

Preguntas frecuentes de STAR Kids para las familias

* Indica que es una nueva pregunta.

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 de salud, que se conoce 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" o MCO)?

R: Un plan médico es una empresa 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 (HHSC) de Texas para prestar a sus miembros servicios cubiertos por Medicaid.

P: ¿Qué es una red de proveedores?

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

P: ¿A quién se considera miembro de un plan médico?

R: A cualquier persona que reciba servicios cubiertos por Medicaid y que haya escogido y se haya inscrito en un plan médico.

P: ¿Cómo escojo un plan médico?

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

P: ¿Qué se entiende por área de servicio?

R: El área de servicio incluye los condados donde opera el plan médico de Medicaid. Hay 13 áreas de atención médica administrada de Medicaid en todo el estado. [Aquí](#) puede consultar 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 que aparece en los registros de Medicaid o la Administración del Seguro Social. Asegúrese de actualizar su dirección.

P: ¿Cómo actualizo mi dirección con Medicaid o Medicare?

Para cambiar su dirección y número de teléfono con Medicaid, visite la página web de [Your Texas Benefits](#). También puede avisar de cualquier cambio por teléfono.

Teléfono: Llame gratis a uno de estos números.

- 1-855-827-3748
- 211 (luego elija inglés o español)

Sept. 13, 2016

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

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

Luego verá la página "Para empezar" que le indicará el proceso que debe seguir.

Si recibe beneficios de Seguro Social o está inscrito en Medicare, puede cambiar su dirección por Internet usando la cuenta de [my Social Security](#). Visite: [my Social Security - Sign In or Create an Account](#).

Si recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), no tiene una dirección postal en Estados Unidos o no puede cambiar su dirección por Internet, llámenos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778), de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, o comuníquese con la [oficina local del Seguro Social](#).

P: ¿Cuáles son los objetivos de la atención médica administrada?

R: El objetivo de la atención médica administrada es mejorar la atención médica aumentando el acceso a servicios 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 estamos pasando a la atención médica administrada?

R: En 2013, los legisladores ordenaron a la HHSC crear el programa STAR Kids. Este programa atiende a los niños y jóvenes adultos de 20 años o menos con discapacidad. El proyecto de ley 7 del Senado exige que los planes médicos de STAR Kids presten los servicios opcionales del Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP). La HHSC está colaborando estrechamente con el [Comité asesor sobre atención médica administrada de STAR Kids](#) y el [Consejo de políticas sobre la infancia](#) para poner en marcha este programa.

[Consultorio médico primario y proveedor de cuidado primario](#)

P: ¿Qué es un consultorio médico primario?

R: Un consultorio médico primario presta 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 Kids, tiene que escoger a un proveedor de cuidado primario. El proveedor puede ser un doctor, enfermero o clínica a través del cual usted recibirá la atención médica básica y se le remitirá a otros tipos de atención médica. Los proveedores de cuidado primario brindan un consultorio médico primario a los miembros del programa. Con el tiempo, lo conocerán a usted y 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 pediatra
- Un ginecoobstetra
- Un enfermero registrado de práctica avanzada

Sept. 13, 2016

- Un asociado médico
- Una clínica (Centro de Salud Aprobado a Nivel Federal o Clínica de Salud Rural)
- Un especialista dispuesto a brindar servicios en un consultorio médico primario a ciertos miembros con necesidades o enfermedades especiales

Si tiene Medicare, no tendrá que escoger a un proveedor de cuidado primario.

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

R: Sí, los miembros inscritos en STAR Kids tienen que tener un proveedor de cuidado primario dentro de la red de su plan médico. Si consulta a un proveedor de cuidado primario que no es de Medicaid por medio de su seguro privado, puede seguir viéndolo.

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

R: Si no escoge a un proveedor de cuidado primario, se le asignará uno y su nombre aparecerá en la tarjeta del plan médico. Puede cambiar de proveedor en cualquier momento llamando a su plan médico. Si consulta a un proveedor de cuidado primario que no es de Medicaid por medio de su seguro privado, este quizás no aparezca en la tarjeta de su plan médico.

P: ¿Puedo cambiar de proveedor de cuidado primario?

R: Sí. Para cambiar su proveedor de cuidado primario, llame a la línea de servicios para miembros de su plan médico.

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

R: Sí, siempre y cuando 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. Tienen que trabajar con sus cuidadores y otros proveedores para asegurarse de atender sus necesidades médicas y de salud conductual cubiertas por 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
- Exámenes de Pasos Sanos de Tejas
- Servicios de la sala de emergencias

Algunos planes tal vez no exijan remisiones para recibir ciertos servicios o para que lo atiendan ciertos proveedores si usted ya los ha estado viendo.

STAR Kids

P: ¿Qué es STAR Kids?

R: STAR Kids es un nuevo programa de atención médica administrada de Medicaid de Texas para los niños y adultos de 20 años o menos con discapacidad. En el programa STAR Kids, usted podrá recibir apoyos y servicios médicos básicos y a largo plazo a través de la red de proveedores del plan médico. Si

Sept. 13, 2016

califica, recibirá servicios y apoyos a largo plazo, entre otros, ayuda en el hogar con las actividades diarias y ayuda para participar en actividades comunitarias. Si califica, también recibirá servicios opcionales del Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP) a través de la red de proveedores del plan médico.

P: ¿Cuándo empezará el programa STAR Kids?

R: El programa STAR Kids empezará a nivel estatal a partir del 1 de noviembre de 2016.

P: ¿Estoy obligado a inscribirme en el programa STAR Kids?

R: Usted deberá inscribirse en el programa STAR Kids si tiene 20 años o menos, cuenta con cobertura de Medicaid y cumple uno o más de los siguientes requisitos:

- Recibe SSI
- Recibe SSI y Medicare
- Recibe servicios por medio del programa opcional del MDCP
- Recibe servicios a través del programa opcional de Servicios de Empoderamiento Juvenil
- Vive en un centro para convalecientes o en un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual o un trastorno relacionado en la comunidad
- Recibe servicios a través de un programa de Medicaid Buy-In
- Recibe servicios a través de cualquiera de los siguientes programas opcionales para personas con discapacidad intelectual o del desarrollo de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC):
 - Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
 - Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
 - Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HSC)
 - Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL)

P: ¿Quiénes no pueden participar en el programa STAR Kids?

R: No pueden participar en STAR Kids las personas que:

- Están bajo cuidado temporal y reciben servicios de Medicaid a través de Medicaid tradicional o STAR Health
- Son mayores de 21 años
- Residen en el Centro de Atención Infantil Truman W. Smith
- Viven en una residencia estatal para veteranos
- Viven en un centro residencial con apoyo estatal

***P: ¿Qué sucede si mi hijo recibe Medicaid de asistencia para la adopción?**

R: Los niños y jóvenes adultos que reciben Medicaid de asistencia para la adopción no participarán en STAR Kids en noviembre de 2016 a menos que también reciban servicios por medio de un programa opcional.

P: ¿Qué pasa si estoy a punto de cumplir 21 años? ¿Tengo que inscribirme en el programa STAR Kids?

R: Los jóvenes adultos que cumplan 21 años en noviembre o diciembre de 2016 o en enero de 2017 no participarán en STAR Kids. Seguirán en el programa en el que están ahora hasta que cumplan 21 años.

P: ¿Qué planes médicos de STAR Kids puedo escoger?

R: Usted escoge su plan médico dependiendo de dónde viva en el estado. Los planes médicos cubren diferentes regiones del estado llamadas "[áreas de servicio](#)". A continuación se indican los planes

Sept. 13, 2016

médicos que prestan servicios en cada área de servicio. Siempre tendrá por lo menos dos planes médicos de dónde escoger.

Área de servicio de Bexar:

Community First Health Plan
Superior Health Plan

Área de servicio de Dallas:

Amerigroup
Children's Medical Center Health Plan

Área de servicio de El Paso:

Amerigroup
Superior Health Plan

Área de servicio de Harris:

Amerigroup
Texas Children's Health Plan
United HealthCare

Área de servicio de Hidalgo:

Driscoll Children's Health Plan
Superior HealthPlan
United

Área de servicio de Jefferson:

Texas Children's Health Plan
United HealthCare

Área de servicio de Lubbock:

Amerigroup
Superior Health Plan

Área de servicio rural de Medicaid - Central

Blue Cross and Blue Shield of Texas
United HealthCare

Área de servicio rural de Medicaid - Noreste

Texas Children's Health Plan
United Health Plan

Área de servicio rural de Medicaid - Oeste

Amerigroup
Superior Health Plan

Área de servicio de Nueces:

Driscoll Children's Health Plan
Superior Health Plan

Área de servicio de Tarrant:

Aetna

Cook Children's Health Plan

Área de servicio de Travis:

Blue Cross and Blue Shield of Texas

Superior Health Plan

Servicios de STAR Kids

P: ¿Qué servicios ofrece el programa STAR Kids?

R: Todos los participantes reciben:

- **Un plan de servicios.** Esto ayudará a sus doctores y otros proveedores a saber el tipo de cuidados que usted necesita. Un coordinador de servicios del plan médico de STAR Kids trabajará con usted y con su doctor para crear este plan. El coordinador de servicios también le ayudará a encontrar doctores, programar citas y atender a otras necesidades que pueda tener.
- **Un proveedor de cuidado primario.** Este proveedor le prestará la mayor parte de su atención médica preventiva. Su proveedor de cuidado primario también puede remitirlo a especialistas en caso de ser necesario.
 - Si recibe Medicare, no podrá elegir a su proveedor de cuidado primario.
- **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.** Recibirá apoyos y servicios a largo plazo en el hogar; por ejemplo, servicios de atención personal, Community First Choice y servicios de un enfermero particular. Entre los servicios y apoyos a largo plazo destaca la ayuda en casa con las actividades esenciales de la vida diaria y ayuda para participar en las actividades comunitarias.
 - Si recibe servicios a través de un programa opcional para personas con discapacidad intelectual o del desarrollo del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas, el programa opcional de Servicios de Empoderamiento Juvenil, o si vive en un centro de atención intermedia, recibirá servicios y apoyos a largo plazo a través de su programa opcional o centro, igual que los recibe ahora.
 - Si recibe servicios opcionales a través del Programa para Niños Médicamente Dependientes, recibirá esos mismos servicios a través del plan médico de STAR Kids que escoja.
 - Para saber más sobre Community First Choice y encontrar información sobre el beneficio que no es específico de STAR Kids, visite el sitio web de la HHSC.
- **Coordinación de servicios.** Los enfermeros y otros profesionales del plan médico se ocuparán de coordinar sus servicios. Entre estos servicios destacan:
 - La identificación de necesidades de salud física y mental y de servicios y apoyos a largo plazo
 - La creación de planes de servicios para atender a las necesidades identificadas
 - La búsqueda de doctores que aceptan Medicaid
 - El acceso a otros servicios y proveedores

Sept. 13, 2016

- **Servicios de valor agregado.** Estos son los servicios adicionales que ofrece el plan médico de STAR Kids que haya escogido; por ejemplo, los servicios de relevo o servicios adicionales para la vista.

Continuidad de los cuidados a través de STAR Kids

***P: ¿Qué pasará con mis autorizaciones y servicios actuales cuando me pase al programa STAR Kids? ¿Se respetarán mis autorizaciones y seguiré recibiendo los servicios?**

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

- Servicios y apoyos a largo plazo, como los servicios de atención personal, de [Community First Choice](#) y de enfermero particular, durante seis meses o hasta el momento en que el plan médico lleve a cabo una nueva valoración.
- Servicios de casos agudos, como consultas con doctores, visitas al hospital y servicios de laboratorio, se respetan por seis meses, hasta que venza la autorización actual o hasta que el plan médico lleve a cabo una nueva valoración.

***P: Supe que se han ampliado las autorizaciones para ciertos servicios. ¿Qué significa eso?**

R: Si tiene una autorización para servicios de atención personal, Community First Choice o servicios de enfermero particular, o terapias que se vencerán en octubre o noviembre de 2016, la HHSC la extenderá 90 días para garantizar la continuidad de los cuidados. Usted y su proveedor recibirán una carta que explica esto.

***P: Recibí una carta del DADS que dice que mi plan individual de servicios del MDCP se extenderá un año. ¿Qué significa eso?**

R: Eso significa que usted puede seguir recibiendo los servicios del MDCP por un año. Estos servicios son, entre otros: servicios de relevo, servicios de apoyo flexibles para la familia, ayudas para la adaptación, cambios menores a la casa, servicios de ayuda con la transición, ayuda para encontrar empleo y empleo con apoyo. Si hay un cambio en su estado de salud o necesita cambiar de servicios, puede pedirle ayuda al coordinador de servicios de su plan médico. Esta extensión no se aplica a otros servicios, como servicios de enfermero particular.

***P: ¿Puedo seguir consultando a mi proveedor actual cuando me cambie a STAR Kids?**

R: Si se inscribe el 1 de noviembre, puede seguir consultando a sus proveedores actuales durante seis meses después de cambiarse a STAR Kids, aunque no se unan a la red de su plan médico. Esto le dará tiempo al plan para inscribir a sus proveedores en la red, si todavía no están inscritos. A partir del 1 de mayo de 2017, si sus proveedores aún no se han unido a la red de su plan médico, el coordinador de servicios de su plan trabajará con usted para asegurarse de que siga recibiendo los servicios que necesita.

Si su proveedor actual no está inscrito en Medicaid y solo hace remisiones o recetas, también puede seguir consultándolo después del 1 de noviembre.

***P: Si mis proveedores actuales no se unen a la red de mi plan médico, ¿cómo funcionarán las autorizaciones y los pagos en los primeros seis meses?**

Sept. 13, 2016

R: Su MCO se pondrá en contacto con esos proveedores y trabajará con ellos para asegurarse de que puedan seguir ofreciendo servicios y tengan la manera de cobrarle a la MCO.

***P: ¿Cambiarán mis servicios dentales de Medicaid?**

R: No habrá cambios en los servicios dentales. Usted seguirá recibiendo los mismos servicios dentales que ahora.

***P: ¿Cambiarán los servicios de transporte de Medicaid?**

R: No. El Programa de Transporte Médico (MTP) seguirá prestando los servicios de transporte.

***P: ¿Qué pasa si soy beneficiario de Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS), Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD), Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS) o del Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHML)? ¿Cambiarán mis servicios?**

R: Si recibe servicios de estos programas o vive en un centro de atención intermedia, recibirá apoyos y servicios de atención a largo plazo a través del programa opcional o centro como viene haciendo hasta ahora. También seguirá trabajando con su actual coordinador de servicios o administrador de casos del programa opcional. El coordinador de servicios de su plan médico trabajará con el proveedor de servicios opcionales para garantizar que usted reciba todo lo que necesita.

***P: ¿Cuándo se comunicará conmigo el plan médico para realizar una evaluación? ¿Cambiarán o reducirán mis servicios durante los primeros seis meses?**

R: A partir del 1 de noviembre de 2016, o en la fecha en que empiece a recibir servicios por medio del plan médico de STAR Kids, el plan que usted haya escogido se comunicará con usted a más tardar en los 15 días siguientes a la inscripción para realizar una evaluación telefónica y determinar el momento adecuado para programar una valoración en casa. El plan médico programará una valoración en casa dependiendo del tipo de servicios que usted reciba y del mes en que terminen las autorizaciones vigentes, o si necesita servicios urgentes o no ha recibido ciertos servicios que necesita. El plan médico está obligado a realizar todas las evaluaciones en casa en los seis meses siguientes a la fecha de inscripción. Los servicios podrían cambiar dependiendo de los resultados de la evaluación.

***P: ¿Qué pasa si mi hijo recibe servicios para pacientes terminales o empieza a recibirlos?**

R: Si su hijo recibe servicios para pacientes terminales o empieza a recibirlos, seguirá inscrito en su plan médico de STAR Kids. Su plan médico seguirá siendo responsable de la atención médica básica de su hijo, como servicios de hospital o de especialistas, pero el programa para pacientes terminales cubrirá sus cuidados al final de la vida.

La selección de un plan médico

P: ¿Cómo escojo un plan médico de STAR Kids?

R: Primero, las familias recibirán este verano por correo información sobre STAR Kids, incluso información sobre cómo escoger un plan médico.

- Las familias recibirán una carta de presentación en **julio de 2016**. Esta carta incluirá información básica sobre el programa STAR Kids.
- Las familias recibirán un paquete de inscripción del programa STAR Kids en **agosto de 2016**. El paquete de inscripción incluirá:
 - Directorios de proveedores que incluyen a los doctores y otros proveedores para 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 agosto de 2016**, podrá llamar a MAXIMUS, el agente de inscripción del estado, para hacer cualquier pregunta que tenga.
 - Podrá encontrar el número de teléfono gratis de MAXIMUS en su paquete de inscripción.
 - A partir del 1 de agosto de 2016 también podrá encontrar un enlace al número de teléfono gratis de MAXIMUS en el sitio web de STAR Kids.
- Cuando reciba el paquete de inscripción en agosto, podrá llamar a MAXIMUS para escoger un plan por teléfono o enviar sus datos de inscripción por correo en el sobre prepagado.
- Las familias que no escojan un plan médico recibirán una carta de recordatorio en **septiembre de 2016**.
- Si no ha escogido un plan médico antes del **12 de octubre de 2016**, la HHSC escogerá uno por usted.
- El programa STAR Kids empieza el **1 de noviembre de 2016**.

P: ¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas o necesito ayuda para escoger un plan médico de STAR Kids?

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

A partir del 1 de agosto de 2016, podrá llamar a MAXIMUS, el agente de inscripción del estado, si tiene preguntas. En cuanto MAXIMUS y los planes médicos puedan recibir llamadas, su información aparecerá al final. Los datos de contacto de MAXIMUS y los planes médicos de STAR Kids también se incluirán en el paquete de inscripción que recibirá en agosto.

P: ¿Qué son los servicios de valor agregado?

R: Los servicios de valor agregado aprobados por la HHSC son servicios médicos adicionales que ofrecen los planes médicos además de los servicios tradicionales de Medicaid.

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

R: Cuando reciba su paquete de inscripción en agosto, revise si sus proveedores actuales aparecen en los directorios de proveedores adjuntos. Todos los planes médicos de STAR Kids también tendrán disponibles en línea recursos actualizados para encontrar los directorios de proveedores vigentes y buscar los proveedores disponibles en su zona puesto que se actualizan con frecuencia. Si uno de sus doctores no aparece en la lista, podrá llamar al plan para ver si el doctor tiene contrato con ellos. También podrá pedirle a su doctor que se inscriba en la red de su plan médico.

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

R: Puede preparar una lista de todos los proveedores que atienden a su hijo y comunicarse con ellos para pedirles que se inscriban en los planes médicos de STAR Kids disponibles en su [área de servicio](#). También puede compartir su lista de proveedores con los [planes médicos de STAR Kids](#) disponibles en su

Sept. 13, 2016

área de servicio y pedirles que contraten a sus proveedores si no lo han hecho ya. Puede hacer esto hoy mismo.

Cuando reciba su paquete de inscripción en agosto, 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 hablar con su doctor para que se inscriba en el plan médico. Los planes médicos de STAR Kids deben intentar comunicarse con todos los proveedores de Medicaid que atienden a los niños que pasarán al programa de STAR Kids. 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 sólo quiere atenderle a usted pero no a otros participantes del programa STAR Kids.

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 de 30 a 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 Kids también se incluirán en el paquete de inscripción que recibirá en agosto.

P: ¿Podré inscribirme en el plan médico que escoja?

R: Los planes médicos de STAR Kids no limitan el número de miembros que pueden inscribirse, así que siempre podrá acceder al plan médico que prefiera.

Otros seguros, incluido Medicare

***P: ¿Qué pasa si tengo un seguro médico privado?**

R: Si tiene un seguro médico privado a través de su empleador, el mercado de seguros médicos u otra entidad, su seguro privado pagará primero. Luego, su plan médico de STAR Kids pagará el resto de cualquier servicio cubierto por Medicaid. Esto significa que su plan médico podría cubrir los copagos, el coaseguro y los deducibles de los servicios de Medicaid que no cubra su seguro comercial, como lo hace ahora Medicaid tradicional. Sin embargo, para cobrar a su plan médico, el proveedor comercial tendrá que estar inscrito en Medicaid.

***P: Si mi proveedor de cuidado primario está bajo mi seguro privado, ¿tengo que escoger a un proveedor de STAR Kids?**

R: Si recibe servicios a través de un programa opcional y consulta a un proveedor de cuidado primario de su seguro privado, no tiene que escoger a un proveedor de cuidado primario de Medicaid cuando se inscriba y puede dejar en blanco esa sección de la inscripción. Su coordinador de servicios trabajará con usted para asegurarse de que pueda seguir viendo a su proveedor de cuidado primario. El nombre de este proveedor de cuidado primario no aparecerá en la tarjeta del plan médico.

Si no recibe servicios a través de un programa opcional y lo atiende un proveedor de cuidado primario a través de su seguro privado, tendrá que escoger a un proveedor de cuidado primario de la red de Medicaid en la inscripción. Una vez que entre en vigor su inscripción en el plan médico, dígame al coordinador de servicios del plan que lo atiende un proveedor de cuidado primario por medio de su seguro médico privado. El coordinador de servicios trabajará con usted para asegurarse de que su

Sept. 13, 2016

proveedor de cuidado primario pueda seguir atendiéndolo. Aunque el nombre del proveedor de cuidado primario de Medicaid aparecerá en la tarjeta del plan médico, no tiene que ir con este proveedor.

***P: ¿Qué pasa si me atiende un doctor o especialista que no cobra a Medicaid pero que me remite a otros doctores o me receta equipo médico duradero o medicamentos? ¿Podrá pagar esos servicios el plan médico?**

R: Por ahora, el plan médico pagará los servicios, recetas y equipo médico ordenados, recomendados o prescritos por un proveedor que no esté inscrito en Medicaid.

***P: Si mi proveedor recibe su pago de mi seguro privado y no le cobra a Medicaid, pero ordena, receta o me remite a servicios de Medicaid, ¿tiene que tener un contrato con mi plan médico?**

R: No. Los proveedores que ordenan, remiten y recetan servicios no tienen que tener contrato con el plan ni estar acreditados por él.

P: ¿Tienen que estar inscritos en Medicaid los proveedores de seguro privado?

R: Su proveedor de cuidado primario y otros proveedores del seguro privado pueden seguir atendiéndolo aunque no sean proveedores de Medicaid. Sin embargo, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) exige que un proveedor inscrito en Medicaid ordene, remita y recete cualquier servicio de Medicaid. La ACA exige que todos los proveedores que ordenan, recetan o remiten a servicios de Medicaid estén inscritos en Medicaid. También exige que cualquier proveedor que le cobre a Medicaid esté inscrito en Medicaid. Si el proveedor de su seguro privado cobra los copagos, el coaseguro o los deducibles a Medicaid, tendrá que registrarse con Medicaid.

Si su proveedor de cuidado primario va a ordenar, recetar o remitir a servicios de Medicaid, debe completar una [solicitud simplificada](#) para seguir ordenando, recetando o remitiéndolo a servicios o medicamentos que el plan médico de STAR Kids reembolsará a partir de octubre de 2017. Al convertirse en este tipo de proveedor de Medicaid, su proveedor de cuidado primario no tiene que atender a todos los miembros de Medicaid.

La HHSC está trabajando con proveedores privados de todo el estado para inscribirlos en Medicaid. Pero también es importante que usted hable con sus proveedores. Explíqueles que es importante que se inscriban en Medicaid para que usted pueda seguir recibiendo sus cuidados. No se cobra ninguna cuota por completar el proceso simplificado para ordenar, remitir y recetar, y pueden inscribirse por vía electrónica o llenando una solicitud impresa. Si su proveedor privado ordena, receta o lo remite a servicios de Medicaid, debería visitar los siguientes enlaces:

- [Información en inglés para ordenar y remitir-Solo proveedores](#)
- Inscripción en línea: <https://secure.tmhp.com/ProviderEnrollment>
- [Solicitud impresa en inglés](#)

Una vez que haya escogido un plan médico, su coordinador de servicios de STAR Kids podrá ayudarle a coordinar entre los proveedores privados y de Medicaid.

***P: Si mi proveedor está inscrito en Medicaid pero está fuera de la red, ¿puede ordenar, recetar o remitirme a servicios cubiertos por mi plan médico?**

R: Sí, puede hacerlo.

***P: ¿Qué pasa si participo en el Programa de Reembolso de la Prima del Seguro Médico (HIPP)?**

R: Puede seguir recibiendo servicios a través de su plan médico con el HIPP. El plan médico de STAR Kids

que escoja cubrirá los servicios que no cubra su plan del HIPP, como los apoyos y servicios de atención a largo plazo.

P: ¿Qué pasa si tengo Medicare?

R: Si tiene Medicare y Medicaid, se considera que tiene "doble cobertura", y podrá seguir recibiendo la mayoría de la atención médica básica a través de sus doctores de Medicare. STAR Kids no cambiará la manera en que usted recibe los servicios de Medicare.

Medicare pagará la mayoría de su atención médica básica, y el programa tradicional de Medicaid pagará los servicios cubiertos por Medicaid pero no por Medicare. Si tiene Medicare, no escogerá a un proveedor de cuidado primario de STAR Kids.

Una vez que haya escogido un plan médico, su coordinador de servicios de STAR Kids le ayudará a coordinar entre sus proveedores de Medicare y Medicaid.

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 Kids en esa otra área de servicios?

R: No, debe escoger un plan médico de STAR Kids 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 Kids 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.

P: El proveedor más cercano está fuera de mi área de servicio. ¿Tengo que ir más lejos para que me atienda un proveedor en mi propia área de servicio?

R: Los planes médicos de STAR Kids pueden tener en su red a proveedores fuera de su área de servicio. El coordinador de servicios del plan le ayudará en cualquier momento a encontrar los proveedores y la atención médica que necesita.

Programa para Niños Médicamente Dependientes

P: ¿Cambiará STAR Kids los requisitos que debe cumplir un niño para participar en el Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP)?

R: STAR Kids no cambiará los requisitos que deben cumplirse para participar en el MDCP. Todavía habrá una lista de interesados en el MDCP y un número fijo de cupos para este programa. Para poder recibir los servicios del MDCP, usted deberá estar entre los primeros de la lista de interesados en el programa, tener una necesidad médica y cumplir con los otros requisitos del programa. La HHSC y su plan médico de STAR Kids le ayudarán a navegar este proceso cuando se encuentre entre los primeros de la lista de interesados.

P: ¿Qué cambios habrá si mi hijo ya participa en el MDCP?

Si su hijo ya está inscrito en el MDCP, seguirá recibiendo los mismos servicios del MDCP que recibe ahora a través del plan médico STAR Kids que escoja. En el programa STAR Kids, el plan médico llevará a cabo la valoración, elaborará el plan de servicios y autorizará los servicios del MDCP.

P: ¿Seguirá funcionando el presupuesto anual del MDCP de la misma manera?

R: Sí. El coordinador de servicios de su plan médico le ayudará a preparar un plan de servicios para los servicios del MDCP que se ajuste a su presupuesto aprobado.

P: ¿Seguiré teniendo un administrador de casos del MDCP con el DADS?

R: No. Cuando se inscriba en el programa STAR Kids, tendrá un coordinador de servicios del plan médico de STAR Kids. Este coordinador de servicios hará lo mismo que hace ahora su administrador de casos del DADS; por ejemplo, planear servicios y llevar a cabo valoraciones.

Servicios Administrados por el Cliente

P: ¿Seguirá disponible la opción de Servicios Administrados por el Cliente (CDS) a través del programa STAR Kids?

R: Los Servicios Administrados por el Cliente seguirán estando disponibles cuando empiece el programa STAR Kids. Si recibe y usa los servicios de uno de los programas opcionales que se indican a continuación, estos seguirán estando disponibles por medio del DADS.

- Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
- Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
- Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HSC)
- Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL)

Los Servicios Administrados por el Cliente (CDS) del Programa para Niños Médicamente Dependientes estarán disponibles a través del plan médico de STAR Kids que escoja en lugar del DADS.

Si usa CDS para recibir servicios de atención personal o [Community First Choice](#) y no está recibiendo servicios a través de los programas mencionados anteriormente, podrá recibir CDS a través del plan médico de STAR Kids que escoja.