

Sesiones informativas de Medicaid para Cáncer de Seno y Cervical

Preguntas frecuentes

Atención médica administrada

P: ¿Qué es la atención médica administrada?

R: La atención médica administrada le brinda a usted servicios de Medicaid a través de un grupo selecto de doctores, hospitales y otros proveedores médicos, conocido como "red de proveedores", por medio del plan médico que haya escogido.

P: ¿Qué es un plan médico (también llamado "organización de atención médica administrada")?

R: Un plan médico es una aseguradora que cuenta con una licencia o autorización del Departamento de Seguros de Texas y tiene un contrato con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para prestar a sus miembros los servicios cubiertos por Medicaid.

P: ¿Qué es una red de proveedores?

R: Son todos los proveedores que se comprometen a prestar servicios a los miembros de un plan médico.

P: ¿Quién puede considerarse miembro de un plan médico?

R: Cualquier persona que reciba servicios cubiertos por Medicaid, que haya escogido un plan médico y se haya inscrito en él.

P: ¿Cómo escojo un plan médico?

R: Usted recibirá por correo un paquete de inscripción con información sobre los planes médicos disponibles en su área y los proveedores que forman parte de las redes de esos planes.

P: ¿Qué se entiende por área de servicio?

R: El área de servicio comprende los condados donde opera el plan médico de Medicaid. Hay 13 áreas de atención médica administrada de Medicaid en todo el estado. Puede consultar [aquí](#) en qué área de servicio se encuentra usted.

Todas las personas que reciben atención médica administrada cuentan con dos planes médicos como mínimo en su área de servicio. El área de servicio que le corresponde a usted se basa en la dirección más reciente que aparece en los registros de Medicaid. Asegúrese de actualizar su dirección.

P: ¿Cómo puedo actualizar mi dirección con Medicaid?

Para cambiar su dirección y número de teléfono con Medicaid, visite la página web de Your Texas Benefits. También puede hacer cambios por teléfono.

Teléfono: Llame sin costo a uno de estos números

- 1-855-827-3748
- 2-1-1 (elija inglés o español)

Sitio web: Visite www.YourTexasBenefits.com y siga estos pasos:

- Entre a su cuenta
- Vaya a la sección "Ver mi caso" en el sitio web.
- Haga clic en "Datos del caso" cerca de la parte superior de la página

Sesiones informativas de Medicaid para Cáncer de Seno y Cervical

Preguntas frecuentes

- Encuentre el número de caso del registro que necesita cambiar. Haga clic en el botón "Avisar sobre cambios" junto al número de caso.

Verá la página "Para empezar", que le indicará los pasos que debe seguir.

P: ¿Cuál es el objetivo de la atención médica administrada?

R: La atención médica administrada fue creada para mejorar el acceso a la atención médica y su coordinación. De este modo nos aseguramos de que usted reciba los servicios adecuados y tenga un proveedor de cuidado primario y un consultorio médico primario.

P: ¿Por qué el cambio a la atención médica administrada?

R: La Asamblea Legislativa ordenó a la HHSC que encontrara la manera más rentable y de mayor calidad para brindar los beneficios de Medicaid.

Consultorio médico primario y proveedor de cuidado primario

P: ¿Qué es un consultorio médico primario?

R: Un consultorio médico primario es el lugar donde recibe servicios de atención básica. Allí se encuentra su proveedor de cuidado primario. Ayuda a reforzar las relaciones del paciente y su familia con el doctor y otros proveedores de atención médica.

P: ¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

R: Al inscribirse en el programa STAR+PLUS, tiene que escoger a un proveedor de cuidado primario. El proveedor puede ser un doctor, enfermero o clínica a través del cual usted recibirá atención médica básica y será remitido a otros tipos de atención médica. Los proveedores de cuidado primario brindan un consultorio médico primario a los miembros del programa. Con el tiempo se familiarizarán con usted y con su historial médico. Su proveedor de cuidado primario puede ser:

- Un doctor especializado en medicina general
- Un doctor de medicina familiar
- Un doctor de medicina interna
- Un ginecoobstetra
- Un enfermero titulado de práctica avanzada
- Un asociado médico
- Una clínica (Centro de Salud Aprobado a Nivel Federal o Clínica de Salud Rural)
- Un médico especialista (por ejemplo, un oncólogo) dispuesto a ser su proveedor de cuidado primario.

P: ¿Tengo que escoger a un proveedor de cuidado primario?

R: Sí. Los miembros inscritos en STAR+PLUS deben tener un proveedor de cuidado primario dentro de la red de su plan médico.

P: ¿Qué pasa si no escojo a un proveedor de cuidado primario?

R: Si no escoge a un proveedor de cuidado primario, nosotros le asignaremos uno, cuyo nombre aparecerá en la tarjeta del plan médico. Puede cambiar de proveedor en cualquier momento llamando a su plan médico.

P: ¿Puedo cambiar de proveedor de cuidado primario?

Sesiones informativas de Medicaid para Cáncer de Seno y Cervical

Preguntas frecuentes

R: Sí. Para cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a la línea de servicio al cliente de su plan médico.

P: ¿Puede ser mi proveedor de cuidado primario un especialista?

R: Sí, siempre que su especialista esté dispuesto a ser su proveedor de cuidado primario. Si eso es lo que usted quiere, hable con el especialista y su plan médico. Ellos tendrán que trabajar con otros proveedores para asegurarse de atender sus necesidades médicas y de salud mental a través de Medicaid.

P: ¿Qué pasa si necesito ver a un especialista o ir al hospital?

R: Su proveedor de cuidado primario le prestará la atención médica básica. Si necesita otros servicios médicos, lo remitirá a otros proveedores. Por ejemplo, si necesita ver a un especialista o ir al hospital, él programará esas visitas. Los planes médicos pueden determinar qué servicios exigen una remisión. Consulte con los planes médicos en su área para conocer su proceso de remisión.

No necesita una remisión de su proveedor de cuidado primario para servicios como:

- Tratamientos de salud mental y de abuso de drogas y alcohol
- Servicios de la sala de emergencias
- Puede que algunos planes no requieran remisiones para ciertos servicios

STAR+PLUS

P: ¿Qué es STAR+PLUS?

R: STAR+PLUS es un programa de atención médica administrada de Medicaid para personas con discapacidades o mayores de 65 años. STAR+PLUS ofrece la atención médica básica, además de servicios y apoyos a largo plazo.

P: ¿Quiénes tienen que inscribirse en STAR+PLUS?

R: Todas las personas inscritas en el programa MBCC.

P: ¿Quiénes pueden inscribirse de forma voluntaria en STAR+PLUS?

R: Las personas que pertenecen a una tribu reconocida por el gobierno federal pueden decidir si quieren participar en STAR+PLUS.

Servicios de STAR+PLUS

P: ¿Qué servicios ofrece el programa STAR+PLUS?

R: Todos los participantes reciben:

- **Un proveedor de cuidado primario.** Este proveedor le prestará la mayor parte de la atención médica preventiva. Su proveedor de cuidado primario también puede remitirlo a especialistas, de ser necesario.
- **Servicios básicos de atención médica.** Recibirá los mismos servicios de Medicaid que ahora; por ejemplo, consultas con doctores, visitas al hospital, terapias, consultas con especialistas, equipos médicos, medicamentos con receta y suministros médicos.
- **Apoyos y servicios de atención a largo plazo.** Usted recibirá servicios y apoyos a largo plazo en el hogar, como los servicios de un ayudante. Los servicios y apoyos a largo plazo incluyen la ayuda en casa con las actividades básicas de la vida diaria y ayuda para participar en actividades comunitarias.

Sesiones informativas de Medicaid para Cáncer de Seno y Cervical

Preguntas frecuentes

- **Coordinación de servicios.** Los enfermeros y otros profesionales del plan médico se ocuparán de coordinar sus servicios. Algunos de los servicios que ofrecen son:
 - Identificar necesidades de salud física y mental y de servicios y apoyos a largo plazo
 - Formular planes de servicios para atender las necesidades identificadas
 - Buscar doctores que aceptan Medicaid
 - Brindar acceso a otros servicios y proveedores
- **Servicios de valor agregado.** Estos son los servicios adicionales que ofrece el plan médico de STAR+PLUS que haya escogido; por ejemplo, los servicios dentales o para la vista.
- **Medicamentos.** Los beneficiarios de la atención médica administrada tienen acceso a medicamentos sin límite; no obstante, los medicamentos con receta deben figurar en la lista de medicamentos aprobados.

P: ¿Qué pasará con los servicios actuales y aprobados anteriormente cuando me pase al programa STAR+PLUS? ¿Se respetarán los servicios que ya tengo aprobados y seguiré recibiendo los?

R: Sí. Para garantizar la continuidad de los cuidados, los planes médicos de STAR+PLUS deben respetar las autorizaciones existentes para:

- Servicios y apoyos a largo plazo, como la asistencia de un ayudante, durante 6 meses o hasta que el plan médico le haga otra valoración.
- Los servicios para casos agudos, como consultas con doctores, visitas al hospital y servicios de laboratorio, se respetarán por seis meses, hasta que venza la autorización actual o hasta que el plan médico le haga una nueva valoración.

P: ¿Puedo seguir consultando a mi proveedor actual cuando me cambie a STAR+PLUS?

R: Si tiene una autorización, su plan médico la considerará válida durante 6 meses o hasta que caduque. Si su proveedor se incorpora a la red del plan médico mediante un contrato, podrá seguir atendiendo. Si su proveedor no desea participar en la red, hable con el plan médico sobre la posibilidad de entrar en un contrato limitado, o para que le ayuden a buscar otro proveedor.

Cómo escoger un plan médico

P: ¿Cómo escojo un plan médico de STAR+PLUS?

R: Primero, este verano las familias recibirán por correo información sobre STAR+PLUS, que incluye instrucciones sobre cómo escoger un plan médico.

- Los participantes recibirán una carta de presentación en **mayo de 2017**. Esta carta incluirá información básica sobre el programa STAR+PLUS.
- Los participantes recibirán un paquete de inscripción para STAR+PLUS en **junio de 2017**. El paquete de inscripción incluirá:
 - Directorios de proveedores que incluyen a los doctores y otros proveedores de cada plan médico disponible en su área de servicio.
 - Instrucciones sobre cómo escoger un plan médico y otra información útil.
 - Un número de teléfono para llamar si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo escoger un plan médico.
- A partir del 1 de junio de 2017, podrá llamar a MAXIMUS, el agente de inscripción del estado, para hacer cualquier pregunta que tenga.
 - Podrá encontrar el número de teléfono gratuito de MAXIMUS en su paquete de inscripción.
- Cuando reciba el paquete de inscripción en junio, podrá llamar a MAXIMUS para escoger un plan por teléfono o enviar sus datos de inscripción por correo en el sobre con el porte pagado.

Sesiones informativas de Medicaid para Cáncer de Seno y Cervical

Preguntas frecuentes

- Los participantes que no escojan un plan médico recibirán una carta de recordatorio en **julio de 2017**.
- Si no ha escogido un plan médico antes del **14 de agosto de 2017**, la HHSC escogerá uno por usted.
- Las beneficiarias del MBCC pasarán a STAR+PLUS el **1 de septiembre de 2017**.

P: ¿Con quién me comunico si tengo preguntas o necesito ayuda para escoger un plan médico de STAR+PLUS?

R: Puede comunicarse con MAXIMUS, el agente de inscripción del estado, si necesita ayuda para escoger un plan médico de STAR+PLUS. También puede comunicarse directamente con los planes médicos de STAR+PLUS disponibles en su área. En el paquete de inscripción de STAR+PLUS, que recibirá por correo en junio, encontrará los datos de contacto de MAXIMUS y de los planes médicos disponibles en su área.

P: ¿Cómo sabré si un plan médico de STAR+PLUS tiene contratos con mi doctor y otros proveedores?

R: Cuando reciba su paquete de inscripción en junio, revise si sus proveedores actuales aparecen en los directorios de proveedores adjuntos al paquete. Todos los planes médicos de STAR+PLUS publicarán además el nombre de sus proveedores en línea. Puede buscar proveedores cerca de usted. Estas listas se actualizan con frecuencia. Si uno de sus doctores no aparece en la lista, puede llamar al plan médico para ver si el doctor tiene contrato con ellos. También puede pedirle a su doctor que se inscriba en la red de su plan.

P: ¿Pueden los proveedores tener contratos con más de un plan médico?

R: Sí, los proveedores a menudo tienen contratos con varios planes médicos.

P: ¿Qué pasa si mi doctor no está inscrito en los planes médicos de STAR+PLUS disponibles en mi área de servicio?

R: Puede preparar una lista de todos los proveedores que le atienden y comunicarse con ellos para pedirles que se inscriban en los planes médicos de STAR+PLUS disponibles en su [área de servicio](#)

Cuando reciba su paquete de inscripción en junio, revise el directorio de proveedores que se adjunta para ver si aparecen sus proveedores actuales. Si uno de sus doctores no aparece en la lista, podrá encontrar los proveedores del plan médico en su sitio web o llamar al plan para ver si el doctor tiene contrato con ellos. También puede pedirle a su doctor que se inscriba en el plan médico. Los planes médicos de STAR+PLUS deben intentar establecer contratos con todos los proveedores de Medicaid que atiendan a las beneficiarias del MBCC. Los proveedores no tienen que firmar un contrato con un plan médico si no lo desean. Los planes médicos y los proveedores pueden tener acuerdos de caso único cuando un proveedor solo quiere atenderle a usted, pero no a otros participantes del programa STAR+PLUS.

P: ¿Puedo cambiar de plan médico?

R: Sí, puede cambiar de plan médico en cualquier momento poniéndose en contacto con MAXIMUS, el agente de inscripción del estado. El cambio tardará en tener efecto entre 30 y 45 días. En cuanto MAXIMUS y los planes médicos puedan recibir llamadas, la información aparecerá al final de estas preguntas. Los datos de contacto de MAXIMUS y los planes médicos de STAR+PLUS también se incluirán en el paquete de inscripción que recibirá en junio.

Sesiones informativas de Medicaid para Cáncer de Seno y Cervical

Preguntas frecuentes

Proveedores de fuera de su área y de su red

P: Uno o más de mis proveedores se encuentran en otra área de servicio. ¿Puedo inscribirme en un plan médico de STAR+PLUS en esa otra área de servicios?

R: No, debe escoger un plan médico de STAR+PLUS en el área de servicio donde vive.

P: ¿Puedo consultar a doctores y especialistas fuera de mi área de servicio?

R: Los planes médicos deben contar con una red adecuada de proveedores y proporcionar los servicios que necesitan los miembros dentro de su área de servicio. Los planes médicos pueden pagar a proveedores fuera de su área de servicio en determinadas situaciones; por ejemplo, para recibir servicios de emergencia o seguir recibiendo los cuidados de un proveedor actual. En ocasiones, es posible que tenga que salir de su área de servicio para recibir la atención que necesita. El plan médico de STAR+PLUS que escoja tendrá un proceso para ayudarle si necesita consultar a proveedores fuera de su área de servicio. Si necesita que lo atiendan proveedores en otra área de servicio, llame a su coordinador de servicios.