



**Programa de Servicios
para Niños con
Necesidades
Especiales de Salud**

Guía del cliente



***If you need this guide in
English, call us toll-free
at 877-888-2350.***



TEXAS
Health and Human
Services

*Medical and
Social Services*

Bienvenido al Programa de Servicios para Niños con Necesidades Especiales de Salud.

Este es su Guía del cliente. En el interior, encontrará información importante sobre nuevas prestaciones y respuestas a muchas de sus preguntas.

Ha recibido este guía porque ha sido aprobado para participar en el Programa de Servicios CSHCN, lo que significa que su solicitud ha sido recibida, revisada y aprobada porque usted cumple con los criterios del programa.

Este paquete está dividido en secciones para una fácil referencia:

- Eligibilidad del programa 3**
- Las prestaciones del programa..... 5**
- Derechos y responsabilidades..... 10**
- Otro seguro médico..... 13**
- Preguntas frecuentes 15**
- Datos de contacto..... 18**
- El Hogar Médico.....20**
- Recursos22**

Asimismo, puede obtener más información sobre nuestro programa en <https://hhs.texas.gov/es/servicios/discapacidad/programa-de-servicios-para-ninos-con-necesidades-medicas-especiales>, incluso este guía en formato electrónico.

Si necesita asistencia, llámenos al **800-252-8023** o envíenos un correo electrónico a cshcn@hhs.texas.gov.

ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE SERVICIOS CSHCN

Esta sección cubre todo lo que necesita saber sobre lo que significa ser elegible para las prestaciones, cómo mantener la elegibilidad y qué sucede si no la renueva a tiempo.

¿Qué significa ser elegible?

Ser elegible significa salir de la lista de espera y poder obtener las prestaciones. Ahora que es elegible, debería haber recibido un **Aviso de Elegibilidad** (en inglés Notice of Eligibility). Es una hoja de papel con su nombre, número de identificación y fechas de elegibilidad (cuando comienza y termina la cobertura).

Debe mostrar su aviso de elegibilidad cada vez que visite el consultorio de su proveedor. Si no lo hace, es posible que le cobren.

Cuando vuelva a solicitar el programa, recibirá un nuevo aviso (siempre y cuando reúna los requisitos). Asegúrese de usar el aviso más reciente al visitar a sus proveedores de atención médica.

Mantener la elegibilidad

¡Tenga cuidado con sus fechas de elegibilidad! Solo puede obtener las prestaciones durante esas fechas. Cuando finalice su período de elegibilidad, dejará de estar cubierto por nuestro programa. Para mantener su elegibilidad, **debe volver a presentar la solicitud cada 12 meses**.

Es muy importante volver a presentar la solicitud a tiempo. Si no lo hace, le volverán a colocar en la lista de espera.

Renovar su Solicitud

Cuando llegue el momento de renovar su solicitud, le enviaremos un paquete de renovación. El paquete incluye la solicitud y una carta con los próximos pasos que debe seguir. Lea el paquete de renovación con cuidado. Si no recibe un paquete de renovación a los 60 días antes de que se termine su elegibilidad, llame al **800-252-8023**. Los formularios de solicitud también están disponibles en nuestro sitio web.

Cada vez que renueve su solicitud, debe presentar pruebas de residencia, ingresos y cualquier otra cobertura de seguro (incluida la cobertura de Medicaid o CHIP). No es necesario que presente un comprobante de fecha de nacimiento. Incluya cualquier información que haya cambiado desde la última vez que presentó la solicitud, tal como cambios en:

- Dirección y número de teléfono
- Cantidad de personas que viven en su hogar
- Ingresos
- Seguro (incluidas las primas)

Junto con la solicitud, debe enviar un nuevo Formulario de Evaluación de Médico/Dentista (PAF). Los plazos de tiempo aparecen en la carta.

Escriba siempre su nombre y número de identificación de cliente en todos los comprobantes, formularios y cartas que nos envíe. Guarde copias de todo para sus registros.

Si necesita ayuda, un administrador de casos en la oficina de servicios de salud puede ayudarlo a reunir toda la documentación que necesita y puede verificar si aún califica para participar en nuestro programa. Si aún cumple con los criterios de elegibilidad cuando vuelve a presentar la solicitud, conservará sus prestaciones.

Complete una nueva solicitud cada 12 meses y entréguela a la oficina de servicios de salud.

¡No deje que pase la fecha límite! Si está cerca del final de la fecha de elegibilidad pero tiene problemas para reunir todos los documentos requeridos, envíe los formularios de solicitud que haya completado. Luego, envíe lo que falta lo más pronto posible.

La lista de espera

Si le pusieron inicialmente en la lista de espera o si le vuelven a colocar en la lista de espera, todavía tiene que volver a presentar la solicitud cada 12 meses. Tendrá que esperar hasta que tengamos nuevamente suficientes fondos para cubrir sus prestaciones.

Evite volver a la lista de espera asegurándose de llenar una nueva solicitud cada 12 meses y entregándola a la oficina de servicios de salud.

Al considerar cuándo le podemos sacar de la lista de espera, revisamos diferentes datos, como por ejemplo:

- Lo que declara su médico o dentista en el Formulario de Evaluación de Médico/Dentista (PAF)
- Si tiene o no otro seguro de salud (como Medicaid o CHIP)
- Cuánto tiempo ha estado en la lista de espera

Nota importante

Si tiene menos de 19 años y es ciudadano estadounidense o residente legal, debe solicitar Medicaid o CHIP.

Si se inscribió en los últimos 12 meses, también debe enviar una copia de la carta de determinación más reciente de Medicaid o CHIP. Visite www.medicaid.gov/chip/index.html para descargar una solicitud.

Si no ha solicitado CHIP o Medicaid en los últimos 12 meses, debe hacerlo antes de inscribirse en nuestro programa.

LAS PRESTACIONES Y LIMITACIONES

Nuestro programa ofrece bastantes diferentes tipos de prestaciones médicas y no médicas. Esta sección explica cuáles de las prestaciones están cubiertas, cuáles no, y quién es responsable de pagarlas.

Las prestaciones médicas

Atención Preventiva y Especializada

Los chequeos regulares con su médico de atención primaria, así como las visitas a especialistas son las prestaciones cubiertas. No necesita una remisión para ver a un especialista.

Medicamentos

Si la única cobertura de medicamentos que tiene es con nuestro programa, pagaremos sus medicamentos en las farmacias que están inscritas en nuestro programa. Para encontrar una farmacia cercana o para averiguar si su farmacia actual está inscrita con nosotros, llame al **800-252-8023** o busque en línea en el sitio **www.txvendordrug.com**.

Si tiene cobertura bajo otro seguro de salud, su farmacia coordinará el pago. En la mayoría de los casos, nuestro programa pagará el copago.

Otras prestaciones cubiertas

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Ambulancia ■ Cirugía externa ■ Servicios de salud dental ■ Equipos y artículos médicos ■ Enfermería en el hogar ■ Atención de hospicio ■ Atención en el hospital | <ul style="list-style-type: none"> ■ Vacunas ■ Rehabilitación hospitalaria ■ Laboratorios y radiografías ■ Servicios de salud mental ■ Ortesis y prótesis ■ Diálisis de riñón | <ul style="list-style-type: none"> ■ Productos y servicios nutricionales especiales ■ Terapia física, del habla y ocupacional ■ Servicios del habla ■ Servicios de visión y audición |
|--|---|--|

Limitaciones

Algunas de las prestaciones no están cubiertas o son limitadas. Las limitaciones pueden depender de su caso particular.

Las prestaciones deben ser médicamente necesarias para poder recibir atención y tratamiento para las condiciones crónicas físicas o del desarrollo.

Autorización previa

Algunas de las prestaciones requieren autorización previa. Esto significa que debemos asegurarnos de que califique o sea elegible para el servicio antes de recibirlo. Pídale a su proveedor de atención médica que presente la solicitud.

Le enviaremos una carta a usted y a su proveedor para informarle si hemos aprobado o negado el servicio. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de haberle negado el servicio, puede apelar. (Consulte la página 11 para obtener información sobre cómo solicitar una revisión administrativa).

Cómo buscar un proveedor de atención médica

Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas, hospitales, clínicas y otros más.

Si ya recibe atención de un proveedor que no está inscrito en nuestro programa, su proveedor puede llamar al **800-568-2413** para obtener información sobre cómo presentar la solicitud. La inscripción es rápida y fácil.

Para las prestaciones cubiertas, debe ver a un proveedor de atención médica inscrito en nuestro programa. De lo contrario, usted será responsable de pagar la factura.

Si necesita ver a un médico o a un proveedor de atención médica, use la herramienta de Búsqueda de Proveedores en Línea en el sitio web de Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP). Para usar esta herramienta, visite <http://opl.tmhp.com>. Antes de hacer su búsqueda, seleccione el **Programa de Servicios CSHCN** bajo **Planes de Salud**. Si tiene problemas para encontrar un proveedor, llame al **877-888-2350** para hablar con un representante de TMHP.

TMHP tiene información sobre nuestro programa, tal como servicios cubiertos, copagos y otros más. El representante de TMHP también puede ayudarlo con problemas o asuntos que puedan presentarse con un proveedor. Por ejemplo, si su proveedor le envía la factura, TMHP lo ayudará. Si recibe una factura, consulte la sección de **Preguntas Frecuentes** para saber los pasos que debe seguir.

Las prestaciones no medicás

Administración de casos

La administración de casos implica trabajar directamente con un trabajador social quién le ayudará a planificar, coordinar y recibir servicios de atención médica disponibles y otros servicios relacionados para usted y su familia. Esta colaboración puede mejorar su salud, así como el bienestar de su familia.

Llame a la oficina de servicios de salud para que le asignen un administrador de casos. Si no tiene el número de la oficina, llame al 800-252-8023.

Servicios en la comunidad

Contratamos a muchas organizaciones comunitarias en todo Texas para ofrecer apoyo y recursos a usted y su familia. Estos servicios incluyen administración de casos, educación familiar, apoyo para hermanos y atención de relevo. Tenga en cuenta que no todos los servicios están disponibles en todas las partes del estado.

Para buscar asistencia en su área, visite <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/about-medicaid-chip/homecommunity-based-services>.

Las prestaciones de Transporte

Servicios de transporte médico

¿Tiene problemas para ir a las citas con su médico o a la farmacia? Si mantiene su elegibilidad, puede obtener servicios de transporte médico. Se trata de viajes al consultorio que puede programar con anticipación para llegar a sus visitas. Este es un servicio que ofrece la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

El número al que llama para coordinar el transporte depende del lugar donde vive:

- Para el área de Houston / Beaumont, marque **855-687-4786**.
- Para el área de Dallas, marque **855-687-3255**.
- Los que viven en otros lugares pueden llamar al **877-633-8747** (877-MED-TRIP).

Si necesita ayuda, comuníquese con su administrador de casos.

Transporte especial

Es posible que podamos ayudarle con el transporte o el reembolso de millas cuando pase la noche en otra ciudad por razones médicas.

Si tiene una cita por razones médicas que requiere que se mantenga alejado de su hogar durante la noche o por un período de tiempo adicional, podemos ayudar con el transporte médico especial. Esto puede incluir viajes, reembolso de millas, comidas y alojamiento. Estas prestaciones se revisan caso por caso y deben aprobarse con anticipación. Comuníquese con su administrador de casos para obtener más información.

Ayuda del Pago de la Prima de Seguro Médico (en inglés, IPPA)

IPPA es un beneficio de reembolso de la prima del seguro médico. Está disponible si el costo de su tratamiento médico es más que las primas de su seguro de salud. Para calificar para IPPA, debe mantener su elegibilidad con nosotros y tener otra cobertura de salud, incluido Medicare y Medicaid Buy-In for Children (MBIC). Las tarifas del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) **no** están cubiertas.

No es necesario que solicite la IPPA. Si califica, nuestro programa o TMHP se comunicarán con usted y le ayudarán a preparar el proceso de pago. Tendrá que pagar cada prima primero, pero IPPA le reembolsará el dinero.

NOTA: La cobertura de IPPA se revisa cada año. Si pierde su elegibilidad para estar en nuestro programa, también perderá el beneficio de IPPA.

Servicios de Idiomas

Los servicios de idiomas están disponibles sin costo para personas con discapacidades y personas cuyo idioma principal no es el inglés. Si necesita ayuda con la interpretación del idioma o la traducción, hable con el administrador de casos de la oficina de servicios de salud o llame al **800-252-8023**.

Servicios de Apoyo para la Familia

Los Servicios de Apoyo para la Familia (FSS) pueden ayudarle con la atención en el hogar.

- **Cuidado de relevo.** Esta es la atención que se le ofrece para aliviar al cuidador principal del cliente, incluidos los padres. Permite que los proveedores regulares y los cuidadores tomen un breve descanso para reponerse y restaurarse.
- **Costos especializados de cuidado de niños.** Estos son costos que van más allá de los costos del cuidado infantil típico y deben estar relacionados con una discapacidad o condición médica.
- **Modificaciones del vehículo.** Estos son cambios o instalaciones, tales como ascensores y amarres de sillas de ruedas, rampas acopladas, montacargas, etc.
- **Modificaciones menores en el hogar.** Estos son cambios en el hogar, tales como rampas, duchas con ruedas y puertas más anchas.
- **Equipo especializado que no es un beneficio cubierto en planes de seguro médico.** Estos incluyen porches o elevadores de escaleras, equipos de posicionamiento y ayudas para bañarse.
- **Consejería, conferencias y programas de capacitación.** Estos recursos ayudan a que las familias adquieran más habilidades relacionadas con la atención médica.

Con los servicios de FSS, los clientes pueden hacerse más independientes en el hogar o participar en las actividades en la comunidad.

Limitaciones de FSS

La financiación es limitada y puede que no siempre esté disponible.

El costo total de FSS no puede ser más de \$3,600 por año calendario. Se pueden hacer excepciones para modificaciones de vehículos que podrían llegar hasta \$7,200 una vez en la vida.

Para modificaciones menores en el hogar, las familias pueden optar por combinar su beneficio anual con su beneficio adicional de una sola vez de \$3,600 para obtener el monto total de \$7,200.

FSS requiere autorización previa.

Esto significa que debemos asegurarnos de que califique para recibir cada servicio antes de aprobarlo. Pídale a su administrador de casos que presente la solicitud.

Servicios fuera de Texas

Dentro de 50 millas del límite de Texas

A los proveedores no se les considera que estén “fuera del estado” si se encuentran dentro de los Estados Unidos y no más de 50 millas del límite de Texas (en Nuevo México, Oklahoma, Arkansas o Louisiana). Es posible que podamos cubrir el costo de estos servicios si:

- Le costaría más a usted ser atendido por un proveedor en Texas.
- Pondría someterse a un mayor riesgo médico si le atiende un proveedor en Texas.

En estos casos, podríamos cubrir los costos de transporte, comidas y alojamiento.

Más lejos de 50 millas del límite de Texas

A un proveedor se le considera estar fuera del estado si se encuentra en los Estados Unidos, pero se encuentra a más de 50 millas del límite de Texas. Los servicios de proveedores fuera del estado deben ser aprobados por adelantado.

Es posible que podamos cubrir los servicios si usted, el proveedor y nuestro programa están de acuerdo en que:

- El proveedor fuera del estado es el proveedor preferido para ofrecerle atención médica de alta calidad.
- El mismo tratamiento u otro tratamiento de igual beneficio o costo no está disponible en Texas.
- El tratamiento fuera del estado reducirá los costos del tratamiento para nuestro programa.
- El tratamiento fuera del estado se considera como una práctica médica aceptada.
- Es probable que el tratamiento fuera del estado mejore su calidad de vida.

También podríamos cubrir los costos de transporte, comidas y alojamiento. Los costos de transporte se tienen que negociar para encontrar las opciones más económicas. Los requisitos y procedimientos de autorización normales no se aplican a los servicios fuera del estado porque estos servicios reciben una aprobación especial.

Fuera de los Estados Unidos

No cubrimos los servicios internacionales.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Debido a que participa en el Programa de Servicios CSHCN, tiene ciertos derechos y responsabilidades. Cada vez que vuelva a solicitar las prestaciones del programa, debe llenar y firmar una nueva solicitud. Al hacerlo, está de acuerdo en que:

- Usted ha leído y entendido todo el contenido.
- Toda la información que presenta es verdadera y completa.
- No dar la información solicitada o presentar información que no es verdadera puede dar lugar a acciones legales en su contra.
- Nos informará de cualquier cambio en su solicitud.
- Si le pagamos más de lo que le corresponde, debe reembolsarnos esa parte del dinero.

Responsabilidades Básicas

Usted tiene la responsabilidad de:

- Volver a presentar una solicitud a nuestro programa cada 12 meses para mantener su elegibilidad.
- Informarnos si pierde su Aviso de Elegibilidad (NOE).
- Comunicarse siempre primero con su proveedor de atención médica primaria para sus necesidades médicas.
- Saber cuándo debe y no debe ir a la sala de emergencias.
- Colaborar con su proveedor para buscar las mejores opciones para su tratamiento y cómo proceder con sus necesidades de atención médica.
- Hacer todo lo que pueda para mantenerse saludable.

Derechos Básicos

Usted tiene derecho a:

- Ser tratado de manera justa, sin importar su raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o religión.
- Ser tratado con respeto por los proveedores y el personal.
- Que sus proveedores mantengan privada su información personal.
- Que sus proveedores le den copias de sus expedientes médicos.
- Hacer preguntas a nosotros o a sus proveedores y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no comprenda.
- Pedir que sus proveedores le expliquen sus necesidades médicas y le informen sobre sus diferentes opciones de tratamiento.
- Tomar decisiones personales sobre su tratamiento, incluso rechazarlo.
- Obtener una carta que le explique por qué los servicios no fueron brindados o aprobados.

- Obtener una carta que le informe sobre cambios en su elegibilidad, como suspensión o cancelación.
- Obtener una respuesta rápida a sus quejas.
- Apelar una decisión del programa con la que no está de acuerdo (ver “Su derecho a apelar” a continuación).

Su derecho a apelar

Si usted o su proveedor solicitan un servicio y no se lo aprueban, recibirá una carta que indica los motivos por los cuales no se puede autorizar el servicio. Algunas razones de negar un servicio pueden incluir:

- Ya no cumple con nuestros requisitos de elegibilidad, tales como: residencia en Texas, ingresos, ser demasiado viejo para estar en el programa y otros
- Se descubre que su solicitud o alguna otra información que se le pide está intencionalmente incorrecta
- Ha recibido pago de un tercero (como una compañía de seguros) y no nos ha reembolsado como está requerido por los servicios que recibió
- Usted hace mal uso de nuestros servicios
- Le colocan nuevamente en la lista de espera para propósitos de su cobertura de atención médica.

Cuando no está de acuerdo con una decisión que tomamos, tiene derecho a solicitar una revisión administrativa (apelación) y una audiencia imparcial, y a obtener una respuesta oportuna a estas solicitudes.

Revisión Administrativa

Una revisión administrativa es un proceso de apelación para que usted presente las razones por las que no está de acuerdo con una decisión específica que tomamos. Por ejemplo, por qué considera que su elegibilidad debe ser aprobada, o por qué los servicios que solicitó deben ser autorizados.

Para solicitar una Revisión Administrativa, **envíenos una carta dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la carta de rechazo**. Debe indicar por qué no está de acuerdo con nuestra decisión y también incluir todos los documentos y comprobantes que cree que respaldan su posición.

Envíe su carta por fax al **512-776-7238** o por correo postal a:

CSHCN Services Program
Administrative Review, MC 1938
PO Box 149030
Austin, Texas 78714-9947

Audiencia Imparcial

Si le niegan su revisión administrativa y no está satisfecho con nuestra decisión, tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial.

Para solicitar una Audiencia Imparcial, **envíenos una carta dentro de los 20 días posteriores a la fecha de la carta de rechazo**. Debe indicar por qué no está de acuerdo con nuestra decisión y también incluir todos los documentos y comprobantes que cree que respaldan su posición.

Envíe su carta por fax al **512-776-7238** o por correo postal a:

CSHCN Services Program

Fair Hearing, MC 1938

PO Box 149030

Austin, Texas 78714-9947

En la audiencia, puede representarse a sí mismo o traer una persona para que sea su representante. Puede ser un familiar, un amigo o un abogado. Si necesita interpretación de idiomas, los servicios están disponibles gratis.

Si no solicita una audiencia dentro del período requerido de 20 días, renuncia a su derecho a una solicitud de audiencia y nuestra decisión será definitiva.

EL PROGRAMA DE SERVICIOS CSHCN Y OTROS SEGUROS MÉDICOS

Esta sección cubre información importante para las personas en el programa que también tienen seguro privado o cualquier otro seguro médico. A esta cobertura se le conoce como cobertura de “terceros”.

El Programa de Servicios CSHCN solo paga cuando no hay ningún otro recurso. Eso significa que si tiene otro seguro médico, solo podemos pagar sus visitas al consultorio y servicios una vez que haya utilizado el otro seguro disponible. Si algún servicio está cubierto bajo cualquiera de los tipos de seguro que aparecen a continuación, es posible que no lo paguemos:

- Seguro médico privado
- Seguro dental
- Organización de mantenimiento de la salud (HMO)
- Seguro de responsabilidad civil de vehículos
- Organización de Proveedores preferidos (PPO)
- Causa de acción legal (demanda)
- Medicare-Partes A, B y D
- TRICARE
- Plan de bienestar del empleado
- Plan de salud Sindical
- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Seguro de medicamentos recetados
- Seguro de la vista
- Programa de Medicaid de Texas

Debe mantener activa la cobertura de su seguro médico privado, de Medicaid o de CHIP en todo momento. Tiene 30 días para informarnos antes de tomar la decisión de cancelar su cobertura de terceros. Si descubrimos que ya no tiene cobertura de terceros, le enviaremos una carta pidiéndole que la vuelva a obtener, si es posible.

Si necesita ayuda para pagar la prima, quizás le podemos ayudar. Infórmese sobre la Ayuda del Pago de la Prima de Seguro Médico (IPPA) en la sección de **Las prestaciones del programa**.

Si tiene Medicaid...

Algunas personas en el Programa de Servicios CSHCN también tienen seguro de Medicaid, que paga por todo o por la mayoría de los servicios que necesitan. Debido a que nuestro programa solo paga cuando no hay ningún otro recurso, no pagamos:

- Un servicio cubierto por Medicaid.
- Un servicio que no está cubierto por Medicaid. Si Medicaid niega algún servicio, tampoco podemos cubrirlo.

Cuando visite a sus proveedores, muéstreles la tarjeta YourTexasBenefits que recibió de Medicaid, así como su Notificación de Elegibilidad (NOE) del Programa de Servicios CSHCN.

Para obtener más información sobre Medicaid, visite www.medicaid.gov.

Si participa en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)...

Nuestro programa podría brindarle algunos servicios que CHIP no ofrece. Sin embargo, no podemos pagar las primas de CHIP ni reembolsar los copagos de CHIP.

Cuando visite a sus proveedores, muestre su tarjeta de identificación de CHIP, así como su Notificación de Elegibilidad (NOE) del Programa de Servicios CSHCN.

Para obtener más información sobre CHIP, visite www.medicaid.gov/chip/index.html.

Si tiene otro seguro médico...

Algunas personas en el Programa de Servicios CSHCN también tienen otro seguro médico. Nuestro programa cubre algunos servicios que otros planes de atención médica no ofrecen. Si otro seguro médico que tiene cubre algún servicio, no podemos pagarlo. Sin embargo, si su seguro médico no paga la cuenta total de su proveedor, su proveedor puede facturarnos por la parte que sobra.

Cuando visite a sus proveedores, muestre los otros documentos de seguro médico que tiene y mencione además que tiene seguro del Programa de Servicios CSHCN y muestre su Aviso de Elegibilidad (NOE).

NOTA: Muchos planes de atención médica exigen fechas límites y requisitos de autorización previa para ciertos servicios. Debe cumplir esos requisitos para poder recibir servicios. Si le niegan algún servicio específico porque usted o su proveedor no cumplieron con las fechas límites o los requisitos, no podemos pagarlo.

Si su seguro privado paga sus medicamentos...

Si tiene seguro de medicamentos por medio de otro seguro médico, primero debe facturar a su compañía de seguro médico. En la mayoría de los casos, su farmacia puede facturar su copago después a nuestro programa.

Si tiene seguro del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), no podemos reembolsarle los copagos de los medicamentos.

Si tiene un plan de seguro médico a través de un programa comunitario o una clínica...

Algunas comunidades locales y clínicas médicas tienen planes de seguro médico especiales que no se consideran como seguros médicos privados. Estas clínicas no están disponibles en todas las áreas de Texas, pero puede averiguar en el hospital de su condado o preguntarle a su administrador de casos si hay seguro médico que usted puede usar.

No es necesario utilizar ninguno de los servicios de estas clínicas para poder recibir nuestras prestaciones.

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Los servicios están cubiertos si los recibe de un proveedor que no está inscrito en el programa?

No. Solo está cubierto si usted visita proveedores que están inscritos en nuestro programa. Si desea recibir servicios de un proveedor que no está inscrito, puede pedirle al proveedor que se inscriba por medio de una llamada al **800-568-2413**.

¿Cómo puedo buscar un especialista particular en mi área?

Use la herramienta de Búsqueda de Proveedores en Línea en el sitio web de Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP) al <http://opl.tmhp.com>. Antes de hacer su búsqueda, seleccione el **Programa de Servicios CSHCN** bajo **Planes de Salud**. Si necesita ayuda, llame al **877-888-2350**.

¿Cómo busco un administrador de casos?

Llame al **800-252-8023** y pida el número de la oficina de servicios de salud en su área. Si no hay una oficina en su ciudad, pida que le llamen de la oficina regional, ya que de esta manera no tiene que hacer una llamada de larga distancia.

¿Están cubiertos los medicamentos recetados?

Depende.

Si solo tiene seguro de medicamentos por medio de nuestro programa, pagaremos por todos sus medicamentos.

Si tiene otro seguro médico que cubre medicamentos, su farmacia debe facturar el copago suyo primero a su compañía de seguros antes de facturarnos a nosotros.

Si participa en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), no podemos pagar su copago.

¿Tengo las prestaciones de viaje?

Sí. Siempre y cuando mantenga su elegibilidad en nuestro programa, puede obtener servicios de transporte médico. Estos servicios son valiosos cuando no tiene transporte para ir a una cita o a la farmacia. Debe preparar su llamada con anticipación y el número al que llama puede variar según el lugar donde viva:

- Para el área de Houston / Beaumont, marque **855-687-4786**.
- Para el área de Dallas, marque **855-687-3255**.
- Los que viven en otros lugares pueden llamar al **877-633-8747** (877-MED-TRIP).

Si tiene una cita que requiere que se mantenga alejado de su hogar durante la noche o por un tiempo adicional, quizás podemos ayudarle con ciertos servicios especiales de transporte médico.

Para obtener más información sobre el transporte disponible, consulte **Las prestaciones de Transporte** en la sección de **Las prestaciones no medicás** en este guía.

¿Puedo ir a cualquier farmacia para obtener mis medicamentos?

No. Sus medicamentos solo están cubiertos en las farmacias que están inscritas en nuestro programa. Para buscar una farmacia cerca de usted o para averiguar si su farmacia actual está inscrita con nosotros, haga una búsqueda de proveedores de farmacia en www.txvendordrug.com/providers. Si necesita ayuda para buscar una farmacia o si tiene algún problema en la farmacia, llame al **800-252-8023**.

¿Cuándo debería usar mi Aviso de Elegibilidad?

Su Aviso de Elegibilidad sirve como su identificación de cliente. Llévelo cada vez que vaya al consultorio de su médico, a la clínica, al hospital y a la farmacia donde recoge sus medicamentos. Siempre informe a sus proveedores que pertenece al Programa de Servicios CSHCN.

¿Se vence mi Aviso de Elegibilidad?

Sí. Debe volver a solicitarlo a nuestro programa cada 12 meses. Cada vez que sea aprobado, recibirá un nuevo Aviso de Elegibilidad. Use siempre el aviso más actual.

¿Qué pasa si pierdo mi Aviso de Elegibilidad?

Si pierde su Aviso de Elegibilidad, llame al **800-252-8023**. Le enviaremos una copia por correo o, si usted lo permite, lo enviaremos por fax a la oficina de su proveedor.

¿Cómo sé cuándo debo ir a la sala de emergencias o a una clínica de atención urgente?

Hay muchas cosas que puede hacer para evitar ir a la sala de emergencias o a una clínica de atención urgente. Primero, hable con sus médicos si tiene síntomas o problemas de salud nuevos o que persisten. Pregunte cuándo debe ir al consultorio para recibir tratamiento y cuáles son las señales de advertencia para pedir atención médica urgente.

Además, averigüe si los consultorios médicos de sus doctores se mantienen abiertos a última hora de la tarde y en los fines de semana. Ahórrese un viaje a la sala de emergencias cuando sería mejor visitar a su médico. Debido a que su médico tiene su expediente médico, quizás pueda recibir tratamiento más rápido.

Si el consultorio de su médico está cerrado pero no tiene una emergencia, vaya a una clínica de atención urgente. Muchas clínicas de atención urgente abren hasta tarde y tienen horarios de fin de semana. No tiene que llamar por adelantado, pero asegúrese de que acepten el seguro del Programa de Servicios CSHCN. Es una buena idea saber cuáles clínicas de atención urgente le quedan cerca, en caso de que alguna vez necesite obtener servicios allí.

Mi proveedor me está cobrando por un servicio. ¿Qué debo hacer?

Si recibe una factura médica, llame a su proveedor de inmediato. No espere hasta que reciba varios avisos sobre una factura que no se ha pagado. Es posible que el proveedor solo necesite más información o aclaraciones sobre las prestaciones del Programa de Servicios CSHCN.

Existen otros motivos por los cuales un proveedor puede facturarle por un servicio, como

- Haber visitado un proveedor que no está inscrito.
- El servicio que recibió no era un beneficio cubierto.
- Usted no calificó para nuestras prestaciones en la fecha de servicio.
- No usó primero Medicaid, CHIP o algún otro seguro médico.
- No siguió las políticas y pautas de Medicaid, CHIP o de algún otro seguro médico.
- No le avisó al proveedor sobre restricciones de su otro seguro médico.

Si el proveedor le factura por algo que no se encuentra en la lista anterior, llame a Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP) al **877-888-2350**. TMHP procesa nuestras reclamaciones y le pedirá que siga los siguientes pasos:

1. Haga una copia de la factura (conservar la original para sus registros). Asegúrese de que aparezca el nombre y la dirección del proveedor, el nombre suyo y su identificación de cliente o su número de seguro social, la fecha del servicio, lo que falta pagar y los pagos que ya haya hecho. Si la copia de la factura no tiene esta información, pídale al proveedor una copia de la factura que tenga esta información.
2. Escriba una carta con la fecha en que le notificó al proveedor que era cliente del Programa de Servicios CSHCN, y con el nombre de la persona que le atendió en la oficina si lo sabe.
3. Envíe la copia del recibo y su carta a:

Client Correspondence

PO Box 202018
Austin, TX 78720-2018

Espere la contestación de TMHP dentro de los 30 días de la fecha en que envió la carta.

Si alguna vez tiene problemas relacionados con el proveedor, llame a TMHP para obtener ayuda, al **877-888-2350**.

DATOS DE CONTACTO

Regiones de Servicio de Salud

Le recomendamos que consulte a un administrador de casos en una oficina estatal de servicios de salud para recibir ayuda con sus necesidades especiales de atención médica. Texas está dividido en regiones. Para buscar su región, visite <https://hhs.texas.gov/about-hhs/find-us/community-services-regional-contacts> o llame al **800-252-8023**.

Números útiles

Línea de Ayuda del Programa de Servicios CSHCN: 800-252-8023

Llame a este número si tiene alguna pregunta sobre nuestro programa, si no tiene un administrador de casos, o si necesita una solicitud o tiene cambios en sus datos personales o familiares. Nuestros representantes están disponibles por teléfono de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro.

Línea de Asistencia al Cliente de TMHP-CSHCN	877-888-2350
Oficina central del Programa de Servicios CSHCN en Austin, TX.....	512-776-7150
Número de Fax del Programa de Servicios CSHCN.....	512-206-3988
Línea de Ayuda al Cliente de Medicaid	800-252-8263
Centro de Llamadas de CHIP	877-543-7669 or 800-647-6558

Dirección postal

CSHCN Services Program

MC 1938

PO Box 149030

Austin, Texas 78714-9947

Sitio web: <https://hhs.texas.gov/es/servicios/discapacidad/programa-de-servicios-para-ninos-con-necesidades-medicas-especiales>

Visite nuestro sitio web con frecuencia para buscar información general o consulte las últimas noticias y los avisos.

Servicio de asistencia por correo electrónico: cshcn@hhsc.state.tx.us

Hacemos todo lo posible para responder dentro de dos días laborales. Si necesita ayuda inmediata, lo mejor es llamar a nuestra Línea de Ayuda o a su administrador de casos regional.

2-1-1 Texas

Marque **2-1-1** para buscar otros servicios en su área o por medio de otros programas estatales. Si no puede comunicarse, llame gratis al **877-541-7905** o visite el sitio web de **2-1-1** Texas en www.211texas.org para buscar el número de teléfono de su centro de información en su área.

Es posible que no pueda hacer la llamada al **2-1-1** si:

- Está llamando desde fuera de Texas.
- Su teléfono celular no puede marcar el **2-1-1**.
- Utiliza voz sobre IP (ha usado el Internet para hacer llamadas).

Es posible que de vez en cuando nos comuniquemos con usted...

Por correo

De vez en cuando, podríamos comunicarnos con usted para pedirle información o para hacerle saber algo. Por ejemplo, podría recibir una carta referente a su solicitud o algún otro formulario. En tal caso, si no responde a la carta antes de la fecha límite o no da ninguna respuesta, podría perder la elegibilidad o tener demoras para renovar la solicitud. Lea todas las cartas con cuidado y responda antes de la fecha límite.

Nuestras cartas siempre tienen un número de teléfono en caso de que haya algo que no comprenda o que no sepa qué hacer. Nuestro personal de la línea de ayuda lo ayudará en todas las formas posibles. Tenga la carta con usted cuando llame para obtener ayuda más rápido.

También puede pedir ayuda acerca de la carta al administrador de casos de servicios estatales de salud de su estado.

Encuestas

Estamos comprometidos a servirle, y siempre estamos buscando formas de mejorar nuestro servicio. Una de las mejores formas es escucharlo directamente a usted. Por eso, a veces enviamos encuestas para comprender mejor las necesidades, las preocupaciones y las fortalezas de nuestras familias a la hora de atender y satisfacer sus necesidades de atención médica especiales. Si recibe una invitación para contestar una encuesta, lo animamos a que nos dé su opinión. Esta es una excelente manera de compartir sus experiencias y opiniones para ayudarnos a mejorar los servicios y el servicio al cliente de todos los que forman parte de nuestro programa.

EL HOGAR MÉDICO

El hogar médico no es un edificio ni un lugar. El hogar médico es un equipo de atención médica compuesto de sus médicos y enfermeras, terapeutas, dentistas y farmacéuticos. Su equipo también puede incluir a los trabajadores de salud de la comunidad, al personal de la escuela, amigos, vecinos y a cualquier otra persona que se preocupe por usted.

Tener un equipo de atención médica en el hogar le permite a su familia trabajar con expertos de atención médica para encontrar y obtener los servicios médicos y no médicos que necesita. El hogar médico puede mejorar su salud y hacer más fácil la vida de su familia.

Se merece un equipo médico que sea:

- **Accesible.** Se le brinda atención en su comunidad las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- **Con énfasis en la familia.** Se reconoce que su familia es experta en materia de su salud, y que todos son miembros valiosos del equipo de atención médica.
- **Continuo.** Los mismos profesionales de atención médica pediátrica brindan la atención desde la infancia hasta que llega el momento de la transición a la atención de adultos.
- **Completo.** Su plan de atención incluye chequeos, visitas por enfermedad, terapia y atención especializada. Su familia está vinculada a los servicios de apoyo y educativos.
- **Coordinado.** Su equipo trabaja con sus proveedores para elaborar un plan de atención, reservar citas, manejar referencias y obtener acceso a los recursos.
- **Compasivo.** Su equipo de atención médica está sinceramente preocupado por el bienestar general de su hijo y su familia.
- **Culturalmente apropiado.** Su equipo de atención respeta las creencias culturales y religiosas de su familia. Usted recibe servicios en su idioma preferido.

¿Qué sucede si no tengo un hogar médico?

Aquí hay varias formas de comenzar a construir su hogar médico:

1. **Elija un médico de atención primaria de confianza.** Su médico o especialista principal debe coordinar la gama completa de servicios que necesita y debe demostrar que lo valora como un colaborador respecto a su atención médica.
2. **Haga un plan de atención por escrito.** Colabore con su médico principal para escribir un plan que cumpla sus necesidades y objetivos. Asegúrese de que el plan sea compartido con todo el equipo de atención y que se actualice periódicamente.
3. **Prepare un cuaderno de atención médica.** Mantenga una carpeta para organizar información importante sobre citas, terapias y resumen médico que contenga sus medicamentos actuales y pasados, cualquier alergia, y cosas semejantes. El cuaderno le permite dar seguimiento a su información de salud y administrar su atención y tratamiento. Llévelo con usted a todas sus citas para que sus proveedores puedan conocer su expediente médico y su estado actual de manera rápida y precisa.

4. Haga preguntas y comuníquese. Su familia es su mejor abogado. Tenga listas todas sus preguntas, inquietudes y observaciones cuando vaya a cada cita. Siempre informe a los proveedores si hay algo que no entiende o si necesita más ayuda o algo más. Conozca a todas las personas de su hogar médico, incluido el personal de su médico.

Para obtener más información sobre el hogar médico, visite:

- Avancemos Juntos Texas (Navigate Life Texas), en el sitio www.navigatelifetexas.org/es
- Texas Parent to Parent, en el sitio www.txp2p.org/es/
- Programa de Servicios CSHCN, en el sitio <https://hhs.texas.gov/es/servicios/discapacidad/programa-de-servicios-para-ninos-con-necesidades-medicas-especiales>

“Nuestro hogar médico es un lugar donde conocen mis antecedentes, escuchan a mi hijo y nos respetan. Nos ayudan a obtener servicios que van más allá de la medicina. Hablan con nosotros.”

Planificación de la transición

El hogar médico debe incluir un plan para los jóvenes con necesidades especiales de atención médica cuando llegue el momento de la transición a la edad adulta. Buscar un proveedor para la atención de adultos es uno de los pasos más importantes. Pero la planificación para la edad adulta también puede incluir:

- Decidir dónde vivir, trabajar o jugar
- Saber qué cambios legales deberán llevarse a cabo
- Averiguar qué servicios estarán disponibles
- Decidir cómo se pagarán estos servicios cuando es adulto

— **Judie W**,
cuyo hijo de 18 años
tiene parálisis
cerebral y asma.

Pensar sobre todos estos cambios puede parecer abrumador. Pero si comienza temprano, puede hacer una gran diferencia. La planificación de la transición puede comenzar a los 12 años. Un buen hogar médico y una planificación continua pueden ayudar a asegurar una transición exitosa a la edad adulta.

Equipo de herramientas de la transición

El equipo de herramientas cuenta con una lista de muchos recursos estatales para adultos jóvenes. Hay muchas categorías diferentes, como educación especial, consideraciones de seguridad de la atención médica, asistencia técnica y legal para la vivienda, así como programas sociales y recreativos.

¡Recuerde, no está solo! Comuníquese con su equipo médico local o con su administrador de casos local para revisar sus necesidades, establecer metas y para iniciar **un plan de transición**. Busque a otras personas que ya hayan pasado a la atención de adultos para obtener ayuda y orientación.

PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES

El Programa de Servicios CSHCN anima a todas las familias a que planifiquen y se preparen para los desastres y otras emergencias.

Los desastres pueden producirse rápidamente y sin previo aviso. Debido a que usted y sus seres queridos pueden estar en cualquier lugar cuando ocurre un desastre, ya sea en el trabajo, en la escuela o en el automóvil, es muy importante saber qué tipos de emergencias pueden aparecer en su área antes de que sucedan.

Elaborar un plan.

Desarrollar un plan con su familia para una emergencia es esencial y la mejor manera de proteger la seguridad de todos. Cada familia necesita un plan y un equipo de emergencia personalizado. Hable con todos los miembros de su familia sobre qué hacer y qué pasos tomar si ocurre un desastre.

Prepare el equipo de emergencia.

- Aprenda a recopilar y almacenar información y suministros importantes para su kit de emergencia. Registre fechas de nacimiento, direcciones del trabajo y de la escuela, contactos de emergencia e información médica.
- Registre diagnósticos, medicamentos actuales, alergias, historial de vacunas y procedimientos anteriores. El formulario da información médica esencial sobre usted a los socorristas en una emergencia.
- Registre todos sus medicamentos actuales y medicamentos sin receta (como analgésicos, vitaminas y suplementos).
- Imprima la **lista de verificación de kit para desastres** en www.texasready.gov. Úsela para armar su kit paso a paso. Considere suministros esenciales, medicamentos y otra asistencia que cada uno de los familiares necesite durante al menos tres días. Asegúrese de armarlo para refugiarse en el lugar o evacuar.
- Mantenga sus documentos personales importantes secos en una bolsa de plástico con cierre hermético. Si es posible, guarde copias de los formularios en su mochila y en lugares que frecuenta, como la oficina de la escuela, la guardería o déselas a un familiar.
- Lleve sus documentos a sus citas o visitas en el hospital. Pídale a sus proveedores que lo ayuden a actualizar sus medicamentos, la dosis, las razones del tratamiento y los datos de otros médicos que recetan. Tener a mano formularios actualizados es crucial durante un desastre.

Para más información visite:

- <https://texasready.gov/index-es.html>

ENCONTRAR AYUDA EN TEXAS

Muchas familias luchan para buscar ayuda. Puede sentirse angustiado y abrumado al no saber a dónde ir o qué hacer. Pero las familias de Texas no están solas. Texas tiene valiosos recursos y servicios que están disponibles en todo el estado.

Use los siguientes recursos para buscar la ayuda que necesita. Lo animamos a que dedique algo de tiempo para informarse sobre cada uno y los servicios que se ofrece.

2-1-1 Texas

www.211texas.org

2-1-1 Texas es una línea directa de servicios sociales y una forma fácil de buscar servicios y recursos para su familia. Ya sea que necesite ayuda para encontrar comida o alojamiento, el cuidado de niños, asesoramiento de crisis o tratamiento para el abuso de sustancias, un número de teléfono es todo lo que necesita saber.

No importa dónde viva en Texas, simplemente marque **2-1-1**. Si no puede comunicarse, llame al **877-541-7905** o visite el sitio web de 2-1-1 Texas. Es una línea gratuita y anónima que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Avancemos Juntos Texas (Navigate Life Texas)

www.navigatelifetexas.org/es

Es un sitio web de servicio completo, fácil de usar y con recursos que van desde apoyo familiar hasta ayuda financiera y cómo hablar con su médico. También hay acceso para ayudar con:

- Cuidado personal, cuidado de niños y relevo
- Educación especial y transición entre las escuelas
- Planificación para la transición a la edad adulta
- Adolescentes y comportamiento arriesgado
- ...y mucho más

Puede buscar fácilmente definiciones de una condición médica, factores de riesgo, complicaciones y tratamientos usando la lista de diagnósticos A-Z. También hay información para niños con condiciones múltiples, raras o sin diagnosticar.

Las familias como la suya han ayudado a crear este sitio web para fortalecer a otras familias con necesidades similares de atención médica especial. ¡Se sorprenderá saber cuántos padres y cuidadores entienden sus dificultades y pueden ayudarlo a encontrar apoyo!

Texas Parent to Parent (TxP2P)

www.txp2p.org/es/

Esta es una red de apoyo entre padres y padres que defiende a las familias con niños con enfermedades crónicas y necesidades especiales de atención médica. TxP2P busca mejorar la atención médica y el bienestar de los niños en todo el estado a través de herramientas centradas en la familia, así como con información y grupos de apoyo.

“Me hubiera gustado tener esto hace 5 años cuando estábamos empezando.”

— Un padre usuario del sitio web de NLT

