



www.CommunityHealthChoice.org

713.295.2300

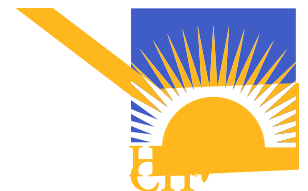
1.888.435.2850

Community Health Choice Texas, Inc. es una filial de Harris Health System.



TEXAS
Your Health Plan

US



INTRODUCCIÓN

Bienvenido a Community Health Choice

¡Estamos encantados de servirle! Community Health Choice es una Organización de Atención Administrada (MCO) local, sin ánimo de lucro, con la misión de mejorar la salud y el bienestar de los residentes de Texas en todo el condado de Harris.

Como miembro de Community Health Choice, queremos asegurarnos de que tenga acceso a la información y los servicios que necesita para empezar.

Estos son algunos recordatorios:

- Si tiene necesidades especiales, problemas de visión o habla otro idioma, llame gratis a nuestro Departamento de #VGPEKIP CN #, NKCFQ CN
- Le enviaremos esta información de forma que pueda leerla. Si necesita un intérprete que le ayude a comprender este manual, podemos proporcionarle ayuda oral o escrita. Si necesita ayuda con el lenguaje de señas, Community ofrece 5KIP 5JCTG 5K VKGPG RTQDNGOCU RCTC QÉT Q JCDNCT NNCOG C NC NÉPGC
- Si necesita ayuda y servicios auxiliares, incluida la obtención de materiales en formatos alternativos 0 ()TJ e8le01 [IAt.IATf tTABr

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

SERVICIO DE ATENCIÓN AL ENFERMO

JQTCU FGN FÉC FÉCU C NC UGOCPC GZEGRVQ NQU FÉC #EEGFC C UW EWGPVC FG C,NKCFQ GP NÉPGC NCU JQTCU información está disponible en inglés y español.

.N½OGPQU RCTC EQPUGIWKT WP KPVÅTRTGVG 'P ECUQ FG G al hospital más cercano. Llame también para obtener información sobre farmacias y odontología.

Coordinación de servicios

'N 'SWKRQ FG %QQTfKPCEKİP FG 5GTXKEKQU GUV½ FKURQPK p.m., excepto los días festivos aprobados por el Estado. Fuera del horario laboral, puede dejar un mensaje y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laborable o llamar a la línea FKTGEVC FG UGTXKEKQU FG CVGPEKİP CN C,NKCFQ CN 'P ECUQ FG GOGTIGPEKC NNCOG CN Q CEWFC CN JQUR RCTC QÉT Q JCDNCT NNCOG C NC NÉPGC 66; CN

Equipo de Asistencia para la Atención Gestionada del Defensor del Pueblo (OMCAT)

Servicios de salud mental/abuso de sustancias y línea directa de crisis

Community Health Choice

.ÉPGC FKTGEVC FG ETKUKU JQTCU CN FÉC FÉCU C NC U KPİNÅU [GURCİQN .N½OGPQU RCTC EQPUGIWKT WP KPVÅTR o acuda al hospital más cercano.

TTY para personas con discapacidad auditiva:

Member Services

'SWKRQ FG #UKUVGPEKC FG #VGPEKİP)GUVKQPCFC FGN &GH

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas

Línea de ayuda del programa STAR+PLUS

Transporte médico no urgente (NEMT) de STAR+PLUS - Access2Care

.NCOG RCTC RTQITCOCT [EQORTQDCT GN GUVCFQ FG UW XKC JQTCU FGN FÉC FÉCU C NC UGOCPC .NCOG ITCVKU C #EEG EKVC C VTCXÅU FG NC CRNKECEKİP RCTC OKGODTQU #EEGUU app store.

.C KPHQTOCEKİP GUV½ FKURQPKDNG GP KPİNÅU [GURCİQN .I KPVÅTRTGVG 66; RCTC RGTUQPCU EQP FKUECRCEKFCF C 'P ECUQ FG GOGTIGPEKC NNCOG CN Q CEWFC CN JQURKV

Programa Pasos Sanos de Texas

Servicios para la vista

Envolve Vision

XKUKQPDGPG,VU GPXQN.

Servicios dentales

FCL Dental

Farmacia

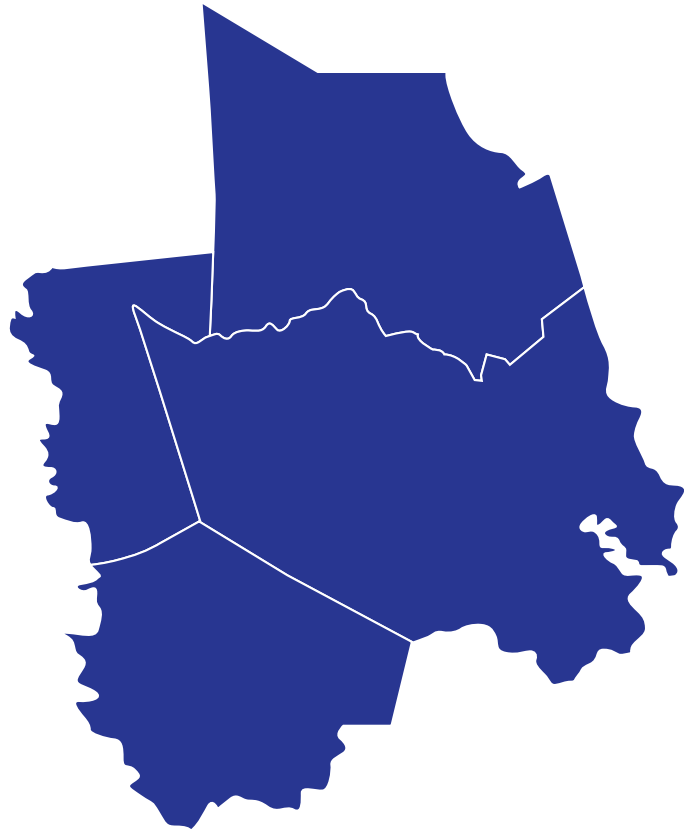
5GTXKEKQU FG #VGPEKİP CN #,NKCFQ FG %QOOWPKV[*GCNVJ %JQ .WPGU C XKGTPGU FG C O C R O GZEGRVQ NQU FÉCU HGU

En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

%QOOWPKV[*GCNVJ %JQKEG 6GZCU +PE

.QQR %GPVTCN &TKXG 5WKVG

*QV



Índice

/>À•iì>Ã `i ^i~ì^wV>V^•~ `i >w^>`œÃ - ®	TM
+PHQTOCEKĪP UQDTG NC VCTLGVC .FG. KFG.P.V.K.,ECEKĪ.P. .FG. C.,NKCFQ ... 9	9
%ĪOQ NGGT UW VCTLGVC FG KFG.P.V.K.,ECEKĪ.P. .FG. C.,NKCFQ..... 9	9
%ĪOQ WVKNK\CT UW VCTLGVC FG .KFG.P.V.K.,ECEKĪ.P. .FG. C.,NKCFQ..... 9	9
%ĪOQ UWUVKVWKT UW VCTLGVC FG KFG.P.V.K.,ECEKĪ.P. .FG. C.,NKCFQ..... 10.....	10.....
5W 6CTLGVC FG \$GPG, EKQU .FG. /GFKECKF. .FG. 6GZCU..... 10	10
5W 6CTLGVC FG DGPG, EKQU FG /GFKECKF. .FG. 6GZCU...;6\$. 10	10
'N RQTVCN RCTC ENKGPVGU FG /GFKECKF. ;Q.W.T.6GZCU\$.G.P.G.,V.U. .EQ.O.. 11	11
(QTOWNCTKQ # FG XGTK, ECEKĪP FG KFG.P.V.K.,ECEKĪ.P. .V.GQR.Q.T.CN. FG /GFK	11
›3WÅ CURGEVQ VKGPG NC.V.C.T.L.G.V.C. /GFKECKF!..... 12	12
*ÀœÛii`œÀiÃ `i >ìi~V^•~ «À^">À^>	£Ó
›3WÅ GU WP RTQXGGFQT FG.C.V.G.P.EKĪP. .RT.K.O.C.T.K.C!..... 12	12
›/G CUKIPCT½P WP RTQXGGFQT FG CVGPEKĪP RTKOCCTKC UK VGPIQ /GFKECKT	12
›%ĪOQ RWGFQ XGT C OK RTQXGGFQT FG CVGPEKĪP RTKOCCTKC UK .P.Q.10EWFG	12
›%ĪOQ RWGFQ ECODKCT OK RTQXGGFQT.FG. .C.V.G.P.E.KĪ.P. .RT.K.O.C.T.K.C!.... 13	13
›%W½PFQ GPVTCT½ GP XKIGPEKC GN ECODKQ FG .O.K. .RT.Q.X.G.G.F.Q.T. .FG.10VGPE	13
›3WÅ GU GN RTQITCOC /GFKECKF .QEM KP!..... 13.....	13.....
~vœÀ">V^•~ ÃœLÀi i• «•>~ `i ^~Vi~ì^ÛœÃ «>À> "j`^VœÃ	£Î
>"L^>À «•>~iÃ `i Ã>•Ö`	£{
›3WÅ JCIQ UK FGUGQ ECODKCT.FG. .R.N.C.P. .FG. .U.C.N.W.F!..... 14	14
›# SWKÅP Nà à !IP1=># SW cià à .P^VœÃ	£Î

èÃ^Ãì~V^> “j`^V> P œìÀœÃ ÃiÀÛ^V^œÃ

›%İOQ GUEQLQ WP QDUVGV.TC.IKPGEİ.NQ.I.Q!.....	27
›3WÅ RCUC UK PQ GUEQLQ WP QDUVGVTC IKPGEİ.NQ.I.Q! ›.6GPI.Q.C.EEGU	27
›0GEGUKVCTÅ WPC.FGT.KXCE.Kİ.P!.....	27
›%QP SWÅ TCRKFG\ RWGFG XGTOG OK QDUVGVTC IKPGEİ.NQIQ FG.U.R.V.ÅU FG	27
›2WGFQ UGIWKT EQP OK QDUVGVTC IKPGEİ.NQIQ UK PQ.RG.T.V.G.P.GEG.07%QOC	27
›3WÅ RCUC UK GUVQ[FGOCUKCFQ GPHGTOQ C RCTC VQOCT WPC FG.2KUKİP	28
›3WÅ UQP NCU FKTGEVKXCU CPVKEKRCFCU!.....	28
›%İOQ QDVGPIQ WPC FKTGEVKXC CPVKEKRCFC!.....	28
›3WÅ RCUC UK RKGTFQ OK EQDGTVWTC FG /GFKECKF!.....	28
›3WÅ RCUC UK TGEKDQ WPC HCEVWTC FGN EGPVTQ FG EWKFCEFCU G.28RGEK	28
›# SWKÅP.N.NCOQ!.....	28
›3WÅ KPHQTOCEKİP OG RGFKT½P!.....	28
›3WÅ UQP NQU +PITGUQU CRNKECFQU [EW½NGU.UQP.O.K.U.T.GUR.Q.P.U.00	28
›%W½NGU UQP OKU TGURQPUCDKNKFCFGU!.....	28
›2WGFQ OK RTQXGGFQT FG /GFKECTG HCEVWTCTOG RQT UGTXKEKQ.28Q	28
›3WÅ VGPIQ SWG JCEG.T.UK.O.G.O.W.F.Q!.....	28
›3WÅ JCIQ UK VGPIQ QVTC EQDGTVWTC OÅFKEC.C.F.G.O.½.U.F.G./G.FKEC.29!	29
›%W½NGU UQP OKU FGTGEJQU.[.T.GUR.Q.P.U.C.D.KNK.F.C.FGU!.....	29
*ÀœViÃœ `i µÕi•>Ã	Î£
›3WÅ FGDQ JCEGT UK VGPIQ WPC SWGLC!.....	31
›# SWKÅP NNCOQ!.....	31
›2WGFQ CNIWKGP FG %QOOWPKV[*GCNVJ %JQKEG.C.[W.F.C.T.OG.C.R.T.G.00	31
›%W½PVQ VCTFCT½P GP RTQEGUCT OK SWGLC!.....	32
›%W½NGU UQP NQU TGSWKUKVQU [RNC\QU RCTC RTGUGPVCT WPC S.32	32
*ÀœViÃœ `i >«i•>V^œ~iÃ	ÎÓ
¿Qué puedo hacer si mi médico me pide un servicio o medicamento que está cubierto pero Community Health	
%JQKEG NQ FGPKGIC Q NQ NKOKVC!.....	32
›%İOQ OG GPVGTCTÅ FG NC FGP.G.I.CEKİP.FG.UGT.XKEKQU!.....	32
›%W½PFQ VGPIQ FGTGEJQ C UQNKEKV.C.T.W.P.C.C.R.G.N.CEKİP!.....	32
›2WGFQ CNIWKGP FG %QOOWPKV[*GCNVJ %JQKEG.C.[W.F.C.T.OG.C.R.T.G.00	32
è «i•>V^•~ >Vi•iÀ>`> >~İi •> "	ÎÏ
›3WÅ GU WPC CRGNCEKİP.FG.W.TIGPEKC!.....	33
›%İOQ UQNKEKVQ WPC CRGNCEKİP FG WTIGPEKC!.....	33
›6GPIQ SWG RTGUGPVCT OK UQNKEKVWF RQT GUETKVQ!.....	33
›%W½NGU UQP NQU RNC\QU RCTC.W.P.C.C.RGNCEKİP.FG.W.TIGPEKC!... 34	34
›3WÅ QEWTG UK NC /%1 FGPKGIC NC UQNKEKVWF FG CRGNCEKİP FG.34	34
›3WKÅP RWGFG C[W.F.C.T.OG C RTGUGPVCT WPC CRGNCEKİP FG WTIGP.34	34
è Õ`^i~V^> iÃİ>İ>• ^“«>ÀV^>•	Î{
›2WGFQ UQNKEKVCT WPC CWFKGPEKC GUVVCVN KORCTEKC.N!.....	34
›2WGFQ UQNKEKVCT WPC CWFKGPEKC.G.U.V.C.V.C.N.KORCTEKC.N.FG.W.TIG.34	34
,iÛ^Ã^•~ “j`^V> iÝİiÀ~>	Îx
›2WGFQ UQNKEKVCT WPC TGXKUKİP OÅFKEC GZVGTPC!.....	35
›2WGFQ UQNKEKVCT WPC TGXKUKİP OÅFKEC GZVGTPC FG WTIGPEKC.35	35
i~Õ~V^>Ã `i >LÕÃœ] ~i}•^}i~V^> Þ iÝ«•œİ>V^•~	Îx
›%İOQ FGPWPEKQ UQURGEJCU FG CDWUQ..PGINK.I.G.P.EKC.Q.G.ZRNQ.V.C.35	35
›3WÅ GU GN CDWUQ NC PGINK.I.G.P.EKC.Q.NC.G.ZRNQ.V.CEKİP!.....	35

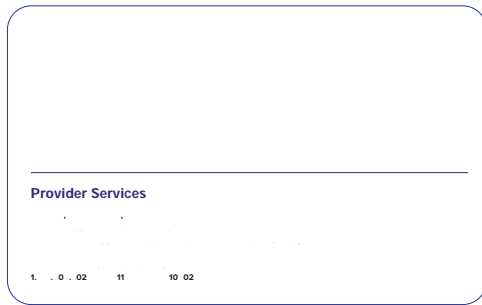
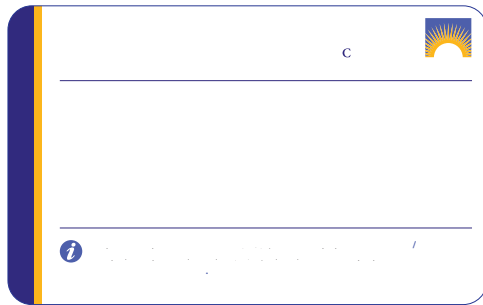
~vœÀ“>V^•~ ÃœLÀi i• vÀ>Õ`i	ÎÈ
›&GUGC FGPWPEKCT FGTTQEJG CDWUQ Q HTCWFG!	36
~vœÀ“>V^•~ μÕi `iLi iÃÌ>À `^Ã«œ~^L•i >~Õ>•“i~`i	ÎÇ
Asistencia con el idioma.....	38
'XGPVQU RCTC.C.,NKCFQU.....	41

/>À•iì> `i ^`i~l^wV>V^•~ `i >w•^>`œ - (

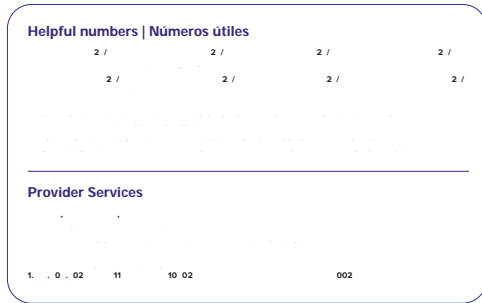
~vœÀ“>V^•~ ÆLÀi •> ì>À•iì> `i ^`i~l^v^V>V^•~ `i >v^•^>`œ - ®
%CFC OKGODTQ FG UW HCOKNKC TGEKDKT½ UW RTQRKC VCTLGVC FG C,NKCFQ
C,NKCFQ [5W 6CTLGVC FG \$GPG,EKQU FG /GFKECKF FG 6GZCU /WÅUVTGNG CO
OÅFKEC CPVGU FG SWG NQ CVKGPFCP 4GEKDKT½ UW VCTLGVC FG KFGPVK,EC
FG NC HGEJC FG C,NKCEKÏP

•“œ •iiÀ ÆÕ ì>À•iì> `i ^`i~l^v^V>V^•~ `i >v^•^>`œ
%QORTWGDG UW VCTLGVC FG KFGPVK,ECEKÏP FG C,NKCFQ RCTC CUGIWTCTUG
r 5W PQODTG
r 5W PÖOGTQ FG /GFKECKF
r 'N PQODTG NC FKTGEEKÏP [GN PÖOGTQ FG VGNÅHQPQ FG UW OÅFKEQ FG C
Q JCDNCT FG UWU PGEGUKFCFGU FG CVGPEKÏP OÅFKEC

•“œ Õl^•â>À ÆÕ ì>À•iì> `i ^`i~l^v^V>V^•~ `i >v^•^>`œ
'UVC GU WPC OWGUVTC FG PWGUVTC VCTLGVC FG KFGPVK,ECEKÏP FG C,NKCFQ
#(+.#&15 %10 /'&+%#& 56#4 2.75 51.#/'06' 6#4,'6# &' +&'06+(+%#%+`0 &' #(+.



#(+.#&15 %10 %'&+%#& 56#4 2.75 ; /'&+%#4' 6#4,'6# &' +&'06+(+%#%+`0 &' #(+.



5K VKGPG /GFKECTG [/GFKECKF UW VCTLGVC FG KFGPVK,ECEKÏP FG C,NKCFQ
PK GN PÖOGTQ FG VGNÅHQPQ FGN OÅFKEQ 5W VCTLGVC FG KFGPVK,ECEKÏP U
'U KORQTVCPVG SWG WUVGF

r 6GPIC C OCPQ UW VCTLGVC FG KFGPVK,ECEKÏP FG C,NKCFQ [UW PÖOGTQ FO
#VGPEKÏP CN #,NKCFQ CN 66;
r .NGXG UW VCTLGVC FG KFGPVK,ECEKÏP FG C,NKCFQ [5W 6CTLGVC FG \$GPG,
r 0Q FGLG SWG QVTCU RGTUQPCU WUGP UW VCTLGVC FG KFGPVK,ECEKÏP FG C

•“œ ÃÕÃì^ìÕ^À ÃÕ ì>À•ì> `i ^`i~ì^v^V>V^•~ `i >v^•^>`œ
+ORTKOC WPC VCTLGVC FG KFGPVK,ECEKĪP VGORQTCN C VTCXÅU FG UW EWGP
/GODGT .QIKP 'N 5GTXKEKQ FG #VGPEKĪP CN #,NKCFQ NG GPXKCT½ RQT EQTT
66;

-Õ />À•ì> `i i~iv^V^œÃ `i i^V>^` `i /iÝ>Ã -9/ ®
Cuando le aprueben Medicaid, recibirá una tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta Medicaid de todos los días. Debería llevarla con usted y protegerla como a su licencia de conductor o una tarjeta de crédito. Su médico
RWGFG WUCT NC VCTLGVC RCTC CXGTKIWCT UK VKGPG DGPG,EKQU FG /GFKEC

Solo se le expedirá una tarjeta, y tarjeta Medic04F004F006 <002F>111una tarj1F004B0002020540009D

• «œÀì>• «>À> V•^i~ìiÃ `i i`^V>^` 9œÕÀ/iÝ>Ã i~iv^ìi°Vœ“

Frente de la tarjeta:

Aquí es donde aparece su nombre.

FGFG QU GNPP0@@GFG·GFQSF#KEPEKÏP FG AT

* ÀœÛii`œÀiÃ `i >ìi~V^·~ «À^">À^>

·+Õj iÃ Õ~ «ÀœÛii`œÀ `i >ìi~V^·~ «À^">À^>¶

Su proveedor de atención primaria es una parte importante de su equipo de atención médica. Su proveedor de atención primaria se asegurará de que usted reciba la atención que necesita, como revisiones periódicas y tratamiento cuando esté enfermo. Su proveedor de atención primaria le hará un seguimiento cuando le atiendan otros médicos. Su proveedor de atención primaria debe ser el "hogar médico" de todos sus registros médicos. Su proveedor de atención primaria debe saberlo todo sobre sus necesidades de atención médica pasadas y presentes. Asegúrese de que su proveedor de atención primaria dispone de todos sus registros médicos. Si es usted un paciente nuevo, ayude a su proveedor de CVGPEKÏP RTKOCTKC C QDVGPGT UWU TGIKUVTQU OÂFKEQU FG UW OÂFKEQ CP autorizando el envío de sus registros médicos a su nuevo proveedor de atención primaria.

2WGFG GNGIKT EWCNSWKGT RTQXGGFQT FG CVGPEKÏP RTKOCTKC FG NC TGF F de atención primaria con un consultorio y un horario que le resulten cómodos. Si le gusta el proveedor de atención primaria que ve ahora, puede seguir viéndolo si aparece en nuestro directorio.

7PC XG\ SWG JC[C GNGIKFQ C UW RTQXGGFQT FG CVGPEKÏP RTKOCTKC NNCOG #,NKCFQ CN 66; [NG CUKIPCTGOQU GN RTQXGGFQT FG CVGPEKÏP

2CTC EQPUWNVCT GN FKTGEVQTKQ CEVWCN XKUKVG YYY %QOOWPKV[*GCNVJ% \$WUECT WP RTQXGGFQT +PVTQFW\EC UWU FCVQU \$WUECT 2WGFG GPEQPV nombre del proveedor o por condado del proveedor.

Es importante que usted conozca a su proveedor de atención primaria y que éste lo conozca a usted. No es bueno

>“L^>À «•>~iÃ `i >li~V^•~ “j`^V>

·+Õj ...>}œ Ã^ `iÃiœ V>“L^>À `i «•>~ `i Ã>•Õ`¶

2WGFG ECODKCT FG RNCP FG UCNWF NNCOCPFQ CN VGNÂHQPP FG C[WFC FGN
de plan de atención médica con la frecuencia que quiera, pero no más de una vez al mes.

5K GUV½ GP GN JQURKVCN GP WP EGPVTQ TGUKFGPEKCN FG VTCVCOKGPVQ F
TGUKFGPEKCN FG FGUKPVQZKECEKĪP RQT 57& PQ RQFT½ ECODKCT FG RNCP F

5K NNCOC RCTC ECODKCT FG RNCP FG CVGPEKĪP OÂFKEC GN FÉC FGN OGU C
UKIWKGPPVG 5K NNCOC FGURWÂU FGN FÉC FGN OGU GN ECODKQ VGPFT½ NV

r 5K NNCOC GN FG CDTKN Q CPVGU UW ECODKQ GPVTCT½ GP XKIGPEKC GN

r 5K NNCOC FGURWÂU FGN FG CDTKN UW ECODKQ GPVTCT½ GP XKIGPEKC C

·è µÕ^j~ ••>“œ¶

.NCOG C NC NÉPGC FG C[WFC FGN RTQITCOC 56#4 Q 56#4 2.75 FG 6GZCU CN

· Õ?~ì>Ã ÛiViÃ «Õi`œ V>“L^>À `i «•>~ `i >li~V^•~ “j`^V>¶

2WGFG ECODKCT FG RNCP FG CVGPEKĪP OÂFKEC EQP NC HTGEWGPEKC SWG SW

· Õ?~`œ i~ìÀ>À? i~ Û^}i~V^> i• V>“L^œ `i “^ «•>~ `i >li~V^•~ “j`^V>¶

5K NNCOC RCTC ECODKCT FG RNCP FG CVGPEKĪP OÂFKEC GN FÉC FGN OGU C
UKIWKGPPVG 5K NNCOC FGURWÂU FGN FÉC FGN OGU GN ECODKQ VGPFT½ NV

2QT GLGORNQ

r 5K NNCOC GN FG CDTKN Q CPVGU UW ECODKQ GPVTCT½ GP XKIGPEKC GN

r 5Nî¼a[EL-]r• 5NĒiJđÁ Đ NCC BV GN C@ C PCGWKGWQ 0 €°0 p0@@ NCK pa

r 5K NNCOC FGURWÂU FGN FG CDTKN UW ECODKQ GPVTCT½ GP XKIGPEKC C

Servicios de un centro de enfermería (NF);

'XCNWCEKĪP DWEQFGPVCN [DCTPK\ FG fÖQT GP GN EGPVTQ OÂFKEQ LWPV
OGPQTGU FG CÍQU

Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, incluidos los medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por la farmacia y administrados por el proveedor, y los medicamentos y productos biológicos suministrados en régimen de hospitalización;

2%5 RCTC C,NKCFQU OGPQTGU FG CÍQU

2QFQNQIÉC

Atención prenatal.

5GTXKEKQU FG WP 22'%% RCTC C,NKCFQU OGPQTGU FG CÍQU

5GTXKEKQU RTGXGPVKXQU KPENW[GPFQ WP EJGSWGQ CPWCN RCTC CFWNV

Servicios de atención primaria;

5GTXKEKQU FG GPHGTOGTÉC RTKXCFC 2&0 RCTC C,NKCFQU OGPQTGU FG

Radiología, diagnóstico por imágenes y radiografías;

Servicios de médicos especialistas;

Terapias especializadas: física, ocupacional y del habla;

Trasplante de órganos y tejidos;

Servicios oftalmológicos, incluyendo optometría y anteojos. (Las lentes de contacto solo están cubiertas si son médicamente necesarias para la corrección de la visión que no puede lograrse con anteojos);

Telemedicina;

FMS;

Consulta de apoyo;

Asistencia al empleo;

C .QU C ,NKCFCQU SWG TGEKDG P UGTXKEKQU UKOKNCTGU C VTCXÅU FG WF
Q NC .G[FG 'FWECEKĪP RCTC 2GTUQPCU EQP &KUECRCEKFCFGU PQ R
56#4 2.75 *%\$5

Empleo con apoyo;

• •“œ œL`i~}œ iÃĪœÃ ÃiÀÛ^V^œÃ¶
%QPUWNVG NC R½IKPC YYY %QOOWPKV[*GCVNJ%JQKEG QTI 'PEWGPVTG WP
que le ofrezca estos servicios.

• >P >•}Õ~> •^“^Ī>V^•~ «>À> >•}Ö~ ÃiÀÛ^V^œ VÕL^iÀĪœ¶
2TQRQTEKQPCOQU UGTXKEKQU OÁFKECOGPVG PGEGUCTKQU SWG GUV½P EW
Medicaid no cubre el servicio, entonces nosotros no cubrimos el servicio.

•+Õj Ãœ~ •œÃ ÃiÀÛ^V^œÃ P >PÕ`>Ã > •>À}œ «•>âœ¶
.QU 5GTXKEKQU FG EWKFCFQU [CRQ[Q C NCTIQ RNC\Q UQP DGPG,EKQU SWG
UW FQOKEKNKQ Q EQOWPKFCF 2WGFG TGEKDKT UGTXKEKQU FG EWKFCFQU
atención médica y vitales cotidianas. Algunos de estos servicios son ayudarle a vestirse, bañarse o ir al baño, preparar
comidas, realizar tareas domésticas ligeras o ayudarle a hacer las compras.

œ “ “ Õ ~ ^ ì Þ ^ À Ñ ì ... œ ^ V i - ®

• + Õ j i Ñ œ “ “ Õ ~ ^ ì Þ ^ À Ñ ì ... œ ^ V i - ® ¶ • + Õ ^ j ~ i Ñ i • i } ^ L • i « > À > • œ Ñ Ñ
 .QU D G P G , E K Q U F G % Q O O W P K V [(K T U V % J Q K E G R T Q R Q T E K Q P C P C [W F C U [U G T X
 O K G O D T Q U F G / G F K E C K F E Q P F K U E C R C E K F C F G U K P V G N G E V W C N G U [F G N F G U C
 que necesitan un nivel de atención institucional (ejemplo: hospital, centro de cuidados especializados, centro de atención
 intermedia, etc.) y que necesitan ayuda o desean ser más independientes pueden ser elegibles para los Servicios de CFC.
 .QU C , N K C F Q U S W G X K X G P G P W P J Q I C T E Q O W P K V C T K Q R W G F G P T G E K D K T G U V
 para obtener más información.

• + Õ j Ñ i À Û ^ V ^ œ Ñ œ v À i V i ¶
 CFC presta servicios como:

- r 5 G T X K E K Q U F G C U K U V G P E K C R G T U Q P C N 2 # 5 C [W F C E Q P N C U C E V K X K F C F G
- r 5 G T X K E K Q U F G J C D K N K V C E K Ï P U G T X K E K Q U R C T C C [W F C T C N Q U C , N K C F Q U
- Servicios de respuesta a emergencias: ayuda si los miembros viven solos o están solos la mayor parte del día
- Gestión del apoyo: capacitación sobre cómo seleccionar, gestionar y despedir a los asistentes

Si cree que necesita los servicios de CFC, su coordinador de servicios podrá ayudarle a programar una evaluación. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de CFC o sobre los requisitos para recibirlos, llame a su coordinador de servicios o al 5 G T X K E K Q F G # V G P E K Ï P C N # , N K C F Q

• Õ ? • i Ñ Ñ œ ~ “ ^ Ñ L i ~ i v ^ V ^ œ Ñ ` i / - - i ~ Õ ~ V i ~ ì À œ ` i V Õ ^ ` > ` œ Ñ i Ñ « i V ^ >
 .QU 5 G T X K E K Q U F G E W K F C F Q U [C R Q [Q C N C T I Q R N C \ Q U Q P D G P G , E K Q U S W G N
 U W F Q O K E K N K Q Q E Q O W P K F C F 2 W G F G T G E K D K T U G T X K E K Q U F G E W K F C F Q U C
 atención médica y vitales cotidianas. Algunos de estos servicios son ayudarle a vestirse, bañarse o ir al baño, preparar
 comidas, realizar tareas domésticas ligeras o ayudarle a hacer las compras.

• ` ì À œ Ñ L i ~ i v ^ V ^ œ Ñ ` i - / è , 3 * 1 -] V Õ ^ ` > ` œ Ñ Þ > « œ Þ œ Ñ > • > À } œ « • > â c
 # N I W P Q U O K G O D T Q U F G 5 6 # 4 2 . 7 5 R W G F G P Q D V G P G T Q V T Q U U G T X K E K Q U F G E V
 P G E G U K F C F O Â F K E C 5 G F G P Q O K P C P U G T X K E K Q U F G G Z G P E K Ï P 5 6 # 4 2 . 7 5 G U F
 denominados CBA):

- Ayudas de adaptación como: sillas de ruedas, andadores, bastones y equipos médicos duraderos
- Cuidados de acogida para adultos
- Servicios de vida asistida
- Servicios dirigidos al consumidor
- Servicios de respuesta a emergencias
- Comidas a domicilio
- r / Q F K , E C E K Q P G U O G P Q T G U F G N J Q I C T
- Servicios de un centro de cuidados especializados
- Asistente de cuidados personales
- Servicios de cuidados de relevo
- Servicios de terapia (física, ocupacional, del habla)
- Supervisión de protección
- Servicios de asistencia para la transición
- Servicios dentales
- Terapia de rehabilitación cognitiva

• “œ V>“L^>À%>~ “^Ã Li~iv^V^œÃ Ã^ “i ìÀ>Ã•>`>À> > •> Vœ“Õ~^`>`>
5WU DGPG,EKQU 56#4 2.75 PQ ECODKCT½P UK UG OWFC C NC EQOWPKFCF 2C
CN #,NKCFQ CN

• Õ?•iÃ Ãœ~ “^Ã Li~iv^V^œÃ `i VÕ^`>`œÃ >}Õ`œÃ¶
.QU DGPG,EKQU FG EWKFCFQU CIWFQU KPENW[GP UGTXKEKQU EQOQ XKUKVCU
OÂFKEQU 5K FGUGC O½U KPHQTOCEKĪP UQDTG NQU DGPG,EKQU FG EWKFCFQ
5GTXKEKQ FG #VGPEKĪP CN #,NKCFQ CN 66; 4GEWGTFG SWG UK
cuidados agudos están cubiertos por Medicare.

• “œ œLìi~}œ iÃìœÃ ÃiÀÛ^V^œÃ¶
%QPUWNVG GP +PVGTPGV YYY %QOOWPKV[*GCNVJ%JQKEG QTI 'PEWGPVTG V
que le preste estos servicios.

• è μÕj ~Õ“iÀœ ••>“œ «>À> œLìi~iÀ ~vœÀ“>V^•~ ÃœLÀi iÃìœÃ ÃiÀÛ
.NCOG C UW EQQTFKPCFQT FG UGTXKEKQU Q CN 5GTXKEKQ FG #VGPEKĪP CN :

• +Õj ÃiÀÛ^V^œÃ «Õi`œ Ãi}Õ^À ÀiV^L^i~`œ > ìÀ>ÛjÃ `i• i`^V>`^ œÃ
VÕL^iÀìœÃ «œÃ œ““Õ~^ìP i>•ì... ..œ^Vi®¶
r %QPVTQN RTGXXKQ C NC CFOKUKĪP [TGXXKUKĪP FG TGUKFGPVGU 2TGCFOKU
es un requisito federal para ayudar a determinar si un individuo no es inadecuadamente colocado en un centro de
cuidados especializados a largo plazo.

- - Hospice

• Õ?•iÃ Ãœ~ “^Ã Li~iv^V^œÃ `i “i`^V>“i~ìœÃ ÀiViì>`œÃ¶
Solo no dobles

Los medicamentos recetados están cubiertos cuando:

- r 'N OGFKECOGPVQ GUV½ GP GN (QTOWNCTKQ FG /GFKECOGPVQU RCTC 2TQX
- La receta se surte en una farmacia de la red
- Los solicita su proveedor de atención médica u otro médico que lo trate a usted o a su hijo.

2WGF G DWUECT NC)WÉC RCTC CEEFGT C WPC CUKUVGPEKC UCPKVCTKC FG
OGLQTC FG NC ECNKFCF FG PWGUVTC R½IKPC YGD %QOOWPKV[*GCNVJ%JQKE
QDVGPGT O½U KPHQTOCEKĪP UQDTG UWU DGPG,EKQU FG OGFKECOGPVQU [G

• +Õj Ûi~ì>•>Ã >`^V^œ~>•iÃ œLìi~}œ Vœ“œ >v^•^>`œ > œ““Õ~^ìP i>

-iÀÛ^V^æÃ `i Ã>•Õ` Þ L^i~iÃì>À

Acceso a recursos en línea, para conectar con recursos comunitarios gratuitos o de bajo costo. Manta gratuita para los

PWGXQU C,NKCFQU 4GNQL FKIKVCN ITCVWKVQ EQP NGVTC ITCPCFG RCTC NQU

Õi}æ Þ i•iÀV^V^æ Ã>•Õ`>L•iÃ

-KV FG GLGTEKEKQU SWG RWGFG KPENWKT WPC DCPFC FG TGUKUVGPEKC WP

*Àæ}À>“>Ã `i æLÃiµÕ^æÃ

6CTLGVC TGICNQ FG RCTC NQU C,NKCFQU FKCDÁVKEQU SWG UG JCICP WPC

TGICNQ FG RCTC NQU C,NKCFQU FKCDÁVKEQU SWG UG UQOGVCP C WP GZCO

RCTC NQU C,NKCFQU EQP GUSWK\QHTGPKC Q VTCUVQTPQ DKRQNCT SWG WV

WP GZCOGP FG FGVGEEKİP FG FKCDGVGU 6CTLGVC TGICNQ FG CN CÍQ RCTC

mamografía recomendada.

,iVÕÀÃæÃ i~ •%~i> ÃæLÀi Ã>•Õ` “i~ì>•

Recursos de telesalud en línea y herramienta de acompañamiento en línea para salud mental.

••“æ «Õi`æ æLìi~iÀ iÃìæÃ Li~iv^V^æÃ¶

.NCOG CN 5GTXKEKQ FG #VGPEKİP CN #,NKCFQ CN

Q CN PÖOGTQ ITCV

•+Õj V•>ÃiÃ `i i`ÕV>V^~ `i Ã>•Õ` ævÀiVi æ““Õ~^ìÞ i>•ì... ...æ^Vi¶

'N QDLGVKXQ FG PWGUVTQ 2TQITCOC FG GFWECEKİP FG UCNWF GU C[WFACT C P

0WGUVTQ 2TQITCOC FG GFWECEKİP FG UCNWFP 0 àK¥PP E P 0P QUðpP•@0ò

·+Õj iÃ •> >ìi~V^•~ “j`^V> `i i“iÀ}i~V^>¶
èÃ^Ãìi~V^> “j`^V> `i i“iÀ}i~V^>

. •“œ « Õi`œ «i`^À Õ~> Ñi}Õ~`> œ«^~^•~¶
.NCOG CN 5GTXKEKQ FG #VGPEKĪP CN #,NKCFQ UK FGUGC WPC UGIWPFC QRKPI
2TQXGGFQT FG NC TGF Q FG WP 2TQXGGFQT HWGTC FG NC TGF UK PQ JC[FKU
segunda opinión si:

Ha recibido un diagnóstico o instrucciones de su proveedor que no le parecen correctos o completos.
Su proveedor dice que necesita cirugía.

9. $\tilde{A}^i \rightarrow L^j \sim \tilde{i} \sim \} \text{œ} \quad i^{\wedge} V > \tilde{A} i \uparrow$

Medicare o su plan de salud de Medicare pagarán sus servicios antes que Community Health Choice. Community Health %JQKEG RWGFG EWDTKT CNIWPQU UGTXKEKQU SWG /GFKECTG PQ EWDTG RCT XGPVC EQP TGE GVC GUV½P EWDKGTVQU C VTCXÅU FGN RTQITCOC FG OGFKEC D de Medicare.

+ $\tilde{O} j \llbracket > \tilde{A} > \tilde{A}^{\wedge} \hat{U} \text{œ} \text{P} > \tilde{O} \sim > v > \tilde{A}^{\wedge} > V^{\wedge} > \mu \tilde{O} i \sim \text{œ} i \tilde{A}^{\wedge} \tilde{i} \bullet > \tilde{A} i^{\wedge} \uparrow$

6GPGOQU OWEJCU HCTOCEKCU GP PWGUVTC TGF %QPUWNVG PWGUVTC R½IK (KPF C &QEVQT 2TQFWEVU (KPF C 2JCTOCE[RCTC QDVGP GT WPC NKUVC E #VGPEKİP CN #, NKCFQ CN Q CN VGNÅHQ PQ ITCVWKVQ 66; farmacia que no pertenece a nuestra red, no cubriremos su receta y tendrá que pagar el precio completo.

+ $\tilde{O} j \tilde{i} L \text{œ} \bullet \bullet i \hat{U} > \tilde{A} > \bullet > v > \tilde{A}^{\wedge} > V^{\wedge} > \uparrow$

Si va a la farmacia, debe llevar:

- Su(s) receta(s) o frascos de medicamentos.

r 5W VCTLGVC FG KFGPVK, ECEKİP FG %QOOWPKV[*GCNVJ %JQKEG Q UW VCT r 5W 6CTLGVC FG \$GPG, EKQU FG /GFKECKF FG 6GZCU

+ $\tilde{O} j \llbracket > \tilde{A} > \tilde{A}^{\wedge} \sim i V i \tilde{A}^{\wedge} \tilde{i} \text{œ} \mu \tilde{O} i \text{ " } i \sim \hat{U} \% i \sim \text{ " } \tilde{A} \text{ " } i^{\wedge} V > \text{ " } i \sim \tilde{i} \text{œ} \tilde{A} \uparrow$

#NIWPCU HCTOCEKCU FG PWGUVTC TGF TGCNK\CP GPVTGICU C FQOKEKNKQ %QOOWPKV[*GCNVJ%JQKEG QTI 'PEQPVTCT WP OÅFKEQ \$WUECT WPC HCTO RWGFG NNC OCT ITCVKU CN 5GTXKEKQ FG #VGPEKİP CN #, NKCFQ CN

è $\mu \tilde{O}^{\wedge} j \sim \bullet \bullet > \text{ " } \text{œ} \tilde{A}^{\wedge} \tilde{i} \sim \} \text{œ} \llbracket \tilde{A} \text{œ} L \bullet i \text{ " } > \tilde{A} \llbracket > \tilde{A} > \text{œ} L \tilde{i} \sim i \tilde{A} \text{ " } \tilde{A} \text{ " } i^{\wedge} V > \text{ " } i \sim \tilde{i} \text{œ} \tilde{A} \uparrow$

Community Health Choice trabajará con usted, el centro de cuidados especializados y la farmacia para asegurarse de que TGEKDG NQU OGFKECOGPVQU SWG PGEGUKVC 5K VKGPG RTQDNGOCU RCTC Q NNC OG CN 66; RCTC UQTFQU [RGTUQPCU EQP RTQDNGOCU FG CW

+ $\tilde{O} j \dots > \} \text{œ} \tilde{A}^{\wedge} \sim \text{œ} \llbracket \tilde{O} i^{\wedge} \text{œ} \text{œ} L \tilde{i} \sim i \tilde{A} \bullet > > \llbracket \tilde{A} \text{œ} L > V^{\wedge} \bullet \sim \llbracket > \tilde{A} > i \bullet \text{ " } i^{\wedge} V > \text{ " } i \sim \tilde{i} \text{œ} \tilde{A} \uparrow$

Si no se puede comunicarse con su médico para que apruebe una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia de su medicación para tres días.

. NCOG C %QOOWPKV[*GCNVJ %JQKEG CN 66; RCTC QDVGP GT C

+ $\tilde{O} j \llbracket > \tilde{A} > \tilde{A}^{\wedge} \llbracket \tilde{i} \tilde{A}^{\wedge} \text{œ} \text{ " } \tilde{A} \text{ " } i^{\wedge} V > \text{ " } i \sim \tilde{i} \text{œ} \tilde{A} \uparrow$

Si pierde o le roban el medicamento, pida al centro de cuidados especializados que llame gratis al Servicio de Atención al #, NKCFQ CN 66; RCTC TGEKDKT KPUVTWEEKQPGU UQDTG NQ SW

• $\text{ " } \text{œ} \tilde{A} i V^{\wedge} L \text{œ} \tilde{A} i \tilde{A} \hat{U}^{\wedge} V^{\wedge} \text{œ} \tilde{A} \tilde{i} \llbracket \bullet > \sim^{\wedge} v^{\wedge} V > V^{\wedge} \bullet \sim v > \text{ " } \tilde{A}^{\wedge} > \tilde{A} \uparrow$

• $i V i \tilde{A}^{\wedge} \tilde{i} \text{œ} \tilde{O} \sim > \tilde{i} \tilde{A}^{\wedge} \hat{U} > V^{\wedge} \bullet \sim \llbracket > \tilde{A} > i \tilde{A} \tilde{i} \text{œ} \uparrow$

• + Õj « > ã > ã ^ i ã ì œ Þ ` i " > ã ^ > ` œ i ~ v i À " œ É > « > À > ì œ " > À Õ ~ > ` i V ^ ã ^ • ~ ã o

Si no ha designado a un sustituto, su médico pedirá a su pariente o amigo más cercano que le ayude a decidir qué es lo mejor para usted. Como es posible que no todas esas personas estén de acuerdo con lo que hay que hacer con sus cuidados, es útil que diga de antemano lo que quiere que ocurra si no puede hablar por usted mismo.

• + Õj ã œ ~ • > ã ` ^ À i V ì ^ Û > ã > ~ ì ^ V ^ « > ` > ã ¶

Las directivas anticipadas son documentos legales que le permiten decir si acepta o rechaza un tratamiento médico en caso de que esté demasiado enfermo para hablar por sí mismo. Estos documentos pueden ayudar a tu familia a decidir qué hacer por usted para aliviarles el estrés de tomar la decisión por usted. También ayuda al médico a atenderlo según sus deseos.

• • " œ œ L ì i ~ } œ Õ ~ > ` ^ À i V ì ^ Û > > ~ ì ^ V ^ « > ` > ¶

2KFC C UW OÁFKEQ GN HQTOWNCTKQ Q HQTOWNCTKQU FG FKTGEVKXCU CPVKE

b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.

E 7UCT GN RTQEGUQ FG CRGNCEKĪP FGN RNCP [TGEKDKT KPHQTOCEKĪP UQ

d. Solicite una revisión médica externa y una audiencia estatal imparcial al programa estatal de Medicaid e infórmese sobre cómo funciona ese proceso.

e. Solicitar una audiencia estatal imparcial sin una revisión médica externa al programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.

Tiene derecho a acceder de forma oportuna a atención que no presente ninguna barrera de acceso físico ni de comunicación. Eso incluye el derecho a:

C 6GPGT CEEGUQ VGNGHĪPK EQ C WP RTQHGUQKPCN OĀFKEQ NCU JQTCU I

atención urgente o de emergencia que necesite.

b. Recibir atención médica de manera oportuna.

E 2QFGT KPITGUCT [UCNKT FGN EQPUWNVQTKQ FG WP RTQXGGFQT FG CVG

para personas con discapacidades u otras situaciones que limitan la movilidad, en conformidad con la Ley de norteamericanos con discapacidades.

d. Contar con intérpretes, de ser necesarios, durante las citas con sus proveedores y cuando habla con su plan de CVGPEKĪP OĀFKEC +PVĀTRTG VGU KPENW[G RGTUQPCU SWG RWGFGP JCDN discapacidad o ayudarlo a entender la información.

e. Recibir información que pueda entender sobre las reglas de su plan de atención médica, que incluyen los servicios de atención médica que puede obtener y cómo obtenerlos.

7. Tiene derecho a no ser retenido o aislado para conveniencia de otra persona, o con la intención de obligarlo a hacer algo que usted no desea hacer, o para castigarlo.

Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otras personas que lo atienden pueden darle información acerca de la situación de su salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que le entreguen esta información, incluso cuando la atención o el tratamiento no sea un servicio cubierto.

Tiene derecho a saber que usted no es responsable de pagar los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y demás entidades no pueden exigirle que abone copagos ni ningún otro importe por los servicios cubiertos.

6KGP G FGTGEJQ C JCEGT TGEQOGPFCEKQPGU UQDTG NQU FGTGEJQU [TGU

RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS:

Debe conocer y entender cada uno de los derechos que tiene en el programa de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:

a. Conocer y entender sus derechos bajo el programa de Medicaid.

b. Formular preguntas si no entiende sus derechos.

c. Saber qué opciones de planes de salud se encuentran disponibles en su zona.

Debe respetar todas las políticas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:

a. Conocer y respetar todas las reglas del plan de salud y las reglas de Medicaid.

b. Escoger con prontitud su plan de atención médica y su proveedor de atención primaria.

c. Realizar cualquier cambio a su plan de atención médica y a su proveedor de atención primaria de las maneras estipuladas por Medicaid y por el plan de atención médica.

d. Asistir a sus citas programadas.

e. Cancelar las citas con anticipación cuando no puede asistir.

f. Siempre comunicarse primero con su proveedor de atención primaria para sus necesidades médicas que no sean de emergencia.

g. Asegurarse de contar con la autorización de su proveedor de atención primaria antes de acudir a un especialista.

h. Entender cuándo debería y cuándo no debería ir a una sala de emergencias.

Debe compartir información acerca de su salud con su proveedor de atención primaria y enterarse acerca de las opciones de servicios y tratamientos. Eso incluye la responsabilidad de:

C +PHQTOCT C UW RTQXGGFQT FG CVGPEKĪP RTKOCKC UQDTG UW UCNWF

- b. Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y preguntar acerca de los distintos modos para tratar sus problemas médicos.
- c. Ayudar a sus proveedores a conseguir sus registros médicos.

Debe participar en las decisiones relacionadas con las opciones de tratamiento y servicio, escoger sus preferencias personales y tomar medidas para mantener su salud. Eso incluye la responsabilidad de:

- a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál es la mejor atención médica para usted.
- b. Entender cómo lo que usted hace puede afectar su salud.
- c. Dar lo mejor de sí para mantenerse saludable.
- d. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
- e. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

Si cree que se le ha tratado injustamente o se lo ha discriminado, llame al número gratuito del Departamento de Salud y

5GTXKEKQU *WOCPQU FG NQU 'UVCFQU 7PKFQU **5 6CODKÅP RV
FG >GEJQU %KXKNGU FGN **5 GP GN UKVKQ YYY JJU IQX QET

* ÀœViÃœ `i μÕi•>Ã

·+Õj `iLœ ...>ViÀ Ã^ ìi~}œ Õ~> μÕi•>¶

¿Qué debo hacer si tengo una queja sobre mi asistencia médica, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan de salud?

3WGTGOQU C[WFCTNQ 5K VKGPG CNIWPC SWGLC NN½OGPQU ITCVKU CN
6 • P `àP`• p à P pà P 0°p`0@àp pà P Pđ`KÉ U 3PC SXP\SWGLF
F!D_U ĪP T GC GPQQUFQXFGOSVFS E

'PXÉG UW SWGLC C NC FKTGEEKĪP SWG ,IWTC C EQPVKPWCEKĪP

Community Health Choice Texas, Inc.
Service Improvement
4888 Loop Central Drive, Suite. 600
Houston, TX 77081
Fax: 713.295.7036

. Ō?~ìæ ì>À`>À?~ i~ «ÀœViÃ>À “^ μŌi•>¶
2WGFG RTGUGPVCT WPC SWGLC GP EWCNSWKGT OQOGPVQ .G GPXKCTGOQU V

.NCOG C 5GTXKEKQU FG #VGPEKĪP CN #,NKCFQ FG %QOOWPKV[*GCNVJ %JQKE

Community Health Choice, Inc.
Attention: Medical Affairs-Medical Appeals Department
4888 Loop Central Drive, Suite. 600, Houston, TX 77081
Teléfono: 713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850
Fax: 713.295.7033

2WGFG GPXKCT RQT EQTTGQ UW CRGNCEKĪP UQDTG UCNWF EQPFWEVWCN C N

Community Health Choice Texas, Inc. Attention: Medical Affairs-BH Appeals
P.O. Box 1411
Houston, TX 77230
713.295.2300 o llame gratis al 1.888.435.2850 o TTY 7-1-1
Fax: 713.576.0394/Attention: BH Appeals Coordinator

2WGFG UQNKEKVCT WPC CRGNCEKĪP RQT FGP GICEKĪP VQVCN Q RCTEKN FGN
RNC\Q FG FÉCU C RCTVKT FGN OQOGPVQ GP SWG TGEKDC NC PQVK,ECEKĪP
seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado o reducido, al menos hasta que se tome la
FGEKUKĪP ,PCN UQDTG NC CRGNCEKĪP 5K PQ UQNKEKVC WPC CRGNCEKĪP GP
reciba el aviso de denegación, se interrumpirá el servicio denegado por el plan de salud.

r +PENWKT NC PQVK,ECEKĪP CN C,NKCFQ FG SWG RCTC ICTCPVK\CT NC EQP
FGDGT½ RTGUGPVCT NC CRGNCEKĪP C O½U VCTFCT GN ÖNVKOQ FG NQU UK
NC %QOOWPKV[*GCNVJ %JQKEG FG NC PQVK,ECEKĪP FG NC CEEKĪP Q FG N
propuesta.

- Las apelaciones deben aceptarse oralmente o por escrito.

. *Öi`i >•}Ö^i~ `i œ““Ö~^`İP i>•İ... ...œ^Vi >PÖ>`>À“i > «ÀiÃi~İ>À Ö~
5É 7P &GHGPUQT FG 5GTXKEKQU CN #,NKCFQ FG %QOOWPKV[*GCNVJ %JQKE
servicios médicos denegados.

.N½OGPQU ITCVKU CN 66; 2QT NQ IGP GTCN RQFGOQU C[WFCT C
unos días.

r 1REKĪP FGN C,NKCFQ FG UQNKEKVCT WPC TGXKUKĪP OÂFKEC GZVGTPC [WF
después de la fecha en que Community Health Choice envíe por correo el aviso de decisión de la apelación.

r 1REKĪP FGN C,NKCFQ FG UQNKEKVCT ÖPKECOGPVG WPC CWFKGPEKC GUV C
la fecha en que Community Health Choice envíe por correo el aviso de decisión sobre la apelación.

è «i•>V^•~ >Vi•iÀ>`> `i œ““Ö~^`İP i>•İ...

.+Öj iÃ Ö~> >«i•>V^•~ `i i“iÀ}i~V^>¶
7PC CRGNCEKĪP FG GOGTIGPEKC UG RTQFWE G EWCPFQ GN RNCP FG UCNWF V
de su estado de salud, y tomarse el tiempo necesario para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su
salud.

. •“œ Ãœ•^V^`İœ Ö~> >«i•>V^•~ `i i“iÀ}i~V^>¶
2WGFG UQNKEKVCT WPC CRGNCEKĪP FG GOGTIGPEKC C %QOOWPKV[*GCNVJ %
tomarse el tiempo necesario para la resolución de una apelación estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud
FGN C,NKCFQ Q UW ECRCEKFCF RCTC CNECP\CT OCPVGP GT Q TGEWRGTCT GN

./i~}œ µÖi «ÀiÃi~İ>À “^ «i`^`œ «œÀ iÃVÀ^`İœ¶
No.

. Õ?•iÃ Ãœ~ •œÃ «•>âœÃ «>À> Õ~> >«i•>V^•~`i i“iÀ}i~V^>¶
Si se ha determinado que su solicitud de apelación cumple los criterios para una revisión de emergencia, Community
*GCNVJ %JQKEG FGDG EQORNGVCT WPC TGXKUKÏP FG NC UQNKEKVWF FG CRGM
la fecha y hora de recepción de toda la información que necesitamos para revisar la apelación. Community Health Choice
NG EQOWPKECT½ PWGUVTC FGEKUKÏP RQT VGNÂHQPP GP WP RNC\Q FG JQTC
información necesaria para revisar la apelación. Le enviaremos por correo nuestra decisión en un plazo de tres días hábiles
después de tomar una decisión.

Recibirá una respuesta en el plazo de un día laborable si se determina que su solicitud de apelación cumple los criterios de
emergencia y está relacionada con lo siguiente:

r &GPGICEKÏP FG C FOKUKQPGU FG GOGTIGPEKC [GN C,NKCFQ GUV½ JQURKVO

- Afecciones que amenazan la vida

,iÛ^Ã^•~ “j`^V> iÝìiÀ~>

. * Õi`œ Ãœ•^V^ì>À Õ~> ÀiÛ^Ã^•~ “j`^V> iÝìiÀ~>¶

5K WUVGF EQOQ C,NKCFQ FGN RNCP FG UCNWF PQ GUV½ FG CEWGTFQ EQP
Health Choice del plan de salud, tiene derecho a solicitar una revisión médica externa con audiencia imparcial estatal.

7PC TGXKUKÏP OÂFKEC GZVGTPC GU WP RCUQ CFKEKQPCN [QREKQPCN SWG F
ITCVWKVCOGPVG CPVGU FG UW CWFKGPEKC KORCTEKN GUVVCN 7UVGF U
NGICNOGPVG CWVQTK\CFQ .#4 FGDGP UQNKEKVCT NC TGXKUKÏP OÂFKEC GZ
GN RNCP FG UCNWF GPXÉG RQT EQTTGQ NC ECTVC EQP NC FGEKUKÏP 5K PQ
RWGFG RGTFGT UW FGTGEJQ C NC OKUOC 2CTC UQNKEKVCT WPC TGXKUKÏP C
representante legalmente autorizado pueden:

r %QORNGVCT GN HQTOWNCTKQ 5VCVG (CKT *GCTKPI CPF 'ZVGTPCN /GFKEC
FG CWFKGPEKC KORCTEKN GUVVCN [TGXKUKÏP OÂFKEC GZVGTPC SWG
decisión de apelación interna de Community Health Choice y enviarlo por correo o fax a Community Health Choice
utilizando la dirección o el número de fax que aparecen en la parte superior del formulario;

r .NCOCT C %QOOWPKV[*GCNVJ %JQKEG CN 66;

- Enviar un correo electrónico a Community Health Choice a Appeals@communityhealthchoice.org,

Tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya denegado o reducido, al menos hasta
SWG UG VQOG NC FGEKUKÏP UQDTG NC TGXKUKÏP OÂFKEC GZVGTPC [NC CWF
OÂFKEC GZVGTPC EQP CWFKGPEKC GUVVCN KORCTEKN CPVGU FG NC ÖNVK
%QOOWPKV[*GCNVJ %JQKEG GPXÉG RQT EQTTGQ GN CXKUQ FG NC #EEKÏP Q
UW UGTXKEKQ UG TGFWEKT½ Q VGTOKPCT½ 5K PQ UQNKEKVC NC EQPVKPWC
servicio que el plan de salud denegó.

7UVGF RWGFG TGVKTCT UW UQNKEKVVWF FG TGXKUKÏP OÂFKEC GZVGTPC CPV
GUVÅ TGXKUCPFQ UW UQNKEKVVWF FG TGXKUKÏP OÂFKEC GZVGTPC 7PC TGXK

tomar bienes y otros recursos.

i~Õ~V^>Ã `i >LÕÃœ] ~i}•^}i~V^> Þ iÝ«•œl>V^•~

La ley exige que denuncie sospechas de abuso, negligencia o explotación, incluso el uso no autorizado de contenciones o aislamiento que pueda efectuar un proveedor.

.NCOG CN GP ECUQ FG UKVWCEKQPGU EQP RGNKITQ FG XKFC Q GOGTIGPE

i~Õ~V^i «œÀ ìi•jvœ~œ -~œ `i i“iÀ}i~V^>®Æ Ó{ ...œÀ>Ã] ìœ`œÃ •œÃ `‰>Ã] }À>ì^Ã°
+PHQTOG CN &GRCTVCOGPVQ FG 5GTXKEKQU RCTC /C[QTGU [2GTUQPCU &KUE
persona víctima de abusos, negligencia o explotación vive o recibe servicios de:

r 7P EGPVTQ FG EWKFCFQU GURGEKCNK\CFQU

r 7PC KPUVKVWEKÏP FG XKFC CUKUVKFC

r 7P EGPVTQ FG CVGPEKÏP FKWTPQ RCTC CFWNVQU

r 7P RTQXGGFQT JCDKNKVCFQ FG JQICT UWUVKVWVQ RCTC CFWNVQU Q

r 7PC CIGPEKC FG UGTXKEKQU FG CRQ[Q GP GN JQICT [GP NC EQOWPKFCF *

La sospecha de abuso, negligencia o explotación de parte de una HCSSA también debe ser denunciada ante el
&GRCTVCOGPVQ FG 5GTXKEKQU RCTC NC (COKNKC [FG 2TQVGEEKÏP &(25
&GPWPEKG EWCNSWKGT QVTC UQURGEJC FG CDWUQ PGINKIGPEKC Q GZRNQVOC

i~Õ~V^> «œÀ “i^`œÃ i•iVÌÀ•~^VœÃ -~œ `i i“iÀ}i~V^>®\
8KUKVG JVVURU VZCDWUGJQVNKPG QTI 'UVG GU WP UKVKQ YGD UGIWTQ &GD
RGT,N

~vœÀ“>V^•~ `i ÕÌ^•^>` «>À> `i~Õ~V^>À

Cuando denuncie abuso, negligencia o explotación, es útil tener los nombres, edades, direcciones y números de teléfono de todos los involucrados.

~vœÀ“>V^•~ ÆœLÀi i• vÀ>Õ`i

• iÃi> `i~Õ~V^>À `iÀÀœV...i] >LÕÃœ œ vÀ>Õ`i¶

Háganos saber si piensa que un médico, dentista, farmacéutico en una farmacia, otro proveedor de atención médica o
WPC RGTUQPC SWG QDVKGPG DGGP,EKQU GUV½ CEVWCPFQ OCN #EVWCT OCN
EQPVTC NC NG[2QT GLGORNQ KPHÏTOGPQU UK RKGPUC SWG CNIWKGP GUV½

- siendo pagado por servicios no prestados o innecesarios;
- mintiendo sobre una afección médica para recibir tratamiento médico;

r RGTOVKVGPFQ SWG CNIWKGP O½U WUG WPC KFGPVK,ECEKÏP FG /GFKECKF

r WVKNK\CPFQ NC KFGPVK,ECEKÏP FG /GFKECKF FG QVTC RGTUQPC

r /KPVKGGPFQ UQDTG NC ECPVKFCF FG FKPGTQ Q TGEWTUQU EQP NQU SWG EM

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor;
- Nombre y dirección de la instalación (hospital, centro de cuidados especializados, agencia de atención domiciliaria, etc.);
- El número de Medicaid del proveedor y de la instalación, si los tiene;
- El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.);
- Los nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
- Las -n63n;

DECLARACIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN (HHS)

Community Health Choice, Inc. (Community) cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles, y no discrimina con base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community no excluye a las personas y ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes EWCNK, ECFQU FG NGPIWCLG FG UGÍCU [K HQTOCVQU NGVTC ITCPFG CWFKQ HQTOCV (formatos). Community proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como intérpretes EWCNK, ECFQU G KPHQTOCEKİP GUETKVC C



Ûi~ìœÃ «>À> >w•^>`œÃ

}%QOOWPKV[UKGORTG GUV½ RNCPCGCPFQ ITCPCFGU [RGSWGÍQU GXGPVQU RCT
Beaumont!

Notas:

Notas:

Notas:

Notas:

