamentos. Las enfermeras de Informed Health pueden brindarle información referida a más de 5,000 temas de salud. Comuníquese en primer lugar con su doctor si tiene preguntas o inquietudes acerca de sus necesidades de atención médica.
- Programa de descuentos Vital Savings by AetnaSM, 1-888-238-4825, *(solo miembros mayores de 21 años)*: Puede obtener descuentos en servicios dentales de los proveedores dentales que participan en nuestra red. Recibirá un paquete por correo con una tarjeta de identificación de Vital Savings. Deberá mostrar la tarjeta de Vital Savings cuando vaya al consultorio de un dentista participante. Usted pagará una tarifa con descuento directamente al dentista en el momento del servicio. **USTED DEBERÁ PAGAR LOS SERVICIOS O PRODUCTOS, PERO TENDRÁ UN DESCUENTO DE LOS PROVEEDORES QUE TENGAN CONTRATO CON LA ORGANIZACIÓN QUE OFRECE PLANES CON DESCUENTOS MÉDICOS (AETNA LIFE INSURANCE COMPANY)**. Para obtener una lista de los dentistas participantes, puede llamar al número de teléfono que figura arriba o ir a nuestro sitio en Internet, www.aetnamedicaid.com. Este programa también le brinda tarifas con descuento en membresías de gimnasios, equipos para hacer ejercicio, atención de quiropráctico, acupuntura, asesoramiento en nutrición y vitaminas. Llame a Vital Savings para saber más sobre los descuentos que se ofrecen.
- Exámenes físicos para la práctica de deportes: Los miembros de Aetna Better Health de hasta 19 años de edad pueden obtener un examen físico para la práctica de deportes por año.
- Programa para dejar de fumar: Aetna ofrecerá beneficios para dejar de fumar, incluida la evaluación y el asesoramiento, para los miembros de Medicaid de 12 años de edad y mayores. Se ofrecerán productos de reemplazo de la nicotina a los miembros de Medicaid de 18 años de edad y mayores solo si los receta un doctor.
- Programa de control de peso: Aetna ofrecerá programas de control de peso, incluido el asesoramiento familiar con un nutricionista o dietista, para miembros no embarazadas de 12 a 19 años de edad.
- Programa de lentes de contacto: Aetna ofrecerá a los miembros de 12 a 18 años de edad un beneficio para lentes de contacto, que incluye un examen de adaptación, con beneficios adicionales que se aplicarán a la compra de lentes de contacto para corregir la visión.
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias, hospitalización parcial y tratamiento diurno extendido (solo miembros menores de 21 años de edad): Por lo menos 4 horas al día y 3 días a la semana, los miembros recibirán servicios planificados y estructurados como alternativa para un nivel de atención más restrictiva, como la que se brinda en un hospital. El monto, la duración y la cantidad del servicio que recibirá el miembro se basará en la necesidad médica que el plan de salud determine.

- Servicios de salud mental y abuso de sustancias, tratamiento diurno intensivo para pacientes externos (solo miembros mayores de 21 años): Por lo menos 2 horas al día y 3 días a la semana, los miembros recibirán servicios planificados y estructurados como alternativa para un nivel de atención más restrictiva, como la que se brinda en un hospital. La duración e intensidad del servicio prestado al miembro se basará en la necesidad médica, según lo determine el plan de salud.
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias, residencial (solo miembros mayores de 21 años): Para miembros con problemas mentales o de abuso de sustancias a largo plazo o graves que requieran 24 horas de atención, si otros programas de la comunidad no la brindan. Los servicios pueden recibirse en centros residenciales de tratamiento. La duración e intensidad del servicio prestado al miembro se basará en la necesidad médica, según lo determine el plan de salud.

Beneficios suplementarios

- Boletín informativo gratuito para miembros: Recibirá por correo un boletín con información sobre temas de salud para ayudarlo.
- Manejo de casos y manejo de enfermedades: Enfermeras le brindarán información sobre inquietudes relacionadas con su salud y ayudarán a coordinar servicios para aquellos miembros que tienen enfermedades crónicas o complejas.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?

Usted no tiene que ir a su proveedor de cuidado primario para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, visite nuestro sitio en Internet (www.aetnamedicaid.org) o llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación.

¿Hay clases de educación para la salud disponibles para los miembros?

Trabajamos en equipo con nuestros socios comunitarios para poner a disposición de padres y niños clases gratuitas o de bajo costo. Algunos temas de salud incluyen los siguientes:

Seguridad en los asientos del automóvil	Seguridad contra intoxicación
Concientización sobre alcohol y drogas	Atención prenatal
Vacunas	Enfermedades de transmisión sexual
Mortalidad infantil	Ayuda para dejar de fumar
Nutrición	Prevención de embarazos en adolescentes
Salud oral	Concientización sobre la visión
Bienestar físico	Manejo de peso

Llámenos si desea obtener más información. Por favor, consulte con su proveedor antes de comenzar un nuevo programa de salud o bienestar.

¿Qué otros servicios puede Aetna Better Health ayudarme a obtener (servicios que no sean por cápita)?

Además de los servicios nombrados en la sección de beneficios, usted puede recibir algunos de los siguientes servicios y programas:

- Manejo de casos de salud mental específicos del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS).
- Servicios de salud mental del DSHS.
- Manejo de casos para niños y mujeres embarazadas del DSHS.
- Manejo de casos para ciegos de los Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARS).
- Servicios para la tuberculosis (TB) ofrecidos por proveedores aprobados por el DSHS.

- Servicios de hospicio del Departamento de Servicios a los Ancianos y Discapacitados (DADS).
- Programa de transporte médico.
- Programa de Nutrición Suplementaria Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC).

Los servicios adicionales disponibles para miembros menores de 20 años de edad incluyen lo siguiente:

- Servicios dentales del programa Pasos Sanos de Texas, incluidos los aparatos de ortodoncia. (Estos servicios están disponibles si son médicamente necesarios y no incluyen los servicios dentales que se prestan principalmente con fines cosméticos).
- Programa de Intervención a Edad Temprana en la Infancia (ECI).
- Programa de Salud Escolar y Servicios Relacionados de Texas (SHARS)

Usted no tiene que ir a su proveedor de cuidado primario para obtener estos servicios. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Atención médica y otros servicios

Atención médica de rutina

¿Qué es la atención médica de rutina?

¿Cuánto debo esperar para ser atendido por un doctor u otro profesional médico?

La atención de rutina es aquella atención que no es de emergencia ni de urgencia y que es proporcionada por su proveedor de cuidado primario u otros proveedores de atención médica.

Su “hogar médico” es el proveedor de cuidado primario que usted eligió y que lo ayudará con toda su atención médica. Su proveedor de cuidado primario le hará chequeos periódicos y lo tratará cuando sea necesario. Su proveedor de cuidado primario le indicará medicamentos con receta y suministros médicos. También lo enviará a un especialista si es necesario. El proveedor de cuidado primario puede ser un especialista si así ha sido determinado por su proveedor de cuidado primario y Aetna Better Health. Es importante que usted siga los consejos de su proveedor de cuidado primario participe de las decisiones sobre su atención médica.

Cuando necesite atención, llame al número de teléfono de su proveedor de cuidado primario que se encuentra en su tarjeta de identificación (ID). En el consultorio del doctor o en la clínica le darán una cita. Es muy importante asistir a sus citas. Si no puede ir a su cita, comuníquese con su doctor para avisarle. Su proveedor de cuidado primario debería poder verlo dentro de las dos (2) semanas posteriores a haber solicitado una cita para atención de rutina o dentro de las ocho (8) semanas posteriores a haber solicitado una cita para un chequeo físico o de bienestar.

Atención médica de urgencia

¿Qué es la atención médica de urgencia?

¿Cuánto debo esperar para ser atendido por un doctor u otro profesional médico?

Atención de urgencia se refiere a un problema médico que **no** es una emergencia, incluidos resfríos, tos, cortes pequeños, quemaduras menores o contusiones.

Primero debe llamar a su proveedor de cuidado primario al número que se encuentra en su tarjeta de identificación. Si desea hablar con una enfermera, usted puede llamar a la línea de salud informada, Informed Health Line, al 1-800-556-1555. La enfermera puede ayudarlo a decidir si necesita ir a una sala de emergencias. Muchas enfermedades no necesitan ser tratadas en una sala de emergencias. Un resfrío, tos, cortes pequeños, quemaduras menores o contusiones no son razones para ir a la sala de emergencias. Si necesita atención de urgencia, usted debe ver a su proveedor de cuidado primario dentro de las 24 horas de haber solicitado la atención.

Atención de emergencia

¿Qué es la atención médica de emergencia?

¿Cuánto debo esperar para ser atendido por un doctor u otro profesional médico?

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

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

- poner en grave peligro la salud del paciente;
- ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
- ocasionar disfunción grave de algún órgano vital o parte del cuerpo;
- causar desfiguración grave; o
- en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del feto.

"Padecimiento de salud mental y abuso de sustancias de emergencia" significa cualquier padecimiento, sin importar la naturaleza o causa del padecimiento, que según la opinión de una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina:

- requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; o
- hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

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

Pautas

Usted debe ser atendido el mismo día en caso de necesitar atención de emergencia. Le pedimos que siga las pautas que se detallan a continuación cuando usted crea que necesita atención de emergencia.

- Llame al 911 o a la línea directa de emergencia local, o diríjase al centro de emergencia más cercano. Si considera que una demora no sería perjudicial para su salud, llame al proveedor de cuidado primario. Comuníquese con su proveedor de cuidado primario lo antes posible después de recibir tratamiento.
- Ni bien se haya estabilizado su padecimiento médico, el centro de emergencia debe comunicarse con su proveedor de cuidado primario para obtener información sobre su historia clínica.
- Si es admitido en un centro como paciente interno, usted, un pariente o un amigo en su nombre deben comunicarse con su proveedor de cuidado primario lo antes posible.

Algunas buenas razones para ir a la sala de emergencias son las siguientes:

- Peligro de perder la vida o una extremidad
- Dolores muy fuertes en el pecho
- Intoxicación o sobredosis de medicamentos
- Asfixia o problemas para respirar
- Posibles fracturas
- Diarrea o vómitos que no puede controlar
- Sangrado abundante
- Lesiones o quemaduras graves
- Desvanecimientos
- Imposibilidad repentina de moverse (parálisis)
- Si fue víctima de un ataque violento (violación, robo, puñalada o heridas de bala)

- Si está pensando en lastimarse o lastimar a otras personas
- Si está a punto de dar a luz

¿Qué es la posestabilización?

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

Atención de seguimiento después de una emergencia

Usted puede necesitar atención de seguimiento después de haber estado en la sala de emergencias. En ese caso, programe una cita con su proveedor de cuidado primario. No vuelva a la sala de emergencias (a menos que tenga una emergencia). No vuelva al doctor que lo trató en el hospital, a menos que se lo haya indicado su proveedor de cuidado primario.

Atención dental de emergencia

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

Aetna Better Health cubre servicios limitados dentales de emergencia para lo siguiente:

- Luxación mandibular.
- Traumatismo de los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.
- Tratamiento y aparatos correctivos de anomalías craneofaciales.
- Medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

Aetna Better Health también cubre los servicios dentales que su hijo reciba en un hospital. Esto incluye servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia.

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

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos gratis al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar).

Atención en horas no laborables

¿Con quién me comunico para obtener atención en horas no laborables?

Si el consultorio de su proveedor de cuidado primario está cerrado, y usted se enferma durante la noche o un fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de cuidado primario para que le aconseje qué hacer. Su proveedor de cuidado primario u otro doctor puede ayudar por teléfono, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a la línea de salud informada, Informed Health Line, al 1-800-556-1555 para que la ayuden a decidir qué hacer.

Cómo recibir atención cuando viaja

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

Si usted necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar) y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si usted necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar).

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

Explicación de “precertificación”, “envío” y “medicamente necesario”

¿Qué es la precertificación?

Algunos servicios necesitan aprobación previa para poder ser brindados. Su doctor debe obtener esta aprobación de Aetna Better Health antes de tratarlo. En caso de necesitar una aprobación para un servicio o tratamiento, consúltenos o pregúntele a su doctor.

¿Qué significa “medicamente necesario”?

Medicamente necesario significa:

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

¿Qué es un envío?

Un envío es una aprobación de su proveedor de cuidado primario para que usted pueda recibir atención y tratamiento de seguimiento de un especialista cubierto.

Puntos importantes sobre los envíos:

- Usted debe hablar con su proveedor de cuidado primario sobre el envío para conocer qué servicios de especialistas podría recibir y por qué.
- Solo se puede tener acceso directo a algunos beneficios. Si el especialista sugiere más tratamientos o exámenes, usted podría necesitar otro envío de su proveedor de cuidado primario. Si necesita otro envío y no lo obtiene, es posible que tenga que pagar.

- **Usted *no puede solicitar envíos* para servicios de especialistas *después* de que haya visitado al especialista.** Debe obtener el envío de su proveedor de cuidado primario antes de buscar la atención de un especialista (excepto en una emergencia).

¿Qué servicios no necesitan envío?

Los siguientes servicios **no** requieren envío y se puede obtener acceso directo a ellos:

- Atención de emergencia.
- Pasos Sanos de Texas (chequeos médicos y dentales desde el nacimiento hasta los 20 años de edad).
- Atención de un ginecoobstetra.
- Cuidado rutinario de ojos.
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios para la salud del comportamiento (salud mental y el abuso de drogas y alcohol).

Atención de especialistas.

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

Su proveedor de cuidado primario puede enviarlo a otro doctor si necesita un tipo de atención especial que el proveedor de cuidado primario no puede brindarle. Su proveedor de cuidado primario le comunicará si usted necesita ver a un especialista. No debe ir a otro doctor para recibir servicios si su proveedor de cuidado primario no acepta hacer un envío. Si usted ve a un especialista sin un envío, posiblemente tenga que pagar esos servicios.

¿Cuánto debo esperar para ser atendido por un especialista?

Después de obtener el envío de su proveedor de cuidado primario, usted debería recibir atención de un especialista dentro de las 3 semanas para una cita de rutina y dentro de las 24 horas para una cita por atención de urgencia.

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Usted puede recibir una segunda opinión relacionada con el uso de cualquier servicio de atención médica de un proveedor de la red. Si no está disponible un proveedor de la red, usted puede ver a un proveedor fuera de la red. La segunda opinión no tiene costo. Para obtener más información sobre cómo solicitar una segunda opinión, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación.

¿Qué hago si necesito recibir servicios en mi hogar?

En algunos casos, su doctor puede recomendarle atención de enfermería en el hogar. También es posible que se le lleven equipos o suministros a su hogar. Estos servicios requieren autorización previa. Su proveedor deberá enviar documentación sobre la necesidad médica para que los servicios puedan aprobarse.

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

Salud mental y abuso de sustancias

Salud mental y abuso de sustancias

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud del comportamiento (mental) o de drogas?

Ofrecemos servicios de atención de salud mental y abuso de sustancias (por ejemplo, tratamiento o atención de trastornos o enfermedades mentales, abuso de alcohol o sustancias). Lo ayudaremos a obtener la atención que necesita.

Nuestro objetivo es brindarle más opciones en los lugares en donde usted recibe atención. Trabajaremos con su proveedor para ayudarlo a seleccionar la mejor opción para usted. Cubriremos la atención de programas intensivos para pacientes externos y de hospitalización parcial en casos médicamente apropiados.

Estos beneficios suplementarios lo ayudarán a obtener la atención que necesita en un ámbito menos restrictivo.

Si tiene algún problema de salud mental, abuso de drogas o alcohol, puede llamar a su proveedor de cuidado primario o llamarnos al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar).

Para obtener servicios de atención de salud mental y abuso de sustancias, llámenos al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar). Su doctor de salud mental y abuso de sustancias debería brindarle atención dentro de las dos (2) semanas posteriores a haber solicitado una cita para atención de rutina. Si tiene una emergencia de salud del comportamiento y necesita tratamiento, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Usted u otra persona en su nombre deberán llamarnos al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar) para comunicarnos que usted tuvo una emergencia.

¿Necesito un envío para esto?

Usted no necesita un envío de su proveedor de cuidado primario para recibir servicios de atención de salud mental y abuso de sustancias.

Medicamentos

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

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

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

- Puede encontrar una farmacia de la red si visita nuestro sitio en Internet, www.aetnamedicaid.com, y busca una farmacia en su área.
- Comuníquese con Servicios para Miembros llamando gratis al 1-800-359-5613. Solicítele al representante que la ayude a encontrar una farmacia de la red en su área.

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

Las recetas que se surtan en farmacias que no sean de la red de Aetna Better Health no estarán cubiertas. Todas las recetas deben surtirse en una farmacia de la red.

¿Qué tengo que llevar a la farmacia?

Deberá llevar la receta que el doctor le dio. También deberá mostrar su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits y su tarjeta de identificación del plan de Aetna Better Health.

¿Qué pasa si necesito que me envíen los medicamentos?

Si usted está tomando un medicamento para un padecimiento médico continuo, puede recibirlo por correo en su domicilio. La farmacia de servicio por correo es CVS Caremark.

Si elige esta opción, recibirá sus medicamentos en la puerta de su casa. Puede programar cuándo volverá a surtir sus medicamentos y preguntarle a su farmacéutico cualquier duda que tenga. Estas son algunas de las características del envío a domicilio.

- Los farmacéuticos controlan cada pedido para mayor seguridad.
- Puede volver a surtir sus medicamentos por correo, por teléfono o en línea. También puede registrarse para recibir el servicio de surtido automático.
- Puede llamar al farmacéutico por teléfono.

Es fácil comenzar a utilizar el servicio por correo

Elija UNA de las siguientes tres maneras de usar el servicio por correo para recibir un medicamento que toma de manera continua:

- Llame al número gratuito de FastStart® al 1-800-875-0867, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora del centro). Un representante le informará cuáles de sus recetas pueden surtirse a través de la farmacia de servicio por correo CVS Caremark. CVS Caremark solicitará luego a su doctor que le haga una receta y le enviará el medicamento a usted por correo.

Al llamar, asegúrese de tener a mano lo siguiente:

- Su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.
 - El nombre, apellido y teléfono de su doctor.
 - Su información de pago y dirección postal.
- Ingrese en www.caremark.com/faststart. El uso de Internet es una manera rápida y sencilla de comenzar a utilizar el servicio por correo. Una vez que haya brindado la información solicitada, CVS Caremark le solicitará una nueva receta a su doctor. Si todavía no se ha registrado en www.caremark.com, asegúrese de tener a mano su tarjeta de identificación de miembro cuando se registre por primera vez.
- Complete y envíe un formulario de solicitud de servicio por correo. Si ya tiene una receta, puede enviarla a CVS Caremark junto con un formulario de solicitud de servicio por correo completo. Si no tiene un formulario de solicitud, puede imprimir uno en línea o pedirlo llamando gratis al 1-855-271-6603.
- Al completar el formulario, tenga a mano la siguiente información:
 - Su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.
 - Su dirección postal completa, incluido el código postal.
 - El nombre, apellido y teléfono de su doctor.
 - Una lista de las alergias y otros padecimientos médicos que tenga.
 - La receta original que le dio su doctor.

Si necesita que le surtan una receta de inmediato, pídale al doctor que le extienda dos recetas para el medicamento a largo plazo:

- una para un suministro a corto plazo (hasta 30 días) que pueda surtirse en una farmacia que participe en la red; Y
- una para el suministro máximo que permita el plan, y las veces que deba volver a surtirlos según sea necesario. Adjunte esta receta al formulario de solicitud de servicio por correo.

¿Con quién me comunico si tengo problemas para obtener mis medicamentos con receta?

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación.

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

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

Llame a Aetna Better Health al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar) para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación.

¿Qué es el Programa Limitado de Medicaid?

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede que le asignen al Programa Limitado. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid.

Sus beneficios de Medicaid no cambian.

Reglas de farmacia que debe seguir:

- escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo.
- asegúrese de que su doctor de cabecera o los especialistas a los que le envían sean los únicos doctores que le receten medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores.

Para más información, llame al 1-800-436-6184, y escoja la Opción 4.

¿Qué debo hacer si necesito equipo médico duradero (DME) y otros artículos que se encuentran normalmente en una farmacia?

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

Servicios de planificación familiar

Planificación familiar

¿Cómo obtengo servicios de planificación familiar?

Los servicios de planificación familiar lo ayudan a planificar o controlar embarazos. **Usted no necesita un envío de su proveedor de cuidado primario para recibir servicios o suministros de planificación familiar.** Si es menor de 21 años de edad, usted no tiene que obtener el permiso de sus padres para recibir los servicios o suministros de planificación familiar. Usted puede obtener servicios de planificación familiar de su proveedor de cuidado primario, o puede ir a cualquier proveedor de servicios de planificación familiar que esté en nuestro *Directorio de proveedores*. Los servicios que puede recibir incluyen lo siguiente:

- Un chequeo anual.
- Una visita al consultorio o a una clínica por un problema, asesoramiento o consejo.
- Pruebas de laboratorio.
- Recetas y suministros anticonceptivos, como píldoras para control de la natalidad, diafragmas y condones.
- Pruebas de embarazo.
- Servicios de esterilización (solo si usted tiene 21 años de edad o más; se requiere un formulario federal de consentimiento para la esterilización).

¿Necesito un envío para esto?

Usted no necesita un envío de su proveedor de cuidado primario para recibir servicios o suministros de planificación familiar.

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

Puede encontrar proveedores de servicios de planificación familiar cerca de donde usted vive en

<http://www.dshs.state.tx.us/famplan/locator.shtm>.

También puede llamarnos al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar) para que lo ayudemos a encontrar un proveedor de servicios de planificación familiar.

Además, puede consultar el reverso de este manual, donde encontrará una lista de proveedores de servicios de planificación familiar.

Manejo de casos para niños y mujeres embarazadas

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

¿Quién puede tener un administrador de casos?

Los niños, adolescentes, adultos jóvenes (desde el nacimiento hasta los 20 años de edad) y las embarazadas que tienen Medicaid y:

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

El administrador de casos lo visitará y:

- Determinará qué servicios necesita.
- Buscará servicios que le queden cerca de donde 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 lo siguiente:

- Obtener servicios dentales y médicos.
- Obtener suministros o equipos médicos.
- Solucionar problemas escolares o educativos.
- Solucionar otros problemas.

¿Cómo obtiene un administrador de casos?

Llame al programa **Pasos Sanos de Texas**, al **1-877-847-8377** (número gratuito), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Para mayor información, vaya a www.dshs.state.tx.us/caseman.

Servicios para la visión

¿Cómo obtengo servicios de cuidado de ojos?

Block Vision le brinda servicios para la visión, como exámenes y anteojos. Block Vision lo ayudará a recibir la atención que necesita mientras coordina con Aetna Better Health.

Si necesita servicios para la visión, comuníquese con Block Vision al 1-800-879-6901.

Para exámenes rutinarios de ojos, usted puede visitar a su oftalmólogo sin un envío de su proveedor de cuidado primario. Usted puede elegir un oftalmólogo que esté cerca de donde usted vive. Los servicios para la visión son diferentes para adultos y niños.

Los niños, adolescentes y adultos jóvenes, desde el nacimiento hasta los 20 años de edad, pueden obtener un examen de ojos y anteojos con receta una vez cada 12 meses. Usted puede recibir más servicios si se produce un cambio en su visión o si dichos servicios son solicitados por escrito por el proveedor de cuidado primario, el maestro o la enfermera escolar del niño.

Si tiene 21 años de edad o más, usted puede realizarse un examen de ojos cada 24 meses.

Servicios dentales

¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?

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

Aetna Better Health cubre los servicios dentales de emergencia que su hijo reciba en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio. Esto incluye servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia.

Chequeos del programa Pasos Sanos de Texas

¿Qué es el programa Pasos Sanos de Texas? ¿Qué servicios ofrece el programa Pasos Sanos de Texas?

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

Pasos Sanos de Texas brinda a su hijo lo siguiente:

- Chequeos médicos gratuitos periódicos desde el nacimiento.
- Chequeos dentales gratuitos desde los 6 meses de edad.

Chequeos del programa Pasos Sanos de Texas:

- Detecte los problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar.
- Prevenga problemas de salud que les impiden a los niños aprender y crecer como otros niños de su misma edad.
- Ayudar a que su hijo tenga una sonrisa saludable.

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

Los chequeos dentales deben empezar a los 6 meses de edad. Los chequeos dentales deben hacerse cada seis meses, a menos que el dentista necesite ver a su hijo más a menudo. No es necesario que su proveedor de cuidado primario lo envíe. Llame a Pasos Sanos de Texas al 1-877-847-8377 si necesita ayuda para encontrar un dentista.

Los niños menores de 6 meses de edad pueden obtener servicios dentales en una emergencia.

First Dental Home (FDH) es para niños de 6 meses a 35 meses. Lleve a su hijo al dentista a partir de los 6 meses de edad y haga que este sea su "hogar dental".

FDH es ofrecido por dentistas capacitados y certificados por el Departamento Estatal de Servicios de Salud. Estos niños podrán recibir atención una vez cada 3 meses como mínimo, según el riesgo de caries que tengan. Para encontrar un proveedor de FDH certificado, llame al 1-877-847-8377.

Los chequeos médicos deben completarse dentro de los primeros 90 días de haberse convertido en miembro de Aetna Better Health. Es importante hacerse los chequeos periódicos del programa Pasos Sanos de Texas. El doctor deberá conocer sus antecedentes médicos y asegurarse de que esté al día con las vacunas. Usted y su doctor pueden elaborar un plan que cubra cualquier cuidado que se necesite en el futuro.

Los chequeos periódicos del programa Pasos Sanos de Texas para bebés y niños pequeños se hacen dentro de los cinco días después de dejar el hospital; a las 2 semanas de vida; y a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses de vida.

En el caso de niños mayores, una forma fácil de recordar las fechas de los chequeos del programa Pasos Sanos de Texas es asegurarse de programarlos dentro de los 60 días posteriores al cumpleaños del niño.

- Niños: a los 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 años de edad.
- Preadolescentes, adolescentes y adultos jóvenes: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 años de edad.

Pasos Sanos de Texas le enviará una carta para decirle cuándo su niño o adolescente debe hacerse un chequeo médico o dental de este programa. Puede llamarnos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación para obtener más información sobre cuándo son los chequeos.

¿Por qué es importante que mi hijo reciba el chequeo de Pasos Sanos de Texas dentro de los 90 días?

Como nuevo miembro de Aetna Better Health, es importante que su hijo vea a un proveedor dentro de los primeros 90 días posteriores a su inscripción con nosotros para realizarse un chequeo de Pasos Sanos de Texas. A fin de evitar problemas de salud a sus niños, adolescentes y adultos jóvenes, asegúrese de que se hagan los chequeos médicos y dentales de Pasos Sanos de Texas.

¿Mi doctor tiene que ser parte de la red de Aetna Better Health?

Usted puede ir a **cualquier** proveedor del programa Pasos Sanos de Texas, incluido su proveedor de cuidado primario. Si usted va a un proveedor del programa Pasos Sanos de Texas que no es su proveedor de cuidado primario, pídale que le envíe una copia de los resultados del chequeo a su proveedor de cuidado primario.

¿Necesito un envío?

Usted **no** necesita un envío de su proveedor de cuidado primario para hacerse los chequeos médicos o dentales del programa Pasos Sanos de Texas.

¿Qué sucede si necesito cancelar una cita?

Si debe cancelar o cambiar una cita para el chequeo de Pasos Sanos de Texas, llame al proveedor de dicho programa lo antes posible.

¿Qué sucede si estoy fuera de la ciudad y mi hijo tiene programado realizarse un chequeo del programa Pasos Sanos de Texas?

Es importante programar el chequeo de su hijo antes de salir de la ciudad. Si está fuera de la ciudad y tiene programado un chequeo, haga una cita con un proveedor de Pasos Sanos de Texas tan pronto como vuelva a su casa. Si se mudó, comuníquese con Servicios para Miembros de Aetna Better Health al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación para obtener el nombre de un proveedor del programa Pasos Sanos de Texas cerca de donde vive.

¿Y si soy trabajador de campo migrante?

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

Servicios de transporte

Transporte

Si no tengo automóvil, ¿cómo puedo obtener transporte para ir al consultorio del doctor? ¿A quién llamo si necesito un traslado para una cita médica?

Si necesita un traslado a la oficina de su doctor, puede recibir ayuda del Programa de Transporte Médico (MTP). Debe llamar al MTP ni bien sepa la fecha de su cita. Para obtener más información sobre el MTP o para hacer una reserva, llame al MTP, al 1-877-633-8747.

¿Con cuánto tiempo de anticipación tengo que llamar?

Es necesario que se comunique con el MTP por lo menos 2 días hábiles (48 horas) antes de su cita. Si necesita llamar para cancelar un traslado, comuníquese con el MTP a más tardar un día hábil antes de la cita con su doctor.

¿Puede llevarme a mi cita alguien que conozco y recibir el dinero por el costo del viaje?

El MTP puede dar dinero para la gasolina a la persona que lo lleva a su cita. Estos conductores pueden ser miembros de su familia, vecinos u otros voluntarios.

¿A quién llamo si tengo una queja sobre el servicio o personal de transporte?

Si tiene una queja acerca del MTP, usted puede llamarnos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación o comunicarse con el MTP, al 1-877-633-8747.

¿Cuál es el horario de atención y las limitaciones del servicio de transporte?

Usted puede llamar al MTP de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información sobre el MTP o para hacer una reserva, llame gratis al MTP, al 1-877-633-8747.

Servicios de interpretación

Servicios de interpretación

¿Puedo utilizar un intérprete cuando hablo con mi doctor? ¿Con quién debo comunicarme para obtener un intérprete?

Nuestro personal habla inglés y español. Si su primer idioma no es el inglés ni el español, tenemos una línea de idiomas. Si necesita un intérprete, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación. En el momento de su llamada dispondrá de un intérprete que hable su idioma. Las personas sordas o con problemas de audición pueden llamar a la línea TTY, al 1-800-735-2989.

¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona para la visita al consultorio del proveedor?

¿Con cuánto tiempo de anticipación tengo que llamar?

Podemos ayudarlo si necesita que un intérprete lo acompañe al consultorio de su doctor. Cuando sepa la fecha de su cita, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación. Usted debe avisarnos con 72 horas de anticipación si necesita un intérprete.

Salud de la mujer

Atención de obstetricia/ginecología

¿Qué pasa si necesito atención de obstetricia/ginecología? ¿Tengo derecho a elegir un ginecoobstetra?

Aviso importante para la mujer:

Aetna Better Health le permite escoger a un ginecoobstetra, pero este doctor tiene que estar en la misma red que su proveedor de cuidado primario.

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envío a servicios del proveedor de cuidado primario. Un ginecoobstetra le puede brindar:

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

¿Cómo elijo un ginecoobstetra?

Consulte nuestro *Directorio de proveedores* para encontrar a un ginecoobstetra dentro de la red. Usted también puede obtener una copia del *Directorio de proveedores* en línea en www.aetnamedicaid.com llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación para que la ayudemos a encontrar un ginecoobstetra.

Si no elijo a un ginecoobstetra, ¿tengo acceso directo?

Usted puede comunicarse directamente con cualquier ginecoobstetra de la red de Aetna Better Health para recibir servicios.

¿Necesito un envío?

Usted tiene derecho a elegir un ginecoobstetra de nuestra red sin envío de su proveedor de cuidado primario.

¿Cuánto debo esperar para recibir atención del ginecoobstetra después de solicitar una cita?

Si usted está embarazada, debería recibir atención dentro de las 2 semanas posteriores a la inscripción o en la semana 12 de embarazo. Si usted o no está embarazada, debería recibir atención dentro de las 3 semanas posteriores a haber solicitado una cita.

¿Puedo seguir recibiendo la atención de un ginecoobstetra que no forma parte de Aetna Better Health?

Si usted tiene un embarazo de más de 24 semanas cuando se inscribe, podrá seguir recibiendo atención de su ginecoobstetra actual. Si lo desea, usted puede elegir un ginecoobstetra de nuestra red, siempre y cuando el proveedor esté de acuerdo en tratarla. Podemos ayudar en el cambio de doctores.

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

Llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación (ID) en cuanto sepa que está embarazada. Tendrá que llamar al trabajador de Medicaid encargado de su caso no bien nazca su bebé para inscribirlo en Medicaid. Su bebé puede ser elegible para Medicaid desde su nacimiento hasta cumplir un año de vida.

¿Cómo inscribo a mi hijo recién nacido? ¿Cómo y cuándo notifico a mi plan de salud?

Es importante que usted nos llame al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación lo antes posible para asegurarnos de que conozca los servicios de salud para su bebé.

¿Puedo elegir un proveedor de cuidado primario para mi bebé antes de que nazca?

Usted debe llamarnos antes del nacimiento de su bebé o lo antes posible para elegir un pediatra (doctor del bebé). Podrá elegir el pediatra de una lista de doctores en el *Directorio de proveedores* de Aetna Better Health.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi bebé?

Para cambiar el proveedor de cuidado primario de su bebé, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación. Podemos cambiar el proveedor de cuidado primario de su bebé el mismo día que usted solicita el cambio. El cambio entrará en vigencia de inmediato.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Por lo menos durante 90 días después de su nacimiento, el bebé tendrá cobertura bajo el mismo plan de salud que usted. Usted puede pedir un cambio de plan de salud antes de los 90 días si llama al agente de inscripción, al 1-800-964-2777.

No puede cambiar de plan de salud mientras su bebé esté en el hospital.

¿Cómo y cuándo notifico al trabajador encargado de mi caso?

Tendrá que llamar al trabajador de Medicaid encargado de su caso en cuanto nazca su bebé para inscribirlo en Medicaid.

¿Qué es el manejo de casos para niños y mujeres embarazadas?

El manejo de casos para niños y mujeres embarazadas es un programa ofrecido por el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). Este programa brinda servicios a niños con un padecimiento médico o riesgo de salud, desde el nacimiento hasta los 20 años de edad, y a mujeres con embarazos de alto riesgo de todas las edades.

¿Qué tipo de servicios recibiremos mi hijo o yo?

El manejo de casos para niños y mujeres embarazadas es un servicio de Medicaid. Este programa puede ayudar a su hijo a obtener servicios médicos y dentales, y suministros y equipos médicos, y a solucionar problemas escolares o educativos, u otros problemas. Para obtener más información sobre este programa, vaya a

<http://www.dshs.state.tx.us/caseman/default.shtm>.

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

Manejo de casos

Si usted está embarazada, Aetna Better Health le ofrece los servicios de manejo de casos para ayudarlo a recibir los servicios que necesita. También podemos ayudar a que usted obtenga envíos cuando sea necesario.

Educación prenatal

Enviaremos por correo un paquete prenatal a todas las mujeres embarazadas. Este paquete tiene información sobre cómo mantenerse saludable durante el embarazo y otros temas. Llámenos para obtener información sobre las clases prenatales. Podemos ayudarla a encontrar clases prenatales en la comunidad (pueden cobrarse tarifas; en general, hay descuentos para quienes son elegibles para Medicaid).

Otros servicios para miembros

Necesidades especiales de atención médica

¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica y asistencia?

Si usted tiene necesidades especiales de atención médica, los administradores de casos pueden ayudarlo o también puede recibir atención médica de un especialista. Si usted tiene necesidades especiales de atención médica y desea ayuda, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación para obtener más información.

Decisiones de atención médica

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

¿Qué son las instrucciones anticipadas? ¿Cómo obtengo una instrucción anticipada?

Una instrucción anticipada es una declaración escrita que se elabora ante una enfermedad grave. Esta declaración describe cómo desea que se tomen sus decisiones médicas. Si usted no puede tomar decisiones relacionadas con el tratamiento, su doctor le pedirá al familiar o amigo más cercano que lo ayude a decidir lo mejor para usted. A veces no todos están de acuerdo sobre lo que se debe hacer. Por eso es útil que nos informe por adelantado lo que usted desea que ocurra en caso no poder expresarse por sí mismo.

Si no tiene una instrucción anticipada y desea más información sobre cómo obtenerla, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación. Lo ayudaremos con gusto.

Facturación del proveedor

¿Qué pasa si recibo una factura de mi doctor? ¿A quién llamo? ¿Qué información debo tener?

Si la factura es por un servicio cubierto de Medicaid, usted no tendrá que pagar. Llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación si recibe una factura de su doctor por correo. Llamaremos al consultorio del doctor para explicarle sus beneficios y organizar el pago de la factura. Cuando nos llame, tenga con usted su tarjeta de identificación de Aetna, su tarjeta de Medicaid de Your Texas Benefits, y la factura del doctor. Necesitaremos esta información para poder ayudarlo más rápido.

Notificación a Servicios para Miembros

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar). Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Aetna Better Health, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Aetna Better Health, hasta que la HHSC cambie su dirección.

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

Medicaid y el seguro privado

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

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

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

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

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

¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

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

Derechos y responsabilidades del miembro

Los miembros de Aetna Better Health tienen derechos y responsabilidades en relación con su membresía y atención.

Derechos del miembro:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho a:
 - a. Ser tratado justa y respetuosamente.
 - b. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho a:
 - a. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de cuidado primario.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
 - c. Cambiar su proveedor de cuidado primario.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de cuidado primario.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho a:
 - a. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
 - b. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
4. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho a:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
5. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones y audiencias imparciales. Esto incluye el derecho a:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - d. Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese trámite.
6. Tiene derecho a acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho a:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso sin barreras de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan de salud. Los intérpretes son

- personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
- e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo recibirlos.
7. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.
 8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que lo atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
 9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.

Responsabilidades del miembro:

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
 - b. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
 - c. Saber qué otras opciones de planes de salud hay en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
 - b. Escoger su plan de salud y su proveedor de cuidado primario sin demora.
 - c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de cuidado primario, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
 - d. Acudir a las citas programadas.
 - e. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
 - f. Siempre llamar primero a su proveedor de cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.
 - g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista.
 - h. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su proveedor de cuidado primario toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
 - a. Informar a su proveedor de cuidado primario sobre su salud.
 - b. Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
 - c. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Esto incluye la responsabilidad de:
 - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
 - b. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
 - c. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

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

Seguridad de los miembros

Creemos que es importante proporcionar educación a nuestros miembros sobre seguridad de la salud. Estos son algunos consejos importantes:

- *Involúcrese en todas las decisiones sobre su atención médica.* Si usted se involucra, puede entender lo que usted y su doctor pueden hacer para mejorar o mantener su salud.
- *Haga preguntas.* Usted tiene derecho a hacer preguntas a cualquier persona que participe de su atención.
- *Asegúrese de que su doctor conozca los medicamentos que está tomando.* Los medicamentos pueden incluir aquellos indicados por su doctor o comprados en un comercio. Solicite que esta información quede asentada en su archivo médico.
- *Asegúrese de que su doctor conozca si tiene alguna alergia o reacción negativa a medicamentos.* Esto puede ayudarlo a evitar los medicamentos que pueden hacerle daño.
- *Solicite información sobre su atención médica en un idioma que usted pueda comprender.* Asegúrese de ser claro sobre las cantidades de medicamentos que debe tomar. Debe preguntarle a su doctor cómo reaccionará si toma uno o más tipos de medicamentos al mismo tiempo.

Trámite de queja

Quejas

¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién llamo para que me ayude a presentar una queja?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al 1-800-302-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar) para explicarnos el problema. Un Defensor de Servicios para Miembros de Aetna Better Health puede ayudarlo a presentar una queja. Llame al 1-800-306-8612 (Tarrant), al 1-800-248-7767 (Bexar) o al 214-200-8140. Por lo general, podemos ayudarlo de inmediato o, a más tardar, en unos días.

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

Texas Health and Human Services Commission
Health Plan Operations H-320
PO Box 85200
Austin, TX 78708-5200
ATTN: Resolution Services

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja por correo electrónico a: HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

¿Alguien de Aetna Better Health puede ayudarme a presentar una queja?

Nuestro Defensor de Miembros puede ayudarlo a presentar una queja. Él tomará nota de su problema. También puede enviar una queja escrita al Defensor de Miembros, a la siguiente dirección:

Aetna Better Health
Attention: Member Advocate
PO Box 569150
Dallas, TX 75356-9150
1-800-306-8612 (Tarrant), 1-800-248-7767 (Bexar) o 214-200-8140

¿Cuánto tiempo llevará tramitar mi queja?

Le enviaremos una carta dentro de los cinco (5) días a partir de la recepción de su queja para hacerle saber que la recibimos. Dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de recepción de su queja, le enviaremos otra carta con los resultados.

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

Si tiene una queja, llámenos gratis al 1-800-302-8612 (Tarrant) o al 1-800-248-7767 (Bexar). También puede enviarnos una queja por escrito a la siguiente dirección:

Aetna Better Health
Attention: Member Advocate
PO Box 569150
Dallas, TX 75356-9150

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

Si no está satisfecho, puede llamarnos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación y solicitar una apelación. Usted puede apelar la resolución de una queja escribiendo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health
Attention: Member Advocate
PO Box 569150
Dallas, TX 75356-9150
1-800-306-8612 (Tarrant), 1-800-248-7767 (Bexar) o 214-200-8140

¿Tengo derecho a comparecer ante un panel de apelaciones de quejas?

El Defensor de Miembros le enviará una carta para informarle que recibimos su apelación dentro de los cinco (5) días a partir de la fecha de recepción. El panel de apelaciones revisará la información que nos envió y analizará su caso. No se trata de un tribunal de justicia. Usted tiene derecho a comparecer ante el panel de apelaciones en un lugar específico para hablar sobre la apelación escrita que envió. Una vez tomada la decisión sobre su apelación, se le enviará una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su apelación.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Aetna Better Health, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando al 1-866-566-8989 o escribiendo a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Health Plan Operations H-320
PO Box 85200
Austin, TX 78708-5200
ATTN: Resolution Services

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja por correo electrónico: HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

Trámite de apelación

Apelación

¿Qué puedo hacer si mi doctor solicita un servicio o un medicamento para mí que está cubierto, pero el plan de salud lo rechaza o limita?

Aetna Better Health le enviará una carta relacionada con una medida tomada sobre un servicio cubierto que su doctor solicita. Una **medida** es el rechazo o la autorización limitada de un servicio solicitado. Esto incluye lo siguiente:

- el rechazo, completo o parcial, del pago de un servicio
- el rechazo de un tipo o nivel de servicio
- la reducción, suspensión o terminación de un servicio autorizado previamente

Usted tiene derecho a solicitar una apelación si no está conforme o está en desacuerdo con la medida tomada. Una apelación es el trámite por el cual usted o una persona autorizada a actuar en su nombre, incluido su doctor, solicita la revisión de dicha medida. Usted o su doctor pueden enviar información médica adicional que respalde los motivos de su desacuerdo con esa decisión. Para solicitar una apelación, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación. El Defensor de Miembros tomará nota de la información y se la enviará para que la revise. Se puede enviar una apelación por escrito a la siguiente dirección:

Aetna Better Health
Attention: Member Advocate
PO Box 569150
Dallas, TX 75356-9150

¿Cómo sabré si los servicios son rechazados?

Si sus servicios son rechazados, usted y su doctor recibirán una carta en la que se les informará el motivo del rechazo. La carta le brindará información sobre cómo presentar una apelación y cómo solicitar una audiencia imparcial estatal.

¿Cuáles son los plazos para un trámite de apelación?

Su solicitud para una apelación debe ser presentada dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha del aviso de la medida tomada. Para garantizar la continuidad de los servicios actualmente autorizados, usted debe presentar la apelación antes de que se cumplan los 10 días a partir del envío por correo de la notificación de la medida tomada por Aetna Better Health o la fecha en que se quiera comenzar la medida propuesta.

El plazo para la resolución de la apelación dependerá de los servicios rechazados. Si se encuentra hospitalizado o ya está recibiendo servicios limitados o rechazados, usted puede llamar y solicitar una apelación acelerada. El trámite de apelación acelerada se explica a continuación.

Usted puede solicitar una apelación en forma verbal o escrita. Si la apelación se recibe verbalmente, el Defensor de Miembros tomará nota de la información y se la enviará para que usted la revise. Luego usted deberá enviar el formulario al Defensor de Miembros. Se puede enviar una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Aetna Better Health
Attention: Member Advocate
PO Box 569150
Dallas, TX 75356-9150

La resolución de su apelación puede extenderse hasta catorce (14) días calendario a partir de la apelación si solicita más tiempo o si Aetna Better Health puede demostrar que necesita más información. Esto solo puede hacerse en caso de que la extensión lo beneficie. Le enviaremos una carta informándole por qué se solicita más tiempo.

Para una apelación estándar, el Defensor de Miembros le enviará una carta dentro de los cinco (5) días a partir de la recepción de la solicitud de apelación. Esta carta es para informarle que recibimos su solicitud. Aetna Better Health enviará toda la información disponible a un doctor que no participó de la toma de decisión inicial. Usted recibirá una respuesta escrita sobre su apelación dentro de los treinta (30) días a partir del envío de su solicitud. Puede solicitar una audiencia estatal imparcial en cualquier momento durante o después del trámite de apelación de Aetna Better Health.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Si está en desacuerdo con la decisión tomada por Aetna Better Health con respecto a un servicio o beneficio, usted puede solicitar una apelación a Aetna Better Health. No tiene derecho a una apelación si los servicios solicitados no están cubiertos por el programa Medicaid. Usted no tiene derecho a una apelación si se realiza un cambio en una ley estatal o federal que afecta a algunos o a todos los beneficiarios de Medicaid.

¿La solicitud tiene que ser por escrito?

Su solicitud no tiene que ser escrita. Puede solicitar una apelación si nos llama y pide hablar con el Defensor de Miembros. Tomaremos nota de lo que nos informe y se lo enviaremos para que usted lo revise.

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

Usted puede recibir ayuda para presentar una apelación si nos llama al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación o si nos escribe a la siguiente dirección:

Aetna Better Health
Attention: Member Advocate
PO Box 569150
Dallas, TX 75356-9150

El Defensor de Miembros escuchará su apelación y le informará las reglas, responderá a sus preguntas y se asegurará de que usted reciba un trato justo.

Trámite de apelación acelerada

Apelación acelerada

¿Qué es una apelación acelerada?

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

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Usted puede solicitar una apelación acelerada si nos llama al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación o si escribe a la siguiente dirección:

Aetna Better Health
Attention: Member Advocate
PO Box 569150
Dallas, TX 75356-9150

¿La solicitud tiene que ser por escrito?

Su solicitud no tiene que ser escrita. Usted puede solicitar una apelación acelerada llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Los plazos para la resolución se establecerán de acuerdo a su enfermedad de emergencia, procedimiento o tratamiento, pero no tomará más de un (1) día hábil a partir de la fecha en que recibimos toda la información necesaria para revisar su apelación. Aetna Better Health le comunicará la decisión final de la apelación acelerada por escrito dentro de los tres (3) días hábiles.

¿Qué pasa si Aetna Better Health rechaza la solicitud de una apelación acelerada?

Si solicita una apelación acelerada que no está relacionada con una emergencia, una hospitalización en curso o servicios que ya se están prestando, le informarán que la apelación no puede acelerarse. Continuaremos procesando su apelación dentro del plazo estándar y le responderemos dentro de los treinta (30) días a partir del momento de la recepción de la apelación.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de Aetna Better Health, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando al 1-866-566-8989 o escribiendo a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Health Plan Operations H-320
PO Box 85200
Austin, TX 78708-5200
ATTN: Resolution Services

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja por correo electrónico: HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

Si está en desacuerdo con esta decisión, usted puede solicitar una audiencia imparcial estatal. El procedimiento para solicitar una audiencia imparcial estatal se explica a continuación.

¿Quién me puede ayudar para presentar una apelación?

Puede solicitar una apelación si nos llama al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación y pide hablar con el Defensor de Miembros.

Aetna Better Health
Attention: Member Advocate
PO Box 569150
Dallas, TX 75356-9150

El Defensor de Miembros escuchará su apelación y le explicará las reglas, responderá a sus preguntas y se asegurará de que usted reciba un trato justo.

¿Puedo pedir una audiencia imparcial ante el estado?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un doctor u otro proveedor médico puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por el plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial dentro de 90 días de la fecha de la carta de decisión del plan de salud. Si no pide la audiencia imparcial dentro de los 90 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial. Para pedir una audiencia imparcial, usted o su representante debe enviar una carta al plan de salud a la siguiente dirección:

Aetna Better Health,
Attention: Member Advocate
P.O Box 569150
Dallas, TX 75356-9150

O llame a los siguientes números:

Bexar: 1-800-248-7767
Tarrant: 1-800-306-8612
Defensor de Miembros: 214-200-8140

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado o reducido, por lo menos hasta oír la decisión final de la audiencia, si pide una audiencia imparcial a más tardar: (1) 10 días después de la fecha en que usted recibió la carta con la decisión del plan de salud, o (2) la fecha en que el servicio será reducido o suspendido según la carta del plan. Si no pide una audiencia imparcial antes de esta fecha, el servicio que el plan de salud le negó será suspendido.

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

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

Información sobre fraude

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

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

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

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

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/> y haga clic en “Denuncie el malgasto, fraude o abuso” para llenar una forma en Internet; O
- Denúncielo directamente al plan de salud:
 - Aetna Better Health
 - Attention: SIU Coordinator
 - PO Box 569150
 - Dallas, TX 75356-9150
 - 1-888-761-5440 (número gratuito)

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

Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
- El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.)
- El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
- El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
- Las fechas de los sucesos
- Un resumen de lo ocurrido

Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:

- El nombre de la persona
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe
- La ciudad en donde vive la persona
- Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude

Notificación anual

La siguiente información está disponible para usted todos los años:

- Como miembro de Aetna Better Health, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:
- Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando a nuevos pacientes.
- Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los trámites de queja, apelación y audiencia imparcial.
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
- Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
 - La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.

- El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia.
- Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 911 o su equivalente local.
- Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
- Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia.
- Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta.
- Las guías prácticas de Aetna Better Health.

Subrogación

Subrogación

Podemos solicitar el reembolso de los gastos médicos para tratar una lesión o enfermedad que fue causada por otra persona. Esta es una disposición del “derecho de subrogación”. De acuerdo con nuestro derecho de subrogación, nos reservamos el derecho de recuperar el costo de los beneficios médicos pagados cuando otra parte sea (o pueda ser) responsable de su enfermedad o lesión. También podemos solicitarle la devolución del costo de sus gastos médicos si usted recibe gastos de la otra parte.

Clínicas de planificación familiar por condado

Área de servicio de Bexar

Condado de Bexar

CentroMed Somerset Family Clinic

7315 S. Loop 1604 West

Somerset, TX 78069

Teléfono: (830) 429-3582

Horario: lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.;
viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

University Health System – Naco Perrin Clinic

4020 Naco Perrin Drive

San Antonio, TX 78217

Teléfono: (210) 358-8255

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Barrio Comprehensive Family Health Care System

Ella Austin Health Center

1023 N. Pine

San Antonio, TX 78202

Teléfono: (210) 224-2351

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

CentroMed Walzem Clinic

5253 WalzemWindcrest, TX 78218

Teléfono: (210) 651-1050

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 10 a. m.;
sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

University Health System – Westend Clinic

1226 N. W. 18th Street

San Antonio, TX 78207

Teléfono: (210) 358-8255

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

University Health System - Downtown

903 W. Martin

San Antonio, TX 78207

Teléfono: (210) 358-8255

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Community Clinic, Inc.

Hope Action Care's Steward Community Center

1711 Guadalupe Street

San Antonio, TX 78207

Teléfono: (210) 212-4235

Horario: lunes a miércoles, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.;
jueves, de 12:00 p. m. a 9:00 p. m.; viernes, de
8:00 a. m. a 5:00 p. m.

University Health System – Zarzamora Clinic

4503 South Zarzamora

San Antonio, TX 78211

Teléfono: (210) 358-8255

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

CentroMed South Park Medical Clinic

6315 S. Zarzamora

San Antonio, TX 78211

Teléfono: (210) 923-4646

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.;
sábados, de 8:00 a. m. a 1:00 p. m.

Planned Parenthood of San Antonio and South Central Texas

Lupe Center

120 W. Ashby

San Antonio, TX 78212

Teléfono: (210) 736-2475

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.;
martes, de 10:00 a. m. a 7:00 p. m.; 2.º y 4.º sábado de
cada mes, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m.

University Health System – Eastside Clinic

210 North Rio Grande

San Antonio, TX 78202

Teléfono: (210) 358-8255

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

University Health System – Kenwood Clinic

302 Dora Street

San Antonio, TX 78212

Teléfono: (210) 358-8255

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

CentroMed Palo Alto Clinic

9011 Poteet Jourdanton Highway 16

San Antonio, TX 78224

Teléfono: (210) 921-6010

Horario: lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Planned Parenthood of San Antonio and South Central Texas

104 Babcock Road

San Antonio, TX 78201

Teléfono: (210) 736-2262

Horario: lunes, de 10:00 a. m. a 7:00 p. m.; martes, de
9:00 a. m. a 6:00 p. m.; miércoles, de 7:00 a. m. a
4:00 p. m.; jueves y viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Planned Parenthood of San Antonio and South Central Texas

6749 Bandera Road

San Antonio, TX 78238

Teléfono: (210) 681-7800

Horario: lunes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; martes, de
8:00 a. m. a 6:00 p. m.; miércoles, de 8:00 a. m. a
4:00 p. m.; jueves, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.; viernes,
de 8:00 a. m. a 3:00 p. m.; 2.º y 4.º sábado de cada
mes, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m.

CentroMed Southside Medical Clinic

3750 Commercial

San Antonio, TX 78221

Teléfono: (210) 334-3790

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Planned Parenthood of San Antonio and South Central Texas

Southeast Center

2346 E. Southcross Blvd.

San Antonio, TX 78223

Teléfono: (210) 333-5454

Horario: lunes, de 10:00 a. m. a 7:00 p. m.; martes a
viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; 1.º y 3.º jueves de
cada mes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; 1.º y 3.º sábado
de cada mes, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m.

University Health System – Old Highway 90 Clinic

911 Old Highway 90

San Antonio, TX 78237

Teléfono: (210) 358-8255

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

University Health System – South Flores Clinic

7902 South Flores

San Antonio, TX 78221

Teléfono: (210) 358=8255

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Planned Parenthood of San Antonio and South Central Texas

Las Palmas Center

803 Castroville Road

San Antonio, TX 78237

Teléfono: (210) 434-4811

Horario: lunes, martes, jueves y viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; miércoles, de 10:00 a. m. a 7:00 p. m.; 1.^{er} y 2.^o sábado de cada mes, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m.

University Health System-Salinas Health Center

630 S. Gen. McMullen

San Antonio, TX 78237

Teléfono: (210) 358-8255

Horario: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Planned Parenthood of San Antonio and South Central Texas

8725 Marbach Road, Suite 215

San Antonio, TX 78227

Teléfono: (210) 674-2222

Horario: lunes, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.; martes, de 10:00 a. m. a 3:00 p. m.; miércoles, de 6:00 a. m. a 3:00 p. m.; jueves, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.; viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.; 2.^o y 4.^o sábado de cada mes, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m.

Planned Parenthood of San Antonio and South Central Texas

11514 Perrin Beitel

San Antonio, TX 78217

Teléfono: (210) 590-0202

Horario: lunes, de 10:00 a. m. a 7:00 p. m.; martes, de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.; miércoles, de 8:00 a. m. a 3:00 p. m.; jueves, de 10:00 a. m. a 7:00 p. m.; viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.; 1.^{er} y 3.^{er} sábado de cada mes, de 10:00 a. m. a 2:00 p. m.

Condado de Atascosa

Atascosa RHI Health Clinic, Inc.

Pleasanton Family Planning Clinic

310 W. Oaklawn Road

Pleasanton, TX 78064

Teléfono: (830) 569-2527

Horario: lunes a miércoles y viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; jueves, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Condado de Comal

Community Council of South Central Texas, Inc.

New Braunfels Family Planning Clinic

272 S. Krueger Avenue New Braunfels, TX 78130

Teléfono: (830) 625-6268

Horario: martes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; lunes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Condado de Guadalupe

Community Council of South Central Texas, Inc.

Seguin Family Planning Clinic

808 E. Pine Street

Seguin, TX 78155

Teléfono: (830) 379-3022

Horario: martes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Condado de Kendall

**No hay clínicas enumeradas en este condado.
Consulte en los condados vecinos.**

Condado de Medina

South Texas Rural Health Services, Inc.

South Texas Rural Health Services – Devine

1010 W. Hondo Avenue

Devine, TX 78016

Teléfono: (830) 663-5450

Horario: lunes, martes y jueves, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.; miércoles, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.; viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

South Texas Rural Health Services, Inc.

South Texas Rural Health Services, Inc. – Hondo

2912 Avenue E

Hondo, TX 78861

Teléfono: (830) 426-5288

Horario: lunes, martes y jueves, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.; miércoles, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.; viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Condado de Wilson

Community Council of South Central Texas, Inc.

Floresville Family Planning Clinic

1019 "B" Street, Suite C

Floresville, TX 78114

Teléfono: (830) 393-3063

Horario: martes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.;
lunes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Área de servicio de Tarrant

Condado de Tarrant

Planned Parenthood of North Texas, Inc.

Arlington North Center

1305 East Abram

Arlington, TX 76010

Teléfono: (817) 277-6610

Horario: lunes y jueves, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; martes, de 12:00 p. m. a 7:00 p. m.; miércoles, de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.; viernes, de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.

Planned Parenthood of North Texas, Inc.

Henderson Center

301 S. Henderson

Forth Worth, TX 76104

Teléfono: (817) 332-9102

Horario: lunes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; martes, de 12:00 p. m. a 7:00 p. m.; miércoles, de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.

Planned Parenthood of North Texas, Inc.

Northside Clinic

2470 Jacksboro Highway

Fort Worth, TX 76114

Teléfono: (817) 625-2893

Horario: lunes y jueves, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; martes, de 12:00 p. m. a 7:00 p. m.; miércoles, de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.; viernes, de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.

Planned Parenthood of North Texas, Inc.

Southeast Center

3863 Miller

Fort Worth, TX 76119

Teléfono: (817) 536-4942

Horario: lunes y jueves, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; miércoles, de 1:00 p. m. a 5:00 p. m.; viernes, de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.

Condado de Denton

Planned Parenthood of North Texas, Inc.

Lewisville health Services

1288 West Main, #209

Lewisville, TX 75067

Teléfono: (972) 221-7644

Horario: lunes y miércoles, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; martes, de 11:00 a. m. a 7:00 p. m.; viernes, de 9:00 a. m. a 2:00 p. m.

Family Health Care, Inc.

North Texas Community Clinic

525 South Loop 288, Suite A

Denton, TX 76205

Teléfono: (940) 381-2313

Horario: lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.; miércoles, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Condado de Hood

**No hay clínicas enumeradas en este condado.
Consulte en los condados vecinos.**

Condado de Johnson

**No hay clínicas enumeradas en este condado.
Consulte en los condados vecinos.**

Condado de Parker

**No hay clínicas enumeradas en este condado.
Consulte en los condados vecinos.**

Condado de Wise

Family Health Care, Inc.

308 W. Rock Island Suite B

Boyd, TX 76023

Teléfono: (940) 433-3465

Horario: martes y jueves, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.; miércoles, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.