



El Paso Health



STAR+PLUS Nursing Facilities Member Handbook

CALL TOLL FREE
1-833-742-3127



TEXAS
Health and Human
Services





We are writing to let you know about a change in how some of your Medicaid benefits are paid. **There is no action needed on your part**, and you will continue to access your care as you do today. This change makes it simpler for you and your provider.

El Paso Health will pay for some of your current acute care benefits starting September 1, 2025. These are services you are already eligible for that are being coordinated through El Paso Health and paid by traditional Medicaid (fee-for-service). Starting September 1, 2025, these services will be paid by El Paso Health instead of traditional Medicaid (fee-for-service). You will continue to receive long-term care benefits through El Paso Health. There is no change to your Medicare or Medicaid coverage or costs.

You do not need to do anything. El Paso Health will let your provider know what to do.

If you have any questions, please contact El Paso Health at **877-742-3127**.



El Paso Health
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

El Paso Health STAR+PLUS Value Added Services 2025-26

		At Home		Nursing Facilities	
		Medicaid Only	Dual	Medicaid Only	Dual
	Help Getting a Ride A free ride service to help you get to appointments, health education classes, non-medical drivers of health locations, or Member Advisory Group meetings that are not covered under the NEMT benefit.	✓	✓	N/A	N/A
	Dental Services Dual eligible members receive up to \$1,000 each year for dental check-ups, x-rays, cleanings, filling and simple tooth extractions for STAR+PLUS non-HCBS waiver members. Medicaid only members receive up to \$600 each year for dental check-ups, x-rays, and cleanings (no extractions) for non-HCBS waiver members.	✓ \$300 allowance	✓ \$1,000 allowance	✓ \$600 allowance	✓ \$1,000 allowance
	Extra Vision Services \$125 eyewear allowance towards upgrades for frames, lenses, or contacts every two years and get one routine eye exam every two years.	✓ \$125 biennial allowance	N/A	✓ \$125 biennial allowance	N/A
	Extra Foot Doctor (Podiatry) Services Additional routine foot doctor (podiatry) visits each year.	✓ 2 visits	✓ 2 visits	✓ 4 visits	✓ 2 visits
	Over-the-Counter Benefits / Utility Assistance Up to \$160 once a year: \$40 gift card every three months, for use towards utilities, over-the-counter medicines and other medical or health-related supplies not covered by Medicaid, upon request.	✓	✓	N/A	N/A
	Emergency Response Services (ERS) Emergency response services for STAR+PLUS non-HCBS waiver members age 21 and older.	✓	✓	N/A	N/A
	Home Visits Up to an extra 20 hours respite services for STAR+PLUS non-HCBS waiver members age 21 and older.	✓	✓	N/A	N/A
	Extra Hearing Services \$2,000 allowance toward hearing aids, every two years.	N/A	✓	N/A	✓
	Healthy Eats Program Members can participate in the Healthy Eats Program and receive a \$50 gift card each quarter to obtain nutritious food. • Medicaid only: Diabetic non-dual member • Dual: Diabetic Non-HCBS waiver members	✓	✓	N/A	N/A
	Delivered Meals Up to 14 healthy home-delivered meals for STAR+PLUS non-HCBS waiver members after being discharged from a hospital or nursing facility.	✓	✓	N/A	N/A
	Meal Planning Four additional nutritional counseling/meal planning services for diabetic STAR+PLUS non-HCBS waiver members.	✓	✓	N/A	N/A
	Health Get Fit Program STAR+PLUS members can participate in the El Paso Health Get Fit Program at the YMCA.	✓	✓	N/A	N/A

El Paso Health STAR+PLUS Value Added Services 2025-26

		At Home		Nursing Facilities	
		Medicaid Only	Dual	Medicaid Only	Dual
	Care Kit Receive a free personal blanket, skid proof socks, an accessory tote bag, and a large print digital clock.	N/A	N/A	✓	✓
	Pest-Repellent Pest-repellant wall plugs for members with Asthma or COPD and who are enrolled in El Paso Health's Disease Management Program.	✓	✓	N/A	N/A
	Allergy-Free Pillow Case One allergy-free pillow case for members with Asthma or COPD who fill a new prescription and enroll in the Asthma Disease Management Program at El Paso Health.	✓	✓	N/A	N/A
	GED Support for IDD Eligible members receive GED preparation support, help with finding test centers, and a voucher for test costs. One per member per lifetime.	✓	✓	N/A	N/A
	Extra Help for Pregnant Women Pregnant members can receive: • A free convertible car seat after attending a baby shower at El Paso Health. • A First-Steps Baby Shower including a diaper bag, a starter supply of diapers, and other items for the baby. Gift cards for completing prenatal visits and after confirmation of those visits for: • \$25 - Prenatal visit within 42 days of enrollment. • \$25 - 3rd prenatal visit. • \$25 - 6th prenatal visit. • \$25 - 9th prenatal visit. • \$25 - flu shot during pregnancy. • \$25 - a timely postpartum visit within 7 to 84 days of delivery. \$25 gift card for healthy food related items for STAR+PLUS Medicaid Members age 21 or older who complete four nutritional counseling / meal planning services	✓	✓	N/A	N/A
	Grooming & Stylist Services \$25 allowance toward grooming/stylist services each quarter.	N/A	N/A	✓	✓
	Mental Health Follow-Up Care Incentive \$25 gift card for members that complete a doctor follow-up visit within 30 days of hospital discharge for a mental illness condition. Limited one gift card every 30 days.	✓	N/A	✓	N/A
	Gift Programs Members are eligible to receive a \$25 gift card as a Thank You from El Paso Health for completing the following – Preventative Services: • \$25 gift card for members after completing an annual wellness exam each year. • \$25 gift card for members that get an annual flu shot and COVID-19 vaccine. • \$25 gift card for members after completing an HbA1c blood test each year. • \$25 gift card for members after completing a diabetic eye exam each year. • \$25 gift card for members who have a follow-up doctor visit within 30 days of getting out of the hospital once a year. Cancer Screenings: • \$25 gift card for female members ages 21-64 who get a recommended cervical cancer screening. (Once every 3 years) • \$25 gift card for members 50-74 years of age who have at least 1 mammogram to screen for breast cancer. (Once every 2 years)	✓	N/A	✓	N/A



TABLE OF CONTENTS

IMPORTANT TELEPHONE NUMBERS AND INFORMATION	1
Our Address	1
Member Services	1
Stay Connected with El Paso Health's Mobile App!	1
What should I do if I have an emergency?	1
After Hours Answering Service	2
Behavioral Health Services Hot-line	2
Interpreter Services	2
TTY Line for the Hearing Impaired	2
Other helpful numbers:	2
YOUR EL PASO HEALTH MEMBER ID CARD	3
Your Texas Benefits (YTB) Medicaid Card	4
THE YOURTEXASBENEFITS.COM MEDICAID CLIENT PORTAL	4
PRIMARY CARE PROVIDERS	5
What is the Medicaid Lock-in Program?	5
PHYSICIAN INCENTIVE PLAN INFORMATION	5
Physician Incentive Plans	5
CHANGING HEALTH PLANS	6
What if I want to change health plans?	6
Can El Paso Health ask that I get dropped from their health plan (for non-compliance, etc.)?	6
BENEFITS	6
What services can I still get through regular Medicaid but are not covered by El Paso Health?	7
What are my prescription drug benefits? Non-Duals Only	8
WHAT EXTRA BENEFITS DO I GET AS A MEMBER OF EL PASO HEALTH?	8
HOW CAN I GET THESE BENEFITS?	
What health education classes does El Paso Health offer?	8
VALUE-ADDED SERVICE	8
What health education classes does El Paso Health offer?	9
HEALTH CARE AND OTHER SERVICES	9
What does Medically Necessary mean? Both Acute Care and Behavioral Health Medically Necessary means	10
WHAT IS EMERGENCY CARE?	10
Emergency Medical Care	10
Emergency Medical Condition means:	10
Emergency Behavioral Health Condition means	10
Emergency Services and Emergency Care means	10
Are Emergency Dental Services Covered?	10
WHAT IS POST-STABILIZATION?	11
WHAT IF I GET SICK WHEN I AM OUT OF THE FACILITY AND TRAVELING OUT OF TOWN?	11
WHAT IF I NEED TO SEE A SPECIAL DOCTOR (SPECIALIST)?	11



HOW DO I GET MY MEDICATIONS?	12
HOW DO I GET FAMILY PLANNING SERVICES?	13
WHAT IS SERVICE COORDINATION?	13
What will a Service Coordinator do for me?	13
How can I talk with a Service Coordinator?	14
WHAT TRANSPORTATION SERVICES DOES EL PASO HEALTH PROVIDE?	14
El Paso Health Transportation Services For Nursing Facility Residents	14
How do I get this service?	14
WHAT IF I NEED OB/GYN CARE?	14
Attention Female Members	14
WHAT IF I AM TOO SICK TO MAKE A DECISION ABOUT MY MEDICAL CARE?	15
What are advance directives?	15
How do I get an advance directive?	15
WHAT HAPPENS IF I LOSE MY MEDICAID COVERAGE?	16
WHAT IF I GET A BILL FROM MY NURSING FACILITY?	16
What is applied income?	16
What are my responsibilities?	16
CAN MY MEDICARE PROVIDER BILL ME FOR SERVICES OR SUPPLIES IF I AM IN BOTH MEDICARE AND MEDICAID?	16
WHAT DO I HAVE TO DO IF I MOVE?	16
WHAT IF I HAVE OTHER HEALTH INSURANCE IN ADDITION TO MEDICAID?	16
Medicaid and Private Insurance	16
MEMBER RIGHTS & RESPONSIBILITIES	17
Member rights	17
Member responsibilities	18
COMPLAINT PROCESS	19
What should I do if I have a Complaint?	19
Complaints	19
WHEN DO I HAVE THE RIGHT TO ASK FOR AN APPEAL?	20
CAN SOMEONE FROM EL PASO HEALTH HELP ME FILE AN APPEAL?	20
CAN I HAVE SOMEONE ELSE FILE THE APPEAL FOR ME?	20
IS THERE A TIMELINE FOR FILING THE APPEAL?	20
HOW DO I FILE THE APPEAL?	20
WHO WILL REVIEW MY APPEAL?	21
WHAT ARE THE TIME FRAMES FOR THE APPEAL PROCESS?	21



WHAT IS AN EMERGENCY EL PASO HEALTH INTERNAL APPEAL?	21
HOW DO I ASK FOR AN EMERGENCY EL PASO HEALTH INTERNAL APPEAL?	21
DOES MY REQUEST HAVE TO BE IN WRITING?	21
WHAT ARE THE TIME FRAMES FOR AN EMERGENCY EL PASO HEALTH INTERNAL APPEAL?	22
WHAT HAPPENS IF EL PASO HEALTH DENIES THE REQUEST FOR AN EMERGENCY EL PASO HEALTH INTERNAL APPEAL?	22
WHO CAN HELP ME FILE AN EMERGENCY EL PASO HEALTH INTERNAL APPEAL?	22
HOW WILL I FIND OUT IF MY APPEAL WAS DENIED?	22
State fair hearing	22
CAN I ASK FOR A STATE FAIR HEARING?	22
CAN I ASK FOR AN EMERGENCY STATE FAIR HEARING?	23
External medical review information	23
CAN A MEMBER ASK FOR AN EXTERNAL MEDICAL REVIEW?	23
CAN I ASK FOR AN EMERGENCY EXTERNAL MEDICAL REVIEW?	24
REPORTING ABUSE, NEGLECT, AND EXPLOITATION	24
Reporting Abuse, Neglect, and Exploitation	24
Report by Phone (non-emergency); 24 hours a day, 7 days a week, toll-free	24
Report Electronically (non-emergency)	24
Helpful Information for Filing a Report	24
FRAUD INFORMATION	25
FRAUD AND ABUSE	25
Do you want to report Waste, Abuse, or Fraud?	25
To report waste, abuse, or fraud, choose one of the following:	25
To report waste, abuse, or fraud, gather as much information as possible.	25
INFORMATION THAT MUST BE AVAILABLE ON AN ANNUAL BASIS	25



MEMBER HANDBOOK

Introduction to El Paso Health's STAR+PLUS Program

Thank you for choosing El Paso Health! El Paso Health is happy to welcome you to our El Paso Health family. You or your child will get covered benefits and services from doctors, hospitals and other medical care providers who are part of the El Paso Health network of providers. El Paso Health and El Paso Health STAR+PLUS Program, work in partnership with you to provide for you and your families' health care needs. El Paso Health is a Health Maintenance Organization that provides services to people eligible for the health plan. El Paso Health will provide or arrange for covered services to be available to members enrolling in the health plan.

NUMBERS TO REMEMBER

If you have any questions or need help, please call our Member Services Department at **1-833-742-3127** from 8 A.M. to 5 P.M. Mountain Time, Monday through Friday. For TTY, dial **711**. We can provide you with written or oral interpretation of the services provided. Call us toll free at **1-833-742-3127** to receive support aids and services, including this material in another format.



Important Telephone Numbers and Information

Our Address

EL PASO HEALTH

1145 Westmoreland Dr.

El Paso, Texas 79925

1-833-742-3127

Monday-Friday, during regular business hours 8 a.m. to 5 p.m., Mountain Time excluding state approved holidays. Call center hours of operation are 8 a.m. to 5 p.m.

Member Services

Our Member Services staff consists of highly qualified and trained individuals, fluent in both English and Spanish. You can reach our Member Services Department at **1-833-742-3127**.

The Member Handbook will be made available in audio, larger print, braille, and other languages. Please contact Member Services if you need it in one of these formats.

Our Member Services Department can:

- Explain what services are covered, and help you get the services you need.
- Help you choose a Primary Care Provider for your child if he/she does not have one.
- Help you find a doctor for your child close to your home.
- Help you change your child's primary care provider.
- Help send new ID cards.
- Inform you of what to do when you move out of the area.
- We will transfer members to 211 to change your address or phone number.
- Explain how to get transportation services.
- Act as your patient advocate and listen to your complaints and concerns.
- Tell you about classes, health fairs, and other special events in your area.
- Inform you of what to do in case of an emergency.
- You can also call **1-833-742-3127** to learn more about Service Coordination.

Stay Connected with El Paso Health's Mobile App!

The El Paso Health App is convenient and secure. It can help you manage your health care information. You can create a free account that will allow you to:

- View and print a temporary ID
- View eligibility information
- Find a Provider
- Request a PCP change
- View wellness information
- View authorizations
- View claims
- Ask a Question

What should I do if I have an emergency?

Call **911** or go to your nearest hospital/emergency facility, if you think you need emergency care. You can call 911 for help in getting to the hospital emergency room. If you receive emergency services, call your doctor to schedule a follow-up visit as soon as possible. Remember to call El Paso Health at "Toll-Free" **1-833-742-3127** and let us know of the emergency care you/your child received. El Paso Health defines an emergency as a condition in which you think you/your child has a serious medical condition, or not getting medical care right away will be a threat to you/your child's life, limb or sight.



After Hours Answering Service

If you call after regular business, weekend, and holiday hours, your call will still be answered by bilingual staff working during the evening hours that can give you information, or take your message and have someone from our Member Services Department call you the next working day. Our phone number is **1-833-742-3127**.

Behavioral Health Services Hot-line

El Paso Health also has Behavioral Health Services. These services are for an emotional, alcohol, or drug problem. If you need help accessing these services or have an emergency/crisis, please call our 24 hour day/7 days a week, crisis hot-line at **1-877-377-2950** or call **911**. A trained representative, fluent in both English and Spanish will be there to help you. Interpreter services are also available. You do not need a referral to get help for Behavioral Health Services.

**NOTICE OF SPECIAL TOLL-FREE COMPLAINT NUMBER
TO MAKE A COMPLAINT ABOUT A PRIVATE PSYCHIATRIC HOSPITAL,
CHEMICAL DEPENDENCY TREATMENT CENTER, OR PSYCHIATRIC OR
CHEMICAL DEPENDENCY SERVICES AT A GENERAL HOSPITAL,
CALL: 1-800-832-9623**

Your complaint will be referred to the state agency that regulates the hospital or chemical dependency treatment center.

Interpreter Services

Interpreter services are available through our Member Services Department. Call **1-833-742-3127**.

TTY Line for the Hearing Impaired

For TTY, dial **711**.

Other helpful numbers:

- EPH 24-hour Nurse line (First Call) **1-844-549-2826**.
- For questions regarding Eye Care Services, please call **1-833-742-3127**
- STAR+ PLUS Program Helpline **1-800-964-2777**.
- For pharmacy information, please call El Paso Health at **1-833-742-3127**.
- For questions about Dental Services call:
 - Liberty Dental **1-866-975-2435**
- Ombudsman Managed Care Assistance Team **1-866-566-8989**
- Finding Help in Texas, please call **2-1-1**.



Your El Paso Health Member ID card

You should receive your El Paso Health ID card in the mail as soon as you are enrolled with El Paso Health. Here's what the front and back of the El Paso Health Member ID card looks like. If you did not get this card, please call El Paso Health at **1-833-742-3127**.

		
Name:	Pharmacist Only:	
ID:	Navitus: 1-877-908-6023	
Primary Care Provider Name:	RxBin: 610602	
Phone:	RxPCN: MCD	
Effective Date:	RxGRP: EPH	
	Service Coordinator/ Coordinador de Servicios:	
	1-833-742-3127	
1-833-742-3127	ElPasoHealth.com	

Member Services: 1-833-742-3127

Available 24 hours a day/7 days a week

Nurse Hotline: 1-844-549-2826

Available 24 hours a day/7 days a week

Behavioral Health: 1-877-377-2950

Available 24 hours a day/7 days a week

In case of an emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.

Servicios para Miembros: 1-833-742-3127

Disponible 24 horas al día/7 días de la semana

Línea de enfermería: 1-844-549-2826

Disponible 24 horas al día/7 días de la semana

Servicios de Salud del Comportamiento: 1-877-377-2950

Disponible 24 horas al día/7 días de la semana

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

You will not get a new El Paso Health ID card every month. El Paso Health will mail you a new ID card when:

- You change your Primary Care Provider.
- Your Primary Care Provider's address or phone number changes.
- You get a new address or phone number.
- If you lose your ID card, you will need to ask for a new one. Call El Paso Health Member Services Helpline at **1-833-742-3127**.

Your El Paso Health ID card shows:

- The Name of the Health Plan – El Paso Health.
- Member Name – This is your name.
- Member Number – This is your Medicaid ID Number.
- DOB – This is your birth date.
- Name, address, and phone number of your Primary Care Provider – This is your Primary Care Provider's information. You should call your Primary Care Provider for all medical needs.
- The back of the ID card has important information for you and your Primary Care Provider. Remember to call the Primary Care Provider listed on the front of your card for appointments. Call your Primary Care Provider before going to a special doctor (specialist). It also has information on Behavioral (mental) Health and Substance Abuse Helpline **1-877-377-2950**. You can call this number 24 hours a day if you have questions or problems about behavioral (mental) health and substance abuse (such as alcohol or drugs) and it also tells you what to do in an emergency. Be sure to read the back of your card. There is important information which will be used by your Primary Care Provider and other health care providers.
- The front of the ID card also has some important phone numbers. Member Services Helpline **1-833-742-3127** – You can call this number 24 hours a day if you have questions or problems about El Paso Health. If you call after business hours, a bilingual staff will take your information and Member Services will return your call the next business day. Call this number if you want to change your Primary Care Provider.

Remember to show the Your Texas Benefits Medicaid Card and El Paso Health ID card whenever you go to the doctor or get any other health care.

If you lose your card or did not get one, call El Paso Health Member Services Helpline right away. Call **1-833-742-3127** to get a new ID card.



YOUR TEXAS BENEFITS (YTB) MEDICAID CARD

When you are approved for Medicaid, you will get a YTB Medicaid card. This plastic card will be your everyday Medicaid card. You should carry and protect it just like your driver's license or a credit card. Your doctor can use the card to find out if you have Medicaid benefits when you go for a visit.

You will be issued only one card, and you will receive a new card only if your card is lost or stolen. If your Medicaid card is lost or stolen, you can get a new one by calling toll-free **1-800-252-8263**, or by going online to order or print a temporary card at www.YourTexasBenefits.com.

If you are not sure if you are covered by Medicaid, you can find out by calling toll-free at **1-800-252-8263**. You can also call **2-1-1**. First pick a language and then pick option 2.

Your health information is a list of medical services and drugs that you have gotten through Medicaid. We share it with Medicaid doctors to help them decide what health care you need. If you don't want your doctors to see your medical and dental information through the secure online network, call toll-free at **1-800-252-8263** or opt out of sharing your health information at www.YourTexasBenefits.com.

The YTB Medicaid card has these facts printed on the front:

- Your name and Medicaid ID number.
- The date the card was sent to you.
- The name of the program you're in if you get:
 - Medicare (QMB, MQMB)
 - Healthy Texas Women Program (HTW)
 - Hospice
 - STAR Health
 - Emergency Medicaid, or
 - Presumptive Eligibility for Pregnant Women (PE).
- Facts your drug store will need to bill Medicaid.
- The name of your doctor and drug store if you're in the Medicaid Lock-in program.

The back of the Your Texas Benefits Medicaid card has a website you can visit (www.YourTexasBenefits.com) and a phone number you can call toll-free (**1-800-252-8263**) if you have questions about the new card.

If you forget your card, your doctor, dentist, or drug store can use the phone or the Internet to make sure you get Medicaid benefits.

The YourTexasBenefits.com Medicaid Client Portal

The Medicaid Client Portal lets you do all of the following for anyone who is part of your case:

- View, print, and order a Your Texas Benefits Medicaid card
- See your medical and dental plans
- See your benefit information
- See Texas Health Steps alerts
- See broadcast alerts
- See diagnoses and treatments
- See vaccines
- See prescription medicines
- Choose whether to let Medicaid doctors and staff see your available medical and dental information

To access the portal, go to www.YourTexasBenefits.com.

- Click Log In.
- Enter your User name and Password. If you don't have an account, click Create a new account.
- Click Manage.
- Go to the "Quick links" section.



- Click Medicaid & CHIP Services.
- Click View services and available health information.

NOTE: The YourTexasBenefits.com Medicaid Client Portal displays information for active clients only. Legally Authorized Representatives can view anyone who is a part of their case.

Primary Care Providers

- **What is a Primary Care Provider?** A primary care provider is the main doctor you will see for most of your health care and will be your medical home. This means that he/she will get to know you, your health history and help you get the care you need. Your PCP will refer you to specialists, hospitals and other healthcare providers if needed. Your primary care provider must be enrolled in El Paso Health and should have been picked when you enrolled in our plan. If you did not choose one, one was assigned to you.
- **Will I be assigned a Primary Care Provider if I have Medicare?** If you have Medicare, refer to your Medicare's plan Evidence of Coverage for information for information about Primary Care Providers, if one is needed, how to choose one and how to change your PCP.
- **How do I see my Primary Care Provider if s/he does not visit my nursing home?** Your nursing facility should provide you with rides to your medical appointments.
- **How can I change my Primary Care Provider?** Call Member Services if you want to change your PCP. You can find a list of providers on our website www.elpasohealth.com or in the provider directory mailed to you when you enrolled in El Paso Health.
- **When will my Primary Care Provider change become effective?** We can make the change on the same day you ask for the change and it will be effective immediately.
- **What is the Medicaid Lock-in Program?**

Note: For STAR+PLUS Members who are covered by Medicare, no Primary Care Provider will be assigned

What is the Medicaid Lock-in Program?

You may be placed in the Lock-in Program if you do not follow Medicaid rules. It checks how you use Medicaid pharmacy services. Your Medicaid benefits remain the same. Changing to a different MCO will not change the Lock-In status.

To avoid being placed in the Medicaid Lock-in Program:

- Pick one drug store at one location to use all the time.
- Be sure your main doctor, main dentist, or the specialists they refer you to are the only doctors that give you prescriptions.
- Do not get the same type of medicine from different doctors.

To learn more call El Paso Health at 1-833-742-3127.

Physician Incentive Plan Information

Physician Incentive Plans

A physician incentive plan rewards doctors for treatments that are cost-effective for people covered by Medicaid. Right now, El Paso Health does not have a physician incentive plan.



Changing Health Plans

What if I want to change health plans?

You can change your health plan by calling the STAR+PLUS Program Helpline at **1-800-964-2777**. You can change health plans as often as you want, but not more than once a month.

If you are in the hospital, a residential Substance Use Disorder (SUD) treatment facility, or residential detoxification facility for SUD, you will not be able to change health plans until you have been discharged.

If you call to change your health plan on or before the 15th of the month, the change will take place on the first day of the next month. If you call after the 15th of the month, the change will take place the first day of the second month after that. For example:

- If you call on or before April 15, your change will take place on May 1.
- If you call after April 15, your change will take place on June 1.

Can El Paso Health ask that I get dropped from their health plan (for non-compliance, etc.)?

You may have to leave El Paso Health if:

- You let someone else use your El Paso Health card;
- You let someone else use Your Texas Benefits Medicaid Card;
- You don't follow your doctor's advice;
- You keep going to the emergency room when you do not have a true emergency;
- You cause problems at the doctor's office; or,
- You make it difficult for your doctor to help you or other people.

If there are any changes in your health plan, you will be sent a letter.

Benefits

What are my health care benefits? El Paso Health provides you with acute care benefits like doctor visits, hospitalizations, behavioral health services and prescriptions. The nursing facility will provide your daily care and add-on services. If you have both Medicare and Medicaid, your Medicare plan will cover your acute care.

How do I get these services? Your nursing facility will provide your nursing facility benefits and work together with your PCP, will help you get acute care. Your Service Coordinator can also help you get the care you need.

Are there any limits to any covered services? Some services have limits or need to be authorized. Call Member Services or your service coordinator for information on limits or authorizations.

What are Long-Term Services and Supports (LTSS)? Long-term services and supports are benefits to help you perform daily tasks to care for yourself like fixing meals, light housekeeping, personal care and skilled nursing care. The types and amount of LTSS benefits you can get will depend on your needs.

What are my Nursing Facility LTSS benefits? If your doctor has certified that you have a medical condition that requires that you receive care in a nursing facility, the nursing facility will provide your long-term care. El Paso Health covers the daily care nursing facility services, add-on services and Medicare coinsurance for daily care services. Daily care services include: room and board; medical supplies and equipment; personal need items; over-the-counter drugs.

How would my benefits change if I moved into the community? Instead of nursing facility benefits, you will get community-based LTSS. The kind of benefits you will be able to get depends on your Medicaid eligibility category. The three eligibility categories based on needs are:

1. Other Community Care (OCC) – basic benefits
2. Community First Choice (CFC) - mid-level benefits



3. Home and Community Based Services (HCBS) STAR+PLUS Waiver (SPW) – high level benefits for members with complex medical needs.

— The higher your level of eligibility based on your needs, the more benefits you may be able to get. Your service coordinator can help determine what your needs are and what benefits you can get.

What are my Acute Care benefits?

- Emergency and nonemergency ambulance services
 - Audiology services including hearing aids
 - Inpatient and outpatient Behavioral health services
 - Counseling services
 - Mental health rehabilitative services
 - Outpatient substance use disorder treatment services
 - Residential substance use disorder treatment
 - Psychological and neuropsychological testing
 - Birthing services provided by a doctor or certified nurse-midwife in a licensed birthing center
 - Birthing services provided by a licensed birthing center
 - Cancer screening, diagnosis and treatment
 - Chiropractic services
 - Dialysis
 - Emergency services
 - Family planning
 - Federally qualified health center services and other ambulatory services covered by federally qualified health centers
 - Inpatient and outpatient hospital services
 - Laboratory services
 - Mastectomy, breast reconstruction and related follow-up procedures including all inpatient, outpatient and office services for treatment of breast cancer, prevention and procedures during all stages of treatment and reconstruction
 - Mental health targeted case management
 - Outpatient drugs and biologicals, including those dispensed by a pharmacy or administered by a provider
 - Drugs and biologicals provided in an inpatient setting
 - Podiatry
 - Prenatal care
 - Preventive services including annual well-checkups
 - Radiology, imaging and x-rays
 - Specialists services
 - Telehealth/telemedicine
 - Transplantation of organs and tissues
- **How do I get these services?** Your primary care provider can help you get these services. If you have questions about your acute care, call Member Services or your service coordinator.
- **What number do I call to find out about these services? 1-877-742-3127**

What services can I still get through regular Medicaid but are not covered by El Paso Health?

- Preadmission Screening and Resident Review PASRR - PASRR is a federal requirement to help determine whether an individual is not inappropriately placed in a nursing home for long term care.
- Hospice

**What are my prescription drug benefits? Non-Duals Only**

Most of the medications prescribed by your physician will be paid by Medicaid. Your doctor will send your prescription to the nursing facility and they will give it to you as prescribed. (If you have Medicare prescription drug benefits, your Medicare plan will pay for your prescriptions).

What extra benefits do I get as a Member of El Paso Health?

How can I get these benefits? Follow the plan's guidelines regarding the extra benefits. Call Member Services or your service coordinator for questions or help getting these benefits.

Value-Added Service	STAR+PLUS Nursing Facility (Medicaid)	Limitations or restrictions apply
Dental Services	Up to \$600 per year for dental checkups, x-rays, and cleaning for non-HCBS waiver members.	This VAS is eligible once every 12 months to STAR+PLUS non-HCBS Nursing Facility Medicaid Only Members. Authorization required.
Extra Vision Services	\$125 eyewear allowance towards upgrades for frames, lenses, or contacts every two years.	Every two years. Valid prescription required.
Health and Wellness Services	\$25 allowance toward grooming/stylist services each quarter	\$25 must be used within the quarter
Gift Programs	Members are eligible to receive gift cards for completing the following: \$25 reward for annual preventative visits: - Wellness visit - HbA1C blood test - Diabetic Eye Exam - Flu and COVID Vaccines	Gift cards are limited to once a year per preventive service.
	\$25 reward for cancer screenings: -cervical cancer screening (once every 3 years) -mammogram (once every 2 years)	Gift cards are limited to one every three years for cervical cancer screenings and one every two years for mammograms.
	\$25 gift card for members who have a follow-up doctor visit within 30 days of getting out of the hospital once a year.	Available one time for new nursing facility members if requested within 30 days of confirmed enrollment.
	Receive a free personal blanket, skid proof socks, an accessory tote bag, and a large print digital clock.	Gift cards are limited to one time per year.
Extra Foot Doctor (Podiatry Services)	Four (4) additional routine foot doctor (podiatry) visits each year.	Authorization required.



Value-Added Service	STAR+PLUS Nursing Facility (Medicaid)	Limitations or restrictions apply
Behavioral Health -Inpatient Follow -up Incentive Program	\$25 gift card for members that complete a doctor follow-up visit within 30 days of hospital discharge for a mental illness condition. Limit one gift card every 30 days.	Limit one gift card every 30 days
Dental Services	Up to \$1000 each year for check-ups, x-rays, cleanings, fillings and simple tooth extractions for STAR+PLUS non-HCBS waiver members.	This VAS is eligible once every 12 months to STAR+PLUS non-HCBS Nursing Facility Dual Eligible Members. Authorization required.
Health and Wellnes Services	\$2,000 allowance toward hearing aids, every two years.	Authorization required.
	\$25 allowance toward grooming/stylist services each quarter	\$25 must be used within the quarter
Gift Programs	Receive a free personal blanket, skid proof socks, an accessory tote bag, and a large print digital clock.	Available one time for new nursing facility members if requested within 30 days of confirmed enrollment.
Extra Foot Doctor (Podiatry) Services	Two (2) additional routine foot doctor (podiatry) visits each year.	Authorization required.

What health education classes does El Paso Health offer?

Our health education classes are prepared with your family's health in mind. If you have asthma, diabetes or you are pregnant, one of our nurse case managers will be happy to register you in some of our classes. For information about our health education classes, please call Member Services at **1-833-742-3127**.

Health Care and Other Services

What does Medically Necessary mean? Both Acute Care and Behavioral Health Medically Necessary means:

- (1) For Members age 21 and over, non-behavioral health related health care services that are:
 - (a) Reasonable and necessary to prevent illnesses or medical conditions, or provide early screening, interventions, or treatments for conditions that cause suffering or pain, cause physical deformity or limitations in function, threaten to cause or worsen a handicap, cause illness or infirmity of a Member, or endanger life;
 - (b) provided at appropriate facilities and at the appropriate levels of care for the treatment of a Member's health conditions;
 - (c) consistent with health care practice guidelines and standards that are endorsed by professionally recognized health care organizations or governmental agencies;
 - (d) consistent with the diagnoses of the conditions;
 - (e) no more intrusive or restrictive than necessary to provide a proper balance of safety, effectiveness, and efficiency;
 - (f) not experimental or investigative; and
 - (g) not primarily for the convenience of the Member or provider; and



- (2) For Members age 21 and over, behavioral health services that:
- (a) are reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of a mental health or chemical dependency disorder, or to improve, maintain, or prevent deterioration of functioning resulting from such a disorder;
 - (b) are in accordance with professionally accepted clinical guidelines and standards of practice in behavioral health care;
 - (c) are furnished in the most appropriate and least restrictive setting in which services can be safely provided;
 - (d) are the most appropriate level or supply of service that can safely be provided;
 - (e) could not be omitted without adversely affecting the Member's mental and/or physical health or the quality of care rendered;
 - (f) are not experimental or investigative; and
 - (g) are not primarily for the convenience of the Member or provider.

El Paso Health will determine medical necessity for Nursing Facility Add-on Services and Acute Care Services only. Nursing Facility Add-on Services include, but are not limited to emergency dental services, physician-ordered rehabilitative services, customized power wheelchairs, and audio communication devices.

What is routine medical care? Routine medical care is care that includes screenings, checkups, preventive (well care) and counseling to prevent illnesses, health problems or disease that is provided by your PCP.

- **How soon can I expect to be seen?** For routine care, your PCP should see you within two weeks. Call the Primary Care Provider number on your El Paso Health ID card to make your appointment. It is important that you keep your appointment. If you need to cancel, call your doctor 24 hours in advance.
- **Are non-emergency dental services covered?**

El Paso Health is not **responsible** for paying for routine dental services provided to Medicaid Members. El Paso Health is **responsible**, however, for paying for treatment and devices for craniofacial anomalies.

What is emergency care?

Emergency Medical Care

Emergency medical care is provided for Emergency Medical Conditions and Emergency Behavioral Health Conditions.

Emergency Medical Condition means:

A medical condition manifesting itself by acute symptoms of recent onset and sufficient severity (including severe pain), such that a prudent layperson, who possesses an average knowledge of health and medicine, could reasonably expect the absence of immediate medical care could result in:

1. placing the patient's health in serious jeopardy;
2. serious impairment to bodily functions;
3. serious dysfunction of any bodily organ or part;
4. serious disfigurement; or
5. in the case of a pregnant women, serious jeopardy to the health of a woman or her unborn child.

Emergency Behavioral Health Condition means:

Any condition, without regard to the nature or cause of the condition, which in the opinion of a prudent layperson, possessing average knowledge of medicine and health:

1. requires immediate intervention or medical attention without which the Member would present an immediate danger to themselves or others; or



2. which renders the Member incapable of controlling, knowing, or understanding the consequences of their actions.

Emergency Services and Emergency Care means:

Covered inpatient and outpatient services furnished by a provider that is qualified to furnish such services and that are needed to evaluate or stabilize an Emergency Medical Condition or Emergency Behavioral Health Condition, including post-stabilization care services.

- **How soon can I expect to be seen?** You should be able to see a doctor immediately for emergency care.
- **Do I need a prior authorization?** Emergency care does not require an authorization.

Are Emergency Dental Services Covered?

El Paso Health covers limited emergency dental services for the following:

- Dislocated jaw.
- Traumatic damage to teeth and supporting structures.
- Removal of cysts.
- Treatment of oral abscess of tooth or gum origin.
- Drugs for any of the above conditions.

El Paso Health is responsible for emergency dental services provided to Medicaid Members in a hospital or ambulatory surgical center setting. We will pay for hospital, physician, and related medical services (e.g., anesthesia and drugs).

Covered emergency dental procedures include, but are not limited to:

- alleviation of extreme pain in oral cavity associated with serious infection or swelling;
- repair of damage from loss of tooth due to trauma (acute care only, no restoration);
- open or closed reduction of fracture of the maxilla or mandible;
- repair of laceration in or around oral cavity;
- excision of neoplasms, including benign, malignant and premalignant lesions, tumors and cysts;
- incision and drainage of cellulitis;
- root canal therapy. Payment is subject to dental necessity review and pre- and post- operative x-rays are required; and

extractions: single tooth, permanent; single tooth, primary; supernumerary teeth; soft tissue impaction; partial bony impaction; complete bony impaction; surgical extraction of erupted tooth or residual root tip.

What is post-stabilization?

Post-stabilization care services are services covered by Medicaid that keep your condition stable following emergency medical care.

What if I get sick when I am out of the facility and traveling out of town?

If you need medical care when traveling, call us toll-free at **1-833-742-3127** and we will help you find a doctor.

If you need emergency services while traveling, go to a nearby hospital, then call us toll-free at **1-833-742-3127**.

- **What if I am out of the state?** If you are outside of Texas and need emergency care, go to the nearest emergency room or call **911**. Call us at **1-833-742-3127** for assistance or questions.
- **What if I am out of the country?** Medical services performed out of the country are not covered by Medicaid.



What if I need to see a special doctor (specialist)?

- For most healthcare services, your Primary Care Provider will be the only one you will need to see. But if you have a special health condition, your Primary Care Provider may arrange for you to see a special doctor (specialist). This is a doctor who has the special skills needed to treat you. In that case, your Primary Care Provider will give you a form (referral) to take to the specialist.
- **What is a referral?** A referral is when your primary care provider sends you to another doctor for care. If your primary care provider feels that you need care from a specialist, he/she will refer you to a specialist in the El Paso Health plan. You can see a specialist without a referral, but most specialist will request a referral and it is always best to discuss the care you need with your primary care provider first. Your primary care provider and any specialists you are referred to will help coordinate your care.
- **How soon can I expect to be seen by a specialist?** Call the specialist to make an appointment. If you have an urgent situation, the specialist should see you within 24 hours. For routine care, the specialist should see you within two weeks. Be sure to take the referral form with you when you go see the specialist. You will need to give the referral form to him or her. Please be on time to your appointments with a specialist. If you need to cancel an appointment, please call the specialist's office as far in advance as possible. Some specialists include: • heart doctor (Cardiologist) • skin doctor (Dermatologist) • a doctor who specializes in women's health (Gynecologist) • a doctor who takes care of pregnant women and delivers babies (Obstetrician) • a doctor for the bones (Orthopedist) • a doctor for blood problems (Hematologist) REMEMBER that the specialist can give you only those services requested by your Primary Care Provider on the referral form. The referral is good for a limited number of days. If the specialist says you will need more visits or another referral, the specialist should call your Primary Care Provider or El Paso Health to make sure the added care will be covered.

What services do not need a referral? You can get certain types of services without a referral from your Primary Care Provider. Please refer to our El Paso Health Provider Directory for specific doctors. • 24-hour emergency room care from an emergency room • Family planning services and supplies • Behavioral (mental) health and substance abuse services • OB/GYN care If you have questions, or need help to make an appointment, you can call Member Services at **1-833-742-3127**.

How can I ask for a second opinion? You may go back to your Primary Care Provider or clinic and request to be referred to another doctor for a second opinion or you can reach El Paso Health and a Member Services Representative will help you.

How do get help if I have behavioral health issues, mental health, alcohol, or drug problems? Tell you primary care provider if you need help with mental health, alcohol or drug problems. If you need help finding a provider for these services, you can call your service coordinator or Member Services for help. Sometimes you might need help with a personal or family problem. If you have a problem and you need help, please call our crisis line at **1-877-377-2950**. A trained person will be there to help you. If you or any member of your family has an emergency related to mental health problems or drug or alcohol abuse, go to the nearest hospital emergency room or call 911 for an ambulance.

- **Do I need a referral?** You do not need a referral to get care for mental health, alcohol or drug problems.

What are mental health rehabilitation services and mental health targeted case management? These are services provided to members with serious emotional disturbance or severe and persistent mental illnesses that can benefit from medication management, skills training, and targeted case management.

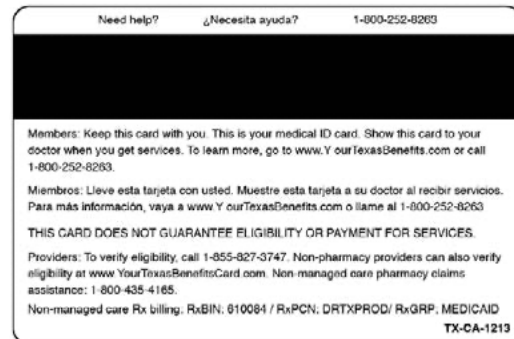
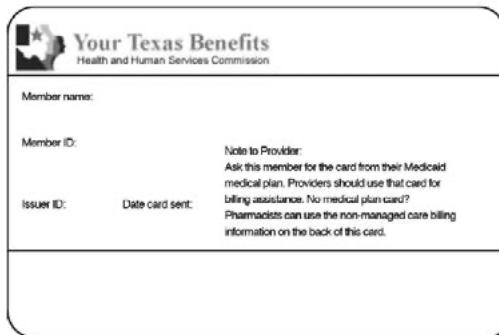
- **How do I get these services?** No referral is needed for these services. Behavioral Health providers are listed in the Provider Directory or contact your local mental health authority—Emergence Health Network at **915-887-3410**.



How do I get my medications?

Medicaid pays for most medicine your doctor says you need. Your doctor will write a prescription and send the prescription for you by calling, faxing or submitting by electronic means to the nursing facility to order, fill, dispense and administer to you.

- **What if I also have Medicare?** You should use your Medicare Part D coverage first. If Medicare does not cover your medicine, Medicaid may pay for it.
- **What if I go to a drug store not in the network?** The pharmacy staff will let you know if they do not accept El Paso Health. You will need to have your prescription filled at a drug store in the El Paso Health plan. If you do not, you may be responsible for charges.
- **What do I bring with me to the drug store?** You will need to take your prescription (or medicine bottle) and your El Paso Health ID card. If you have Medicare, take your Medicare ID card too.



- **What if I need my medications delivered to me?** Your nursing facility will work with a pharmacy to get your prescriptions delivered to you.
- **Who do I call if I have problems getting my medications?** Call El Paso Health and we will work with the nursing facility and the pharmacy to make sure that you get your prescribed medication.
- **What if I can't get the medication my doctor ordered approved?** If your doctor cannot be reached to approve a prescription, you may be able to get a three-day emergency supply of your medication.

Call El Paso Health at **1-833-742-3127** for help with your medications and refills.

- **What if I lose my medication?** Call El Paso Health for help. We will work with your doctor and the pharmacy to replace it.

How do I get family planning services?

- You can get family planning services like birth control or counseling with any family planning provider.
 - **Do I need referral for this?** You do not need a referral for family planning services.
 - **Where do I find a family planning services provider?** You can find the locations of family planning providers near you online at <https://www.healthytexaswomen.org/healthcare-programs/family-planning-program>, or you can call El Paso Health at **1-833-742-3127** for help in finding a family planning provider.

What is Service Coordination?

Specialized services/care process that includes, but is not limited to:

- Identifying the physical, mental or long term needs of the Member
- Addressing any unique needs of the Member that could improve outcomes & health/well-being
- Assisting the Member to ensure timely & coordinated access to array of services and/or covered Medicaid eligible services.



- Partner with nursing facility to ensure best possible outcomes for the Member's health & safety
- Coordinate the delivery of services for Members who are transitioning back to the community

What will a Service Coordinator do for me?

The service coordinator will review the information we receive about your health and services you get from Medicaid. He or she will talk to you and your doctor about the care you are receiving and your needs.

- He or she will help you get the care you need by visiting you in the nursing facility to learn more about your health needs; work with you to create a service plan that will meet your needs; help you make appointments with your PCP to get needed health and preventive care; coordinate your LTSS, acute care and other social services; help you get authorizations for medically needed care.

How can I talk with a Service Coordinator?

When you join El Paso Health, your service coordinator will send you a letter with his/her name and phone number. You can call them at the number provided or call Member Services and they can connect you with your service coordinator.

- You can contact El Paso Health at **1-833-742-3127**

What transportation services does El Paso Health provide?

El Paso Health Transportation Services For Nursing Facility Residents

What transportation services are offered?

The Nursing Facility is responsible for providing routine non-emergency transportation services. If medically necessary, El Paso Health provides non-emergency ambulance transportation for Members that require this service.

How do I get this service?

To get non-emergency ambulance transportation, your provider must contact El Paso Health to request authorization for these services.

Contact information:

1145 Westmoreland Dr.

El Paso, Texas 79925

MemberServicesDG@elpasohealth.com

Call us at:

1-833-742-3127

- **What services are offered?** Non-emergent transportation to medical appointments. (Provided by the nursing facility)
- **Who do I call for a ride to a medical appointment?** Speak to your nurse or coordinator at the nursing facility. Your nursing facility should provide you with rides to your medical appointments that do not require ambulance transport.

How do I get eye care services?

You can get eye care by calling an eye doctor (optometrist) that is in the El Paso Health network you do not need a referral. Eye care includes vision exams, medically necessary frames and certain plastic lenses every 24 months. If you have Medicare, your vision benefits will be provided by your Medicare plan.

Can someone interpret for me when I talk with my doctor?

El Paso Health can get an interpreter to be present with you at the doctor's office if you need one.



- **Who do I call for an interpreter?** For this service, please call the Member Services Helpline at **1-833-742-3127**. (TTY 711)
- **How far in advance do I need to call?** Please call and schedule this service at least 24 hours in advance.
- **How can I get a face-to-face interpreter in the provider's office?** We also have interpreters who know sign language. Let us know at least two days before your doctor's visit if you need this service.

What if I need OB/GYN care?

Attention Female Members

El Paso Health allows you to pick an OB/GYN but this doctor must be in the same network as your Primary Care Provider.

You have the right to pick an OB/GYN without a referral from your Primary Care Provider. An OB/GYN can give you:

- One well-woman checkup each year.
- Care for any female medical condition.
- Referral to special doctor within the network.

Do I have the right to choose an OB/GYN? You have the right to pick any in network OB/GYN for your care.

How do I choose an OB/GYN? To pick an OB/GYN as your Primary Care Provider, just call our Member Services Helpline **1-833-742-3127**, and let us know who you want to pick as your OB/GYN. Remember that you have to pick from the OB/GYN providers listed in the El Paso Health Provider Directory.

If I do not choose an OB/GYN, do I have direct access? Yes, you can have direct access. You don't have to pick an OB/GYN as your Primary Care Provider, but if you are pregnant, you should pick an OB/GYN to take care of you and your unborn baby.

Will I need a referral? No, you do not need a referral for OB/GYN care.

How soon can I be seen after contacting my OB/GYN for an appointment? Your OB-GYN should see you within two weeks after contacting them for an appointment. If you need help finding an OB-GYN in our plan, please contact Member Services at 1-833-742-3127.

Can I stay with my OB/GYN if they are not with El Paso Health? If you have already been seen by an OB/GYN who is not part of the El Paso Health, you may be able to continue seeing that OB/GYN. If you are at least six months pregnant when you join El Paso Health you may keep seeing the OB/GYN who is already caring for you. You will not need to get a referral from your Primary Care Provider to keep seeing him or her. However, you will need to call a Nurse Case Manager at **1-833-742-3127**.

What if I am too sick to make a decision about my medical care?

Sometimes people are too sick to make decisions about their health care. If this happens, how will a doctor know what you want? You can make an Advance Directive.

What are advance directives?

An Advance Directive is a letter that tells people what you want to happen if you get very sick. One kind of Advance Directive is a Living Will. A will tells your doctor what to do if you are too sick to tell him or her. The other kind is a Durable Power of Attorney. A Durable Power of Attorney lets a friend or family member (who you choose) make decisions for you. Any Advance Directive you make starts when you get very sick. It will last until you change or cancel it. Congress made a law that protects your right to make decisions about your health care if you become very sick. An Advance Directive lets you tell your doctor about your future health care. An Advance Directive can be helpful to you, your family, and your doctor. It is your right to accept or refuse health care. You can protect this right even if you become mentally ill. You can also protect it if you become physically unable to make decisions about your health



care. An Advance Directive helps your family by not making them decide how to care for you if you cannot make your own medical decisions. It helps your doctor by providing the guidelines for your care.

How do I get an advance directive?

You can get an advance directive form from your doctor or call the Member Services Helpline at **1-833-742-3127** to get an Advance Directive form.

What happens if I lose my Medicaid coverage?

If you lose Medicaid coverage but get it back again within six (6) months you will get your Medicaid services from the same health plan you had before losing your Medicaid coverage. You will also have the same Primary Care Provider you had before.

What if I get a bill from my Nursing Facility?

If you get a bill from the nursing facility, call El Paso Health for help.

- **Who do I call?** Call Member Services at **1-833-742-3127**.
- **What information will they need?** We will need all information found on the bill: who is billing you? What are they billing you for? The account number and the phone number to call.
- **What is Applied Income, and what are my responsibilities?**

What is applied income?

It is the Member's personal income that the Member must provide to the Nursing Facility as part of their cost sharing obligation as a Medicaid beneficiary.

What are my responsibilities?

Any time Medicaid is billed by the Nursing Facility, the Member must give their applied income to the facility. The amount is determined by the total amount of monthly income divided by the number of days the Member resides in the facility each month. The Member is allowed to keep \$60 for themselves for personal needs.

Can my Medicare provider bill me for services or supplies if I am in both Medicare and Medicaid?

You cannot be billed for Medicare "cost-sharing," which includes deductibles, coinsurance, and co-payments that are covered by Medicaid.

What do I have to do if I move?

As soon as you have your new address, give it to the local HHSC benefits office and El Paso Health Member Services Department at **1-833-742-3127**. Before you get Medicaid services in your new area, you must call El Paso Health, unless you need emergency services. You will continue to get care through El Paso Health until HHSC changes your address.

What if I have other health insurance in addition to Medicaid?

Medicaid and Private Insurance

You are required to tell Medicaid staff about any private health insurance you have. You should call the Medicaid Third Party Resources hot-line and update your Medicaid case file if:

- Your private health insurance is canceled.
- You get new insurance coverage.
- You have general questions about third party insurance.

You can call the hot-line toll-free at **1-800-846-7307**.

If you have other insurance, you may still qualify for Medicaid. When you tell Medicaid staff about



your other health insurance, you help make sure Medicaid only pays for what your other health insurance does not cover.

IMPORTANT: Medicaid providers cannot turn you down for services because you have private health insurance as well as Medicaid. If providers accept you as a Medicaid patient, they must also file with your private health insurance company.

What are my rights and responsibilities?

MEMBER RIGHTS & RESPONSIBILITIES

MEMBER RIGHTS:

1. You have the right to respect, dignity, privacy, confidentiality, and nondiscrimination. That includes the right to:
 - a. Be treated fairly and with respect.
 - b. Know that your medical records and discussions with your providers will be kept private and confidential.
2. You have the right to a reasonable opportunity to choose a health care plan and primary care provider. This is the doctor or health care provider you will see most of the time and who will coordinate your care. You have the right to change to another plan or provider in a reasonably easy manner. That includes the right to:
 - a. Be told how to choose and change your health plan and your primary care provider.
 - b. Choose any health plan you want that is available in your area and choose your primary care provider from that plan.
 - c. Change your primary care provider.
 - d. Change your health plan without penalty.
 - e. Be told how to change your health plan or your primary care provider.
3. You have the right to ask questions and get answers about anything you do not understand. That includes the right to:
 - a. Have your provider explain your health care needs to you and talk to you about the different ways your health care problems can be treated.
 - b. Be told why care or services were denied and not given.
 - c. Be given information about your health plan, services, and providers.
 - d. Be told about your rights and responsibilities.
4. You have the right to agree to or refuse treatment and actively participate in treatment decisions. That includes the right to:
 - a. Work as part of a team with your provider in deciding what health care is best for you.
 - b. Say yes or no to the care recommended by your provider.
5. You have the right to use each complaint and appeal process available through the managed care organization and through Medicaid, and get a timely response to complaints, appeals, External Medical Reviews and State Fair Hearings. That includes the right to:
 - a. Make a complaint to your health plan or to the state Medicaid program about your health care, your provider or your health plan.
 - b. Get a timely answer to your complaint.
 - c. Use the plan's appeal process and be told how to use it.
 - d. Ask for an External Medical Review and State Fair Hearing from the state Medicaid program and get information about how that process works.
 - e. Ask for a State Fair Hearing without an External Medical Review from the state Medicaid program and receive information about how that process works.
6. You have the right to timely access to care that does not have any communication or physical access barriers. That includes the right to:
 - a. Have telephone access to a medical professional 24 hours a day, 7 days a week to get any



- emergency or urgent care you need.
 - b. Get medical care in a timely manner.
 - c. Be able to get in and out of a health care provider's office. This includes barrier free access for people with disabilities or other conditions that limit mobility, in accordance with the Americans with Disabilities Act.
 - d. Have interpreters, if needed, during appointments with your providers and when talking to your health plan. Interpreters include people who can speak in your native language, help someone with a disability, or help you understand the information.
 - e. Be given information you can understand about your health plan rules, including the health care services you can get and how to get them.
7. You have the right to not be restrained or secluded when it is for someone else's convenience or is meant to force you to do something you do not want to do or is to punish you.
 8. You have a right to know that doctors, hospitals, and others who care for you can advise you about your health status, medical care, and treatment. Your health plan cannot prevent them from giving you this information, even if the care or treatment is not a covered service.
 9. You have a right to know that you are not responsible for paying for covered services. Doctors, hospitals, and others cannot require you to pay co-payments or any other amounts for covered services.
 10. You have a right to make recommendations to your health plan's member rights and responsibilities.

MEMBER RESPONSIBILITIES:

1. You must learn and understand each right you have under the Medicaid program. That includes the responsibility to:
 - a. Learn and understand your rights under the Medicaid program.
 - b. Ask questions if you do not understand your rights.
 - c. Learn what choices of health plans are available in your area.
2. You must abide by the health plan's and Medicaid's policies and procedures. That includes the responsibility to:
 - a. Learn and follow your health plan's rules and Medicaid rules.
 - b. Choose your health plan and a primary care provider quickly.
 - c. Make any changes in your health plan and primary care provider in the ways established by Medicaid and by the health plan.
 - d. Keep your scheduled appointments.
 - e. Cancel appointments in advance when you cannot keep them.
 - f. Always contact your primary care provider first for your non-emergency medical needs.
 - g. Be sure you have approval from your primary care provider before going to a specialist.
 - h. Understand when you should and should not go to the emergency room.
3. You must share information about your health with your primary care provider and learn about service and treatment options. That includes the responsibility to:
 - a. Tell your primary care provider about your health.
 - b. Talk to your providers about your health care needs and ask questions about the different ways your health care problems can be treated.
 - c. Help your providers get your medical records.
4. You must be involved in decisions relating to service and treatment options, make personal choices, and take action to keep yourself healthy. That includes the responsibility to:
 - a. Work as a team with your provider in deciding what health care is best for you.
 - b. Understand how the things you do can affect your health.
 - c. Do the best you can to stay healthy.
 - d. Treat providers and staff with respect.
 - e. Talk to your provider about all of your medications.



If you think you have been treated unfairly or discriminated against, call the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) toll-free at **1-800-368-1019**. You also can view information concerning the HHS Office of Civil Rights on-line at **www.hhs.gov/ocr**.

Complaint Process

What should I do if I have a Complaint?

COMPLAINTS

What should I do if I have a complaint about my health care, my provider, my service coordinator, or my health plan?

We want to help. If you have a complaint, please call us toll-free at **1-833-742-3127** to tell us about your problem. A El Paso Health Member Services Advocate can help you file a complaint. Just call **1-833-742-3127**. Most of the time, we can help you right away or at the most within a few days.

Once you have gone through the El Paso Health complaint process, you can complain to the Health and Human Services Commission (HHSC) by calling toll-free **1-866-566-8989**. If you would like to make your complaint in writing, please send it to the following address:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, Texas 78711-3247

If you can get on the Internet, you can submit your complaint at: hhs.texas.gov/managed-care-help

- **Who do I call? 1-833-742-3127.**
- **Can someone from El Paso Health help me file a Complaint?** If needed, El Paso Health Member Services Department will also help you with the formal complaint process. The complaint process involves a series of steps you can take when you are not happy with the solution to your concern. The Member Services Department can help you understand the complaint process, and then they can also help you go through the process, if you wish.
- **How long will it take to process my Complaint?** Within (5) five business days of receiving your verbal or written complaint, we will send you an acknowledgment letter. The letter will confirm the day we received your complaint. El Paso Health will review the facts and will reach a decision within thirty (30) calendar days of receiving your complaint. A resolution letter will be sent to you.
- **What are the requirements and timeframes for filing a Complaint?** There are no timeframes to filing a complaint. You or your authorized representative may file a complaint either verbally or in writing.

PROCESS TO APPEAL A STAR MEDICAID ADVERSE DETERMINATION

What can I do if my doctor asks for a service or medicine for me that's covered but El Paso Health denies it or limits it?

You or a representative can appeal El Paso Health's decision to deny or limit a service or medicine that is a covered benefit, or if El Paso Health fails to process your request within the time frames set forth by the state. You may request an appeal for denial of payment for services in whole or in part.

How will I find out if services are denied?

We will send you a letter.



Time frames for the appeals process.

El Paso Health must complete the entire standard Appeal process within 30 Days after receipt of the initial written or oral request for Appeal. This deadline may be extended for up to 14 Days at the request of a Member; or El Paso Health shows that there is a need for more information and how the delay is in the Member's interest. If El Paso Health needs to extend, the Member must receive written notice of the reason for delay.

Can I continue to receive my medical services that El Paso Health has already approved?

If El Paso Health already approved services for you, and you want to continue to get these services, you need to file your appeal on or before the later of: ten (10) Days following El Paso Health's mailing of the notice of the Action or the intended effective date of the proposed Action.

When do I have the right to ask for an Appeal?

You can request an appeal due to lack of medical necessity or for denial of payment for services in whole or in part.

Can someone from El Paso Health help me file an appeal?

Yes, if necessary, a Member Services Advocate will help you fill out your appeal form and explain the appeal process. Please call our Member Services Department at **1-833-742-3127**.

A Member has the right to be provided, upon request and free of charge, reasonable access to and copies of all documents, records, and other information relevant to the Member's Adverse Benefit Determination. Such information includes, but is not limited to, medical necessity criteria, and any processes, strategies, or evidentiary standards used in setting coverage limits. For Expedited El Paso Health Internal Appeals the Member's case file will be provided to the Member within two Business Days upon El Paso Health receiving the Expedited El Paso Health

Internal Appeal request. A Member's case file will be provided to the Member within five Business Days upon El Paso Health's receipt of an internal El Paso Health appeals request that is not expedited.

You, your authorized representative or your Legally Authorized Representative (LAR) has the option to request and External Medical Review and State Fair Hearing no later than 120 days after the date El Paso Health mails the appeal decision notice. You also have the option to request only a State Fair Hearing Review no later than 120 Days after El Paso Health mails the appeal decision notice.

Can I have someone else file the appeal for me?

Yes. Your authorized representative or your Legally Authorized Representative can contact El Paso Health to file an appeal for you.

Is there a timeline for filing the appeal?

You will need to appeal within 60 days from when you receive your notice that your covered service(s) have been denied or limited.

How do I file the appeal?

You, your authorized representative or your Legally Authorized Representative (LAR) can submit your appeal in writing, by phone, fax or on-line at the following:



El Paso Health

Attention: Complaints and Appeals Department

1145 Westmoreland Drive

El Paso, TX 79925

Tel: **1-833-742-3127**

Fax No.: **915-298-7872**

Online: **www.elpasohealth.com**

Appeals will be accepted orally or in writing by you, your authorized representative or your Legally Authorized Representative (LAR).

For written appeals you will need to give us the following information:

- A letter letting us know the reason you want to appeal
- A copy of the denial letter you received from El Paso Health
- Any new information that will help with your case

Who will review my appeal?

A doctor or dentist who has not looked at your request before will review your appeal.

What are the time frames for the appeal process?

We will let you know in writing in five (5) Days or less, that we received your appeal. The letter will tell you:

- The date we received the appeal.
- If we need any more information; which may lead to a different decision.

EMERGENCY EL PASO HEALTH INTERNAL APPEAL

What is an Emergency El Paso Health Internal Appeal?

An Emergency Appeal is when El Paso Health has to make a decision quickly based on the condition of your health, and taking the time for a standard appeal could jeopardize your life or health.

How do I ask for an Emergency El Paso Health Internal Appeal?

You can submit your Emergency Appeal in writing, by phone, or fax at the following:

El Paso Health

Attention: Complaints and Appeals Department

1145 Westmoreland Drive

El Paso, TX 79925

Tel: **1-833-742-3127**

Fax No.: **915-298-7872**

Online: **www.elpasohealth.com**

Does my request have to be in writing?

No, El Paso Health will accept your request orally or in writing.



What are the time frames for an Emergency El Paso Health Internal Appeal?

An Emergency Appeal will be resolved within three (3) business days and if the appeal is for an ongoing emergency or you will remain in the hospital, it will take one (1) business day or less to make a decision. El Paso Health will need all the information for our Emergency Appeal.

What happens if El Paso Health denies the request for an Emergency El Paso Health Internal Appeal?

El Paso Health will let you know if we can treat your request as an Emergency Appeal or not.

If El Paso Health decides that your request should be treated as a Standard Appeal instead of an Emergency Appeal, we will let you know in two (2) days or less that your request will be treated as a Standard Appeal and the decision on a Standard Appeal will be made within thirty (30) days from the date of your appeal request.

El Paso Health will give your appeal to a doctor or dentist who has not looked at your request before, and knows the condition or disease you are appealing.

Who can help me file an Emergency El Paso Health Internal Appeal?

You can contact the Member Advocate or the Member Services Department at **1-833-742-3127**.

How will I find out if my appeal was denied?

We will let you know in writing. A letter will be mailed to you letting you know why we did not approve the services, what information we used, and what type of doctor reviewed your appeal. We will let you know as soon as possible, but no longer than thirty (30) Days from when we receive your appeal. The letter will let you know the reason for the decision and what information we used in making the decision.

- The reason for the decision
- What information we used in making the decision
- What type of doctor reviewed your appeal
- Your right to seek a Specialty Review
- Your right to ask for a State Fair Hearing
- What you need to do to request a State Fair Hearing
- What forms you need to file the State Fair Hearing
- How you can file a complaint to Health and Human Services Commission (HHSC)

You can ask for more time for your appeal. You can ask for up to fourteen (14) Days or if El Paso Health shows that there is a need for more information and how the delay is in your best interest. If El Paso Health needs to use the extension, we will send you a written notice of the reason for the delay.

You can request a State Fair Hearing only after exhausting El Paso Health's internal appeals process.

STATE FAIR HEARING

Can I ask for a State Fair Hearing?

If you, as a Member of the health plan, disagree with the health plan's internal appeal decision, you have the right to ask for a State Fair Hearing. You may name someone to represent you by writing a letter to the health plan telling them the name of the person you want to represent you. A provider may be your representative. If you want to challenge a decision made by your health plan, you or your representative must ask for the State Fair Hearing within 120 days of the date on the health plan's letter with the internal appeal decision. If you do not ask for the State Fair Hearing within 120 days, you may lose your right to a State Fair Hearing. To ask for a State Fair Hearing, you or your representative should either send a letter to the health plan at 1145 Westmoreland Dr. El Paso, Tx 79925 or call **1-833-742-3127**.

You have the right to keep getting any service the health plan denied or reduced, based on previously authorized services, at least until the final State Fair Hearing decision is made if you ask for a State Fair



Hearing by the later of: (1) 10 calendar days following the date the health plan mailed the internal appeal decision letter, or (2) the day the health plan's internal appeal decision letter says your service will be reduced or end. If you do not request a State Fair Hearing by this date, the service the health plan denied will be stopped. If you ask for a State Fair Hearing, you will get a packet of information letting you know the date, time and location of the hearing. Most State Fair Hearings are held by telephone. At that time, you or your representative can tell why you need the service the health plan denied.

HHSC will give you a final decision within 90 days from the date you asked for the hearing.

Can I ask for an emergency State Fair Hearing?

If you believe that waiting for a State Fair Hearing will seriously jeopardize your life or health, or your ability to attain, maintain, or regain maximum function, you or your representative may ask for an emergency State Fair Hearing by writing or calling El Paso Health. To qualify for an emergency State Fair Hearing through HHSC, you must first complete El Paso Health's internal appeals process.

EXTERNAL MEDICAL REVIEW INFORMATION

Can a Member ask for an External Medical Review?

If a Member, as a member of the health plan, disagrees with the health plan's internal appeal decision, the Member has the right to ask for an External Medical Review. An External Medical Review is an optional, extra step the Member can take to get the case reviewed before the State Fair Hearing occurs. The Member may name someone to represent them by contacting the health plan and giving the name of the person the Member wants to represent him or her. A provider may be the Member's representative. The Member or the Member's representative must ask for the External Medical Review within 120 days of the date the health plan mails the letter with the internal appeal decision. If the Member does not ask for the External Medical Review within 120 days, the Member may lose his or her right to an External Medical Review. To ask for an External Medical Review, the Member or the Member's representative may either:

- Fill out the 'State Fair Hearing and External Medical Review Request Form' provided as an attachment to the Member Notice of MCO Internal Appeal Decision letter and mail or fax it to <MCO name> by using the address or fax number at the top of the form.;
- Call the MCO at **1-833-742-3127**;
- Email the MCO at **Complaints&AppealsTeam@elpasohealth.com** or;

If the Member asks for an External Medical Review within 10 days from the time the Member gets the appeal decision from the health plan, the Member has the right to keep getting any service the health plan denied, based on previously authorized services, at least until the final State Fair Hearing decision is made. If the Member does not request an External Medical Review within 10 days from the time the Member gets the appeal decision from the health plan, the service the health plan denied will be stopped.

The Member may withdraw the Member's request for an External Medical Review before it is assigned to an Independent Review Organization or while the Independent Review Organization is reviewing the Member's External Medical Review request. An Independent Review Organization is a third-party organization contracted by HHSC that conducts an External Medical Review during Member appeal processes related to Adverse Benefit Determinations based on functional necessity or medical necessity. An External Medical Review cannot be withdrawn if an Independent Review Organization has already completed the review and made a decision.

Once the External Medical Review decision is received, the Member has the right to withdraw the State Fair Hearing request. The Member may withdraw a State Fair Hearing request orally or in writing by contacting the hearings officer listed on Form 4803, Notice of Hearing.

If the Member continues with a State Fair Hearing and the State Fair Hearing decision is different from



the Independent Review Organization decision, it is the State Fair Hearing decision that is final. The State Fair Hearing decision can only uphold or increase Member benefits from the Independent Review Organization decision.

Can I ask for an emergency External Medical Review?

If you believe that waiting for a standard External Medical Review will seriously jeopardize your life or health, or your ability to attain, maintain, or regain maximum function, you, your parent or your legally authorized representative may ask for an emergency External Medical Review and emergency State Fair Hearing by writing or calling El Paso Health. To qualify for an emergency External Medical Review and emergency State Fair Hearing review through HHSC, you must first complete El Paso Health's internal appeals process.

Reporting Abuse, Neglect, and Exploitation

How do I report suspected abuse, neglect, or exploitation?

You have the right to respect and dignity, including freedom from Abuse, Neglect, and Exploitation.

What is Abuse, Neglect, and/or Exploitation?

Abuse is mental, emotional, physical, or sexual injury, or failure to prevent such injury.

Neglect results in starvation, dehydration, overmedicating or under medicating, unsanitary living conditions, etc. Neglect also includes lack of heat, running water, electricity, medical care, and personal hygiene.

Exploitation is misusing the resources of a person for personal or monetary benefit. This includes taking Social Security or SSI (Supplemental Security Income) checks, abusing a joint checking account, and taking property and other resources.

Reporting Abuse, Neglect, and Exploitation

The law requires that you report suspected Abuse, Neglect, or Exploitation, including unapproved use of restraints or isolation that is committed by a provider.

Call 9-1-1 for life-threatening or emergency situations

Report by Phone (non-emergency); 24 hours a day, 7 days a week, toll-free

Report to the Department of Aging and Disability Services (DADS) by calling **1-800-647-7418** if the person being abused, neglected, or exploited lives in or receives services from a:

- Nursing facility;
- Assisted living facility;
- Adult day care center;
- Licensed adult foster care provider; or,
- Home and Community Support Services Agency (HCSSA) or Home Health Agency,

Suspected Abuse, Neglect or Exploitation by a HCSSA must also be reported to the Department of Family and Protective Services (DFPS).

Report all other suspected abuse, neglect, or exploitation to DFPS by calling **1-800-252-5400**.

Report Electronically (non-emergency):

Go to **<https://txabusehotline.org>**. This is a secure website. You will need to create a password-protected account and profile.

Helpful Information for Filing a Report

When reporting abuse, neglect, or exploitation, it is helpful to have the names, ages, addresses, and phone numbers of everyone involved.



Fraud Information

Do you want to report Waste, Abuse, or Fraud?

FRAUD AND ABUSE

Do you want to report Waste, Abuse, or Fraud?

Let us know if you think a doctor, dentist, pharmacist at a drug store, other health care providers, or a person getting benefits is doing something wrong. Doing something wrong could be waste, abuse, or fraud, which is against the law. For example, tell us if you think someone is:

- Getting paid for services that weren't given or necessary.
- Not telling the truth about a medical condition to get medical treatment.
- Letting someone else use their Medicaid ID.
- Using someone else's Medicaid ID.
- Not telling the truth about the amount of money or resources he or she has to get benefits.

To report waste, abuse, or fraud, choose one of the following:

- Call the OIG Hot-line at **1-800-436-6184**;
- Visit **<https://oig.hhs.texas.gov/>** Click "Report Fraud" to complete the on-line form;
- You can report directly to your health plan:
 - El Paso Health 1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925
1-833-742-3127 (Toll Free)
1-866-356-8395 (Toll Free waste, abuse, and fraud hot-line)

To report waste, abuse, or fraud, gather as much information as possible.

- When reporting about a provider (a doctor, dentist, counselor, etc.) include:
 - Name, address, and phone number of provider
 - Name and address of the facility (hospital, nursing home, home health agency, etc.)
 - Medicaid number of the provider and facility, if you have it
 - Type of provider (doctor, dentist, therapist, pharmacist, etc.)
 - Names and phone numbers of other witnesses who can help in the investigation
 - Dates of events
 - Summary of what happened
- When reporting about someone who gets benefits, include:
 - The person's name
 - The person's date of birth, Social Security Number, or case number if you have it
 - The city where the person lives
 - Specific details about the waste, abuse, or fraud

Information That Must Be Available on an Annual Basis

As a Member of El Paso Health you can ask for and get the following information each year:

- Information about network providers – at a minimum primary care doctors, specialists, and hospitals in our service area. This information will include names, addresses, telephone numbers, and languages spoken (other than English) for each network provider, plus identification of providers that are not accepting new patients, and, when applicable, professional qualifications, specialty, medical school attended, residency completion and board certification status.
- Any limits on your freedom of choice among network providers.
- Your rights and responsibilities.
- Information on complaint, appeal, External Medical Review and State Fair Hearing procedures.
- Information about benefits available under the Medicaid program, including amount, duration, and scope of benefits. This is designed to make sure you understand the benefits to which you are entitled.



- How you get benefits including authorization requirements.
- How you get benefits, including family planning services, from out-of-network providers and limits to those benefits.
- How you get emergency coverage and limits to those kinds of benefits, including:
 - What makes up emergency medical conditions, emergency services, and post-stabilization services.
 - The fact that you do not need prior authorization from your Primary Care Provider for emergency care services.
 - In case of emergency, follow instructions provided by your Nursing Facility. Facility staff will contact appropriate authorities to coordinate emergency transport and/or services.
 - The addresses of any places where providers and hospitals furnish emergency services covered by Medicaid.
 - A statement saying you have a right to use any hospital or other settings for emergency care.
 - Post-stabilization rules.
- Policy on referrals for specialty care and for other benefits you cannot get through your Primary Care Provider.
- El Paso Health's practice guidelines.



El Paso Health

HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925
Toll Free 1-833-742-3127

www.elpasohealth.com



1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925
Toll Free 1-833-742-3127
www.elpasohealth.com



- El hecho de que usted no requiere de una autorización previa por parte de su Médico de atención Primaria para recibir cuidados de emergencia.
- Como obtener servicios de emergencia, incluso como usar el sistema telefónico del 911 o un equivalente local.
- Las direcciones de los lugares donde los proveedores y hospitales prestan los servicios de emergencia que cuentan con cobertura por parte de Medicaid.
- Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir cuidados de emergencia.
- Las reglas sobre la post-estabilización
- Las normas sobre las referencias médicas a especialistas y a otros servicios que el Médico de Atención Primaria no brinda.
- Las pautas de práctica por parte de El Paso Health.

- Información sobre los proveedores de la red-por lo menos los doctores de atención médica primaria, los especialistas y los hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos proveedores que no están aceptando nuevos pacientes.
 - Cualquier restricción para escoger libremente a los proveedores de la red.
 - Sus derechos y responsabilidades.
 - Información sobre los trámites de quejas, apelaciones y audiencias imparciales.
 - Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y la amplitud de los beneficios. El propósito de esta información es de asegurarse que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
 - Los procedimientos para obtener los beneficios, entre ellos, los requisitos de una autorización.
 - Los procedimientos para obtener los beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y/o los límites de dichos beneficios.
 - Como recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites de dichos beneficios, entre ellos:
 - Lo que significa un estado médico de emergencia, los servicios de emergencia y de post-estabilización.
- Como miembro de El Paso Health, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

INFORMACIÓN QUE TIENE QUE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE

- Detalles específicos sobre el mal manejo, abuso o fraude.
- La ciudad donde vive la persona.
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe.
- El nombre de la persona.
- Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya
 - Un resumen de lo ocurrido.
 - Las fechas de los sucesos.
 - El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación.
 - El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
 - El número de Medicaid del proveedor o instalaciones, si lo sabe.
 - de servicios de salud en casa, etc.).
 - El nombre y la dirección del las instalaciones (hospital, centro para convalecientes, agencia
 - El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor.
- Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:

Para denunciar algún mal manejo, abuso o fraude, reúna toda la información posible.

1-866-356-8395

1-833-742-3127

El Paso, TX 79925

1145 Westmoreland Dr.

El Paso Health

- Puede reportarlo directamente a su plan de salud:
- Haga click en "Report Waste, Abuse, and Fraud" para llenar una forma por Internet;
- Visite <https://olg.hhs.texas.gov/>
- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OLG por sus siglas en inglés) al 1-800-436-6184;

Para denunciar algún mal manejo, abuso, o fraude, escoja uno de los siguientes

- Esta usando la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona.
- No está diciendo la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.





una cuenta corriente conjunta y tomar propiedad y otros recursos.

Denunciar Abuso, Negligencia y Explotación

La ley requiere que usted informe sospechas de Abuso, Negligencia o Explotación, incluido el uso no aprobado de restricciones o aislamiento cometido por un proveedor.

Llame al 9-1-1 en situaciones de emergencia o que pongan en peligro la vida.

Informe por teléfono (no es una emergencia) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de forma gratuita.

Informe al Departamento de Servicios para Personas Mayores y Discapacitadas (DADS) llamando al 1-800-647-7418 si la persona que está siendo abusada, descuidada o explotada vive en o recibe servicios de:

- Un hogar de ancianos;
- Una residencia asistida;
- Un centro de cuidado diurno para adultos;
- Un proveedor de cuidado de crianza de adultos con licencia; o
- Una agencia de apoyo domiciliario y comunitario (HCSSA) o una agencia de atención médica en el hogar.

El presunto Abuso, Negligencia o Explotación por parte de un HCSSA también debe ser reportado al Departamento de Servicios para Familias y de Protección (DFPS).

Informe cualquier otro presunto abuso, negligencia o explotación al DFPS llamando al **1-800-252-5400**.

Informe en línea (no es una emergencia)

Vaya a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Necesitará crear una cuenta y perfil protegidos por contraseña.

Información útil para presentar un informe

Al informar sobre abuso, negligencia o explotación, es útil tener los nombres, edades, direcciones y números de teléfono de todas las personas involucradas.

Información sobre el Fraude

¿Desea denunciar algún mal manejo, abuso o fraude?

FRAUDE Y ABUSO

¿Desea denunciar algún mal manejo, abuso o fraude?

Avísenos si usted cree que un doctor, dentista, farmacéutico de una farmacia, otro proveedor de atención médica, o una persona que reciba beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malos manejos, abusos o fraudes, los cuales van contra la ley. Por ejemplo, díganos si usted cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios de Medicaid que no se brindaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.
- Está permitiendo que otra persona use su tarjeta de identificación de Medicaid.



que se proporciona como un archivo adjunto a la carta de Aviso de decisión de apelación interna de El Paso Health y envíelo por correo o fax a El Paso Health usando la dirección o el número de fax en la parte superior de la forma;

- Llame al 1-833-742-3127;
- Envíe un correo electrónico a la MCO at Complaints&Appeals Team@elpasohealth.com o;

Si el Miembro solicita una Revisión Médica Externa dentro de los 10 días a partir del momento en que el Miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, el Miembro no solicita una Revisión Médica Externa dentro de los 10 días a partir del momento en que el Miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, el servicio denegado será detenido.

El Miembro puede retirar su solicitud de Revisión Médica Externa antes de que sea asignada a una Organización de Revisión Independiente o mientras la Organización de Revisión Independiente esté revisando la solicitud de Revisión Médica Externa del Miembro. Una Organización de Revisión Independiente es una organización de terceros contratada por HHSC que lleva a cabo una Revisión Médica Externa durante los procesos de apelación de los Miembros relacionados con Determinaciones de Beneficios Adversos basados en necesidad funcional o necesidad médica. La Revisión Médica Externa no puede ser retirada si la Organización de Revisión Independiente ya ha completado la revisión y ha tomado una decisión.

Una vez que se recibe la decisión de la Revisión Médica Externa, el Miembro tiene derecho a retirar la solicitud de Audiencia de Feria Estatal. El Miembro puede retirar una solicitud de Audiencia de Feria Estatal oralmente o por escrito contactando al oficial de audiencias que figura en el Formulario 4803, Aviso de Audiencia.

Si el Miembro continúa con una Audiencia de Feria Estatal y la decisión de la Audiencia de Feria Estatal es diferente de la decisión de la Organización de Revisión Independiente, es la decisión de la Audiencia de Feria Estatal la que es final. La decisión de la Audiencia de Feria Estatal solo puede confirmar o aumentar los beneficios del Miembro de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?

Si cree que esperar una revisión médica externa estándar pondrá en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar su función máxima, usted, sus padres o sus representantes legalmente autorizadas pueden solicitar una revisión médica externa de emergencia y Audiencia estatal imparcial de emergencia escribiendo o llamando a El Paso Health. Para calificar para una Revisión Médica Externa de emergencia y una audiencia estatal de emergencia a través de HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de El Paso Health.

Reportar Abuso, Negligencia, o Explotación

¿Cómo puedo denunciar sospechas de abuso, negligencia o explotación?

Usted tiene derecho al respeto y la dignidad, incluida la libertad de Abuso, Negligencia y Explotación.

What is Abuse, Neglect, and/or Exploitation?

El Abuso es una lesión mental, emocional, física o sexual, o la falta de prevención de dicha lesión. La Negligencia resulta en hambre, deshidratación, sobremedicación o submedicación, condiciones de vida insalubres, etc. La Negligencia también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La Explotación es el uso indebido de los recursos de otra persona con fines personales o monetarios. Esto incluye tomar cheques de Seguro de Seguro Social o SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario), abusar de



enviar cualquier información a HHSC. El Paso Health informará a HHSC qué decisión se tomó sobre la Apelación de Emergencia antes de enviar su solicitud para una Audiencia Imparcial Acelerada.

- **¿Quién puede ayudarme a presentar una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?** Puede ponerse en contacto con el Defensor de los Miembros o el Departamento de Servicios para Miembros al 1-833-742-3127.

Audiencia Imparcial Estatal

¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan de salud, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud diciéndoles el nombre de la persona que desea que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si desea impugnar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la carta del plan de salud con la decisión de la apelación interna. Si no solicita la audiencia imparcial del estado dentro de los 120 días, puede perder su derecho a audiencia imparcial del estado. Para solicitar una audiencia imparcial estatal, usted o su representante deben enviar una carta a El Paso Health a 1145 Westmoreland Drive, El Paso Texas 79925 o llamar al 1-833-742-3127.

Tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud hará negado o reducido, en función de los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la Audiencia imparcial estatal si solicita una Audiencia imparcial estatal antes de: (1) 10 días calendario posteriores a la fecha en que el plan de salud envió por correo la carta con la decisión de la apelación interna, o (2) el día en que la carta con la decisión de la apelación interna del plan de salud dice que su servicio se reducirá o finalizará. Si no solicita una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información que le permitirá saber la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se llevan a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden decir por que necesita el servicio que le negó el plan de salud.

La HHSC le da una decisión final dentro de los 90 días a partir de la fecha en que solicitó la audiencia. Si cree que esperar una audiencia imparcial del estado pondrá en peligro grave su vida o su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar su función máxima, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial del estado de emergencia escribiendo o llamando a El Paso Health. Para calificar para una audiencia imparcial estatal de emergencia a través de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelación interna de El Paso Health.

Revisión Médica Externa

Información sobre la Revisión Médica Externa

¿Se puede solicitar una Revisión Médica Externa?

Si usted, como miembro de El Paso Health, no está de acuerdo con nuestra decisión de apelación interna, tiene derecho a solicitar una revisión médica externa. Una revisión médica externa es un paso adicional opcional que el miembro puede tomar para que se revise el caso antes de que tenga lugar la audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta a El Paso Health indicándonos el nombre de la persona que el miembro quiere que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Usted o su representante deben solicitar la Revisión médica externa dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que El Paso Health envía la carta con la decisión de la apelación. Si no solicita la Revisión médica externa dentro de los 120 días, puede perder su derecho a una Revisión médica externa. Para solicitar una revisión médica externa, usted o su representante deben:

- Completar el 'Formulario de Solicitud de Revisión Médica Externa y Audiencia Imparcial del Estado'



solicitud de una Apelación por negación del pago de servicios en su totalidad o en parte.

- Incluir notificación al Miembro de que para garantizar la continuidad de los servicios autorizados actuales, el Miembro debe presentar la Apelación en o antes de: 10 días siguientes al envío por correo del MCO del aviso de la Acción o la fecha efectiva prevista de la Acción propuesta.
- Las Apelaciones deben ser aceptadas verbalmente o por escrito.
- ¿Alguien de El Paso Health puede ayudarme a presentar una Apelación?
- Opción del Miembro para solicitar una Revisión Médica Externa y Audiencia Estatal Imparcial a más tardar 120 días después de la fecha en que el MCO envía el aviso de decisión de la apelación.
- Opción del Miembro para solicitar solo una Audiencia Estatal Imparcial a más tardar 120 días después de que el MCO envía el aviso de decisión de la apelación.

Apelación Expedita MCO

• ¿Qué es una Apelación de Emergencia?

Una Apelación de Emergencia es cuando El Paso Health debe tomar una decisión rápidamente basada en la condición de tu salud, y tomarse el tiempo para una apelación podría poner en peligro tu vida o salud.

- **¿Cómo solicito una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?** Puedes enviar tu Apelación de Emergencia por escrito, por teléfono o por fax en los siguientes datos de contacto:

El Paso Health
Attention: Complaints and Appeals Department
1 145 Westmoreland Drive
El Paso, TX 79925

Teléfono: **1-833-742-3127**

Fax No.: 915-298-7872

Online: www.elpasohealth.com

- **¿La solicitud debe ser presentada por escrito?** No, usted puede presentar su solicitud de forma oral o por escrito.

- **¿Cuáles son los plazos para una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?** Una Apelación de Emergencia se resolverá dentro de tres (3) días hábiles, y si la apelación es por una emergencia en curso o permanecerá en el hospital, se tomará una (1) día hábil o menos para tomar una decisión. El Paso Health necesitará toda la información para nuestra Apelación de Emergencia.

- **¿Qué sucede si El Paso Health niega la solicitud de una Apelación Interna de Emergencia de El Paso Health?** El Paso Health le informará si podemos tratar su solicitud como una Apelación de Emergencia o no. Si El Paso Health decide que su solicitud debe tratarse como una Apelación Estándar en lugar de una Apelación de Emergencia, le informaremos en dos (2) días o menos que su solicitud se tratará como una Apelación Estándar y la decisión sobre una Apelación Estándar se tomará dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de su solicitud de apelación. El Paso Health entregará su apelación a un médico o dentista que no haya revisado su solicitud antes, y conocerá la condición o enfermedad que está apelando. La Apelación de Emergencia se completará en función de la urgencia de su condición médica. Si la apelación es por una emergencia en curso o si permanecerá en el hospital, se tomará una decisión en un (1) día hábil o menos. El Paso Health necesitará toda la información para su Apelación de Emergencia. El Paso Health llamará a su médico para notificarle la decisión. Usted y su médico recibirán la determinación por escrito en tres (3) días hábiles o menos. Si necesita más tiempo para trabajar en su apelación, puede solicitar catorce (14) días más. Si El Paso Health necesita más tiempo, le notificaremos. El Paso Health solo solicitará más tiempo si le beneficiará. Debe pasar por la Apelación de Emergencia de El Paso Health antes de solicitar una Audiencia Imparcial Acelerada. El Paso Health será responsable de



Ombudsman Managed Care Assistance Team

P.O. Box 13247

Austin, Texas 78711-3247

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja a:

hhs.texas.gov/managed-care-help

- **¿A quién debo llamar?** Puede llamar al 1-833-742-3127.
- **¿Alguien de El Paso Health puede ayudarme a presentar una queja?** Si es necesario, el Departamento de Servicios para Miembros de El Paso Health también lo ayudará con el proceso formal de quejas. El proceso de quejas implica una serie de pasos que puede seguir cuando no está satisfecho con la solución a su preocupación. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo a comprender el proceso de quejas, y luego también puede ayudarlo a atravesar el proceso, si lo desea.
- **¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?** Dentro de los (5) cinco días hábiles posteriores a recibir su queja verbal o escrita, le enviaremos una carta de acuse de recibo. La carta confirmará el día en que recibimos su queja. El Paso Health revisará los hechos y tomará una decisión dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de su queja. Se le enviará una carta de resolución.
- **¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?** No hay plazos para presentar una queja. Usted o su representante autorizado pueden presentar una queja verbalmente o por escrito.

Proceso de Apelación

El Paso Health debe completar todo el proceso de apelación estándar dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud inicial de apelación por escrito u oral, incluida la opción de extender hasta 14 días si solicita una extensión; o El Paso Health muestra que se necesita más información y como la demora es de su interés. Si El Paso Health necesita una extensión, recibirá una notificación por escrito del motivo de la demora.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Usted puede solicitar una apelación si no está de acuerdo con El Paso Health respecto a una decisión tomada sobre los servicios médicos cubiertos que solicitó. Tiene el derecho de apelar si sus servicios no fueron aprobados, o si solo se aprobaron o redujeron parte de los servicios que solicitó. Tiene 60 días a partir de la fecha en su carta de negación para solicitar la apelación

- **¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento que está cubierto pero El Paso Health lo niega o lo limita?** Usted o un representante pueden apelar la decisión de El Paso Health de denegar o limitar un servicio o medicamento que es un beneficio cubierto, o si El Paso Health no procesa su solicitud dentro de los plazos establecidos por el estado. Puede solicitar una apelación por la negación del pago de servicios en su totalidad o en parte.
- **¿Cómo sabre si los servicios fueron negados?**

—Plazos para el proceso de Apelaciones: el MCO debe completar todo el proceso estándar de Apelación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud inicial por escrito u oral para la Apelación. Este plazo puede extenderse hasta 14 días a solicitud de un Miembro; o si el MCO muestra que se necesita más información y cómo la demora está en interés del Miembro. Si el MCO necesita extenderse, el Miembro debe recibir un aviso por escrito del motivo de la demora.

—¿Cuándo tiene derecho un Miembro a solicitar una Apelación? - incluir opción para la



Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:

- a. Conocer y entender sus derechos del programa Medicaid.
- b. Hacer preguntas si es que no entiende cuáles son sus derechos.
- c. Saber que otras opciones de planes de salud existen en su área.
2. Tiene que respetar las normas y los procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:

- a. Conocer y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
- b. Seleccionar sin demora un plan de salud y a un Médico de Atención Primaria.
- c. Hacer cualquier cambio de plan de salud y de Médico de Atención Primaria, según lo indique Medicaid y el plan de salud.

- d. Acudir a sus consultas programadas.
- e. Cancelar las consultas con anticipación cuando no pueda ir.
- f. Siempre llamar primero a su Médico de Atención Primaria para consultar sus necesidades médicas que no sean de emergencia
- g. Estar seguro de que tiene la aprobación de su Médico de Atención Primaria antes de consultar a un especialista.

- h. Entender cuando debe ir a la sala de emergencias y cuando no.
3. Tiene que compartir con su Médico de Atención Primaria toda la información sobre su salud y enterarse sobre las opciones de los servicios y tratamientos. Es decir, tiene la responsabilidad de:
- a. Informar a su Médico de Atención Primaria sobre su salud.
- b. Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica y preguntarles c. sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
- d. Ayudar a los proveedores a obtener sus expedientes médicos.

4. Usted tiene que estar involucrado en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para mantenerse saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
- a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cual atención médica es la mejor para usted.
- b. Darse cuenta de como las cosas que usted hace pueden afectar su salud.
- c. Hacer un esfuerzo para mantenerse saludable.
- d. Tratar con respeto a los proveedores y al personal.
- e. Informarle a su proveedor de todos de sus medicamentos.

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

¿Qué hago si tengo una queja?

QUEJAS

¿Qué debería de hacer si tengo una queja sobre la atención médica, mi doctor, mi coordinador de servicios o mi plan de salud?

Nosotros queremos ayudarle. Si usted tiene una queja, por favor llámenos gratuitamente al **1-833-742-3127** para contarnos su problema. Un representante del Departamento de Servicio al Cliente de El Paso Health puede ayudarle a presentar una queja. Simplemente llame al **1-833-742-3127**. MPor lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Una vez que haya completado el trámite de quejas de El Paso Health, puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHS) por sus siglas en inglés) llamando gratuitamente al **1-866-566-8989**. Si quiere hacer su queja por escrito, por favor envíela a la siguiente dirección::

Texas Health and Human Services Commission



Esto incluye el derecho de:

- a. Que su proveedor le explique sus necesidades de atención médica y le hable sobre las diferentes formas en que se pueden tratar sus problemas de salud.
- b. Ser informado sobre por qué se negó la atención o los servicios y no se le proporcionaron.
- c. Recibir información sobre su salud, plan, servicios y proveedores.
- d. Ser informado sobre sus derechos y responsabilidades.
4. Tiene el derecho de estar de acuerdo con los tratamientos o rechazarlos, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
 - a. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cual atención médica es mejor para usted.
 - b. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.

5. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelaciones disponibles mediante su plan de seguro médico y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones y audiencias imparciales. Esto incluye el derecho de:
 - a. Presentar una queja ante su plan de salud o el programa estatal de Medicaid sobre la atención médica, el proveedor o el plan de salud.
 - b. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
 - c. Utilizar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre como funciona.
 - d. Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre como funciona ese trámite.
 - e. Solicite una Audiencia de Feria Estatal sin una Revisión Médica Externa del programa estatal de Medicaid y reciba información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene el derecho al acceso oportuno a servicios de atención médica sin obstáculos físicos ni de comunicación. Esto incluye el derecho de:
 - a. Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - b. Recibir atención médica de manera oportuna.
 - c. Poder entrar y salir del consultorio de cualquier proveedor de atención médica. Si tiene alguna discapacidad o padecimiento que le dificulte la movilidad, esto incluye el acceso libre al consultorio de acuerdo con la Ley de Americanos con Discapacidades.
 - d. Contar con un intérprete, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y cuando hable con el personal del plan de salud. Los intérpretes son personas que hablan el mismo idioma natal que el cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a comprender alguna información.
 - e. Recibir información clara sobre las reglas del plan de salud, incluso cuales son los servicios de salud que se ofrecen y como recibirlos.

7. Tiene el derecho de no ser sujeto a la fuerza ni aislarlo para el beneficio de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer, o para castigarlo.
8. Tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que le atienden pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aún cuando la atención o tratamiento no sea un servicio que cuente con cobertura.
9. Tienes derecho a saber que no eres responsable de pagar por servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros no pueden exigirte que pagues copagos u otros montos por servicios cubiertos..
10. Tiene el derecho de saber que usted no es responsable de pagar por los servicios que cuentan con cobertura. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle co-pagos ni ninguna suma adicional por los servicios que cuentan con cobertura.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:

1. Tiene que conocer y comprender cada uno de los derechos que tiene por parte del programa

1. Tiene el derecho a ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho a:
 - a. Ser tratado justo y respetuosamente.
 - b. Saber que sus expedientes médicos y las conversaciones que tenga con los proveedores se mantendrán privados y confidenciales.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un Médico de Atención Primaria. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención médica. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
 - a. Ser informado sobre como elegir y cambiar de plan de salud y de Médico de Atención Primaria.
 - b. Escoger cualquier plan de salud que usted desee y que estén disponible en el área donde vive, y de escoger a su Médico de Atención Primaria de ese plan.
 - c. Cambiar de Médico de Atención Primaria.
 - d. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
 - e. Recibir información sobre como cambiar de plan de salud o de Médico de Atención Primaria.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda.

DERECHOS DEL MIEMBRO:

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

IMPORTANTE: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo porque usted cuenta con un seguro médico personal aparte de Medicaid. Si los proveedores lo atienden como paciente de Medicaid, ellos también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro personal. **Si usted tiene otro seguro, aun puede calificar para Medicaid.** Cuando usted le informe al personal de Medicaid sobre su otro seguro médico, usted contribuye para que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no cuenta con cobertura.

- Puede llamar gratis a la línea directa **1-800-846-7307**.
- Le cancelan el seguro médico personal.
 - Consigue nueva cobertura de seguro.
 - Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros.

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

MEDICAID Y EL SEGURO PERSONAL

¿Qué sucede si tengo otro seguro médico aparte de Medicaid?

Tan pronto sepa su nueva dirección, deséala a la oficina de beneficios local de la HHSC y al Departamento de Servicio al Cliente de El Paso Health llamando al 1-833-742-3127. Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área, usted tiene que llamar a El Paso Health, a menos que necesite servicios de emergencia. Usted continuará recibiendo atención por medio de El Paso Health hasta que la HHSC le cambie la dirección

¿Qué tengo que hacer si cambio de domicilio?

No se le puede facturar por "costos compartidos" de Medicare, que incluyen deducibles, coseguros y copagos que están cubiertos por Medicaid.

¿Puede mi proveedor de Medicare facturarme por servicios o suministros si estoy en Medicare y Medicaid?





continuar viendo a ese ginecólogo/obstetra (OB/GYN). Si tiene al menos seis meses de embarazo cuando se una a El Paso Health, puede seguir viendo al ginecólogo/obstetra (OB/GYN) que ya le está atendiendo. No necesitará obtener una referencia de tu Médico de Atención Primaria para seguir viéndolo. Sin embargo, deberá llamar a un Administrador de Casos de Enfermería al 1-833-742-3127.

¿Qué hago si estoy demasiado enfermo para poder tomar decisiones sobre mi atención médica?

A veces las personas están demasiado enfermas para poder tomar decisiones sobre su atención médica. Si esto sucede, ¿cómo sabrá el doctor lo que usted desea? Puede preparar una Directiva Anticipada.

¿Que es una Directiva Anticipada?

Una Directiva Anticipada es una carta que le dice a usted y a las personas que quiere que suceda si usted se enferma gravemente. Una Directiva Anticipada es un Testamento Vital. Un testamento vital le dice a su médico que hacer si usted está demasiado enfermo para decidir. El otro tipo es un Poder Perdurable. Un Poder Perdurable permite que un amigo o miembro de la familia (a quien usted elija) tome decisiones por usted. Cualquiera Directiva Anticipada que haga comiENZA cuando usted enferma gravemente. Durará hasta que lo cambie o lo cancele. El Congreso hizo una ley que protege su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica si usted se enferma gravemente. Una Directiva Anticipada le permite hablar con su médico sobre su atención médica futura. Una Directiva Anticipada puede ser útil para usted, su familia y su médico. Es su derecho aceptar o rechazar la atención médica. Puede proteger este derecho incluso si se vuelve mentalmente enfermo. También puede protegerlo si se vuelve físicamente incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica. Una Directiva Anticipada ayuda a su familia al no hacerles decidir cómo cuidarlo si usted no puede tomar sus propias decisiones médicas. Ayuda a su médico al proporcionar las pautas para su atención.

¿Cómo obtengo una directiva anticipada?

Puede llamar a la Línea de Asistencia para Miembros al 1-833-742-3127 para obtener un formulario de Directiva Anticipada.

¿Qué pasa si pierdo mi cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a recuperar dentro de seis (6) meses, usted recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo Médico de Atención Primaria que antes.

¿Qué sucede si recibo una factura de mi Centro de Enfermería?

Si recibe una factura de la instalación de enfermería, llame a El Paso Health para obtener ayuda.

- **¿A quién debo llamar?** Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3127.
- **¿Qué información necesitarán?** Necesitaremos toda la información que se encuentre en la factura: ¿quién le está facturando? ¿Por qué le están facturando? El número de cuenta y el número de teléfono al que llamar.
- **¿Qué es el Ingreso Aplicado y cuáles son mis responsabilidades?**

¿Que es el ingreso aplicado?

Es el ingreso personal del miembro que el miembro debe proporcionar a la instalación de enfermería como parte de su obligación de compartir los costos como beneficiario de Medicaid.

¿Cuáles son mis responsabilidades?

Cada vez que Medicaid factura a la instalación de enfermería, el miembro debe entregar su ingreso aplicado a la instalación. El monto se determina dividiendo el monto total del ingreso mensual por el número de días que el miembro reside en la instalación cada mes. Se permite al miembro conservar \$60 para sus necesidades personales.



¿Cómo obtengo los servicios del cuidado de la vista?

Puede recibir atención oftalmológica llamando a un oftalmólogo (optometrista) que esté en la red de El Paso Health, no necesita una referencia. La atención oftalmológica incluye exámenes de la vista, armazones médicamente necesarios y ciertas lentes de plástico cada 24 meses. Si tiene Medicare, sus beneficios de visión serán proporcionados por su plan de Medicare.

¿Puede alguien interpretarme cuando hablo con el doctor?

El Paso Health puede conseguir a un intérprete para que esté presente con usted en el consultorio del doctor si usted lo necesita.

- **¿A quién llamo para pedir asistencia con un intérprete?** Para obtener este servicio, por favor llame a la línea de Servicio al Cliente, por lo menos 24 horas antes al **1-833-742-3127**.
- **¿Con cuánto tiempo de anticipación debo llamar?** Por favor llame y pida este servicio al menos 24 horas antes.
- **¿Como puedo recibir asistencia con un intérprete en persona cuando tenga mi cita con mi doctor?** También tenemos intérpretes que saben el lenguaje de señas. Si necesita este servicio, debe llamar por lo menos dos días antes de la cita con el doctor.

¿Qué hago si necesito atención de un doctor ginecólogo obstetra?

Aviso para la Mujer

El Paso Health le permite escoger a un doctor ginecólogo obstetra, pero éste doctor debe estar en la misma red de cobertura que su Médico de Atención Primaria.

Usted tiene el derecho de escoger a un doctor ginecólogo obstetra sin una referencia médica por parte del Médico de Atención Primaria. Un doctor ginecólogo obstetra le puede brindar:

- Un examen preventivo para la mujer cada año
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer
- Referencia médica para ver a un especialista dentro de la red de cobertura.

¿Tengo derecho a elegir un ginecólogo/obstetra (OB/GYN)? Si, tiene derecho a elegir cualquier ginecólogo/obstetra (OB/GYN) dentro de la red para su atención.

¿Cómo elijo un ginecólogo/obstetra (OB/GYN)? Para elegir un ginecólogo/obstetra (OB/GYN) como su Médico de Atención Primaria, simplemente llame a nuestra Línea de Ayuda de Servicios para Miembros al **1-833-742-3127**, y déjenos saber a quién quiere elegir como su ginecólogo/obstetra (OB/GYN). Recuerde que debe elegir entre los proveedores de ginecología/obstetricia (OB/GYN) enumerados en el Directorio de Proveedores de El Paso Health.

Si no elijo un ginecólogo/obstetra (OB/GYN), ¿tengo acceso directo? Si, puedes tener acceso directo. No es necesario que elija un ginecólogo/obstetra (OB/GYN) como tu Médico de Atención Primaria, pero si está embarazada, debería elegir un ginecólogo/obstetra (OB/GYN) para que le atienda a usted y a su bebé por nacer.

¿Necesitaré una referencia? No, no necesita una referencia para la atención de ginecología/obstetricia (OB/GYN).

¿Cuánto tiempo pasará antes de que pueda ser atendido después de contactar a mi ginecólogo obstetra (OB/GYN) para una cita? Su ginecólogo/obstetra (OB/GYN) debería atenderle dentro de las dos semanas después de contactarlos para una cita. Si necesita ayuda para encontrar un ginecólogo/obstetra (OB/GYN) en nuestro plan, por favor comuníquese con Servicios para Miembros al **1-833-742-3127**.

¿Puedo seguir con mi ginecólogo/obstetra (OB/GYN) si no está con El Paso Health? Si ya ha sido atendida por un ginecólogo/obstetra (OB/GYN) que no es parte de El Paso Health, es posible que pueda



¿Qué es la Coordinación de Servicios?

Servicios especializados/proceso de atención que incluye, pero no se limita a:

- Identificar las necesidades físicas, mentales o a largo plazo del Miembro
- Abordar cualquier necesidad única del Miembro que pueda mejorar los resultados y la salud/bienestar
- Ayudar al Miembro para garantizar el acceso oportuno y coordinado a una variedad de servicios y/o servicios elegibles para Medicaid cubiertos
- Asociarse con la instalación de enfermería para garantizar los mejores resultados posibles para la salud y seguridad del Miembro
- Coordinar la entrega de servicios para los Miembros que están haciendo la transición de regreso a la comunidad

¿Qué hará un Coordinador de Servicios por mí?

Su Coordinador de Servicios le ayudará a gestionar todos tus proveedores y servicios para asegurarse de que reciba los servicios y la atención que necesita.

—El o ella le ayudará a obtener la atención que necesita al visitarle en el centro de enfermería para conocer más sobre sus necesidades de salud; trabajará con usted para crear un plan de servicio que satisfaga sus necesidades; le ayudará a programar citas con tu doctor para obtener atención médica y preventiva necesaria; coordinará sus LTS, cuidados intensivos y otros servicios sociales; le ayudará a obtener autorizaciones para atención médica necesaria desde el punto de vista médico.

¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de Servicios?

Cuando te unas a El Paso Health, tu coordinador de servicios te enviará una carta con su nombre y número de teléfono. Puedes llamarlos al número proporcionado o llamar a Servicios para Miembros y ellos pueden conectarte con tu coordinador de servicios.

—Puedes ponerte en contacto con El Paso Health al 1-833-742-3127.

¿Qué servicios de transporte ofrece El Paso Health?

Servicios de Transporte para Residentes de Centros de Enfermería.

¿Qué servicios de transporte se ofrecen?

La instalación de enfermería es responsable de proporcionar servicios de transporte no emergenciales de rutina. Si es médicamente necesario, El Paso Health proporciona transporte no emergencial en ambulancia para los Miembros que requieren este servicio.

¿Cómo puedo obtener este servicio?

Para obtener transporte en ambulancia no emergencial, tu proveedor debe ponerse en contacto con El Paso Health para solicitar autorización para estos servicios.

Información de Contacto:

1 145 Westmoreland Dr.
El Paso, Texas 79925

MemberServicesDG@elpasohealth.com
Call us at:

1-833-742-3127

—**¿Qué servicios se ofrecen?** Transporte no emergente a citas médicas. (Proporcionado por el centro de enfermería)

—**¿A quién llamo para que me lleven a una cita médica?** Hable con su enfermero/a o coordinador/a en el centro de enfermería. Su instalación de enfermería debería proporcionarle transporte a sus citas médicas que no requieran transporte en ambulancia.



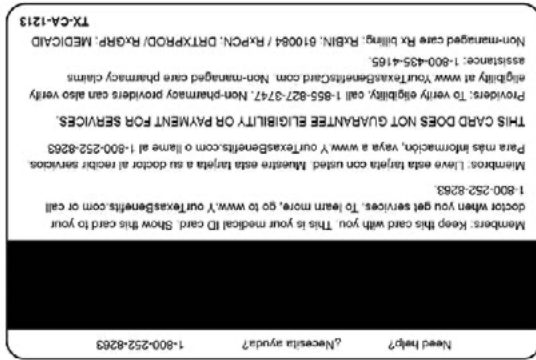
¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga por la mayoría de los medicamentos que tu médico considere que necesitas. Tu médico escribirá una receta y enviará la prescripción para ti llamando, enviando por fax o enviando por medios electrónicos a la instalación de enfermería para solicitar, llenar, dispensar y administrar los medicamentos.

• **¿Qué sucede si también tengo Medicare?** Si tienes beneficios de medicamentos recetados de Medicare, tu plan de Medicare proporcionará tus recetas. Si no cubren tu medicamento, Medicaid puede pagarlo.

• **¿Qué sucede si voy a una farmacia fuera de la red de cobertura?** El personal de la farmacia le informará si no aceptan El Paso Health. Necesitará que su receta se complete en una farmacia dentro del plan de El Paso Health. Es posible que sea responsable de los cargos.

• **¿Qué necesito llevar conmigo a la farmacia?** Necesitarás llevar tu receta (o botella de medicamento) y tu tarjeta de identificación de El Paso Health. Si tienes Medicare, lleva también tu tarjeta de identificación de Medicare.



• **¿Qué hago si necesito que me entreguen mis medicamentos?** Su centro de enfermería trabajará con una farmacia para que le entreguen tus recetas.

• **¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos?** Llame a El Paso Health y trabajaremos con su centro de enfermería y la farmacia para asegurarnos de que reciba su medicamento recetado.

• **¿Qué hago si no puedo obtener la aprobación para el medicamento que mi médico recetó?** Si no podemos comunicarnos con su médico para aprobar una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia de tres días de su medicamento.

Llam a El Paso Health al **1-833-742-3127** para obtener ayuda con sus medicamentos y recargas.

• **¿Qué hago si pierdo mi medicamento?** Llame a El Paso Health para obtener ayuda. Trabajaremos con su médico y la farmacia para reemplazarlo.

¿Cómo Obtengo Servicios de Planificación Familiar?

• Puede obtener servicios de planificación familiar como anticonceptivos o asesoramiento con cualquier proveedor de planificación familiar.

— **¿Necesito una referencia para esto?** No necesita una referencia para los servicios de planificación familiar.

— **¿Dónde encuentro un proveedor de servicios de planificación familiar?** Puede encontrar los lugares de los proveedores de planificación familiar cerca de ti en línea en <https://www.healthtexaswomen.org/healthcare-programs/family-planning-program>, o puede llamar a El Paso Health al **1-833-742-3127** para obtener ayuda para encontrar un proveedor de planificación familiar.



Su médico de atención primaria y cualquier especialista al que le refieran ayudarán a coordinar su atención.

• **¿Cuánto tiempo puedo esperar para ser atendido por un especialista?** Llame al especialista para programar una cita. Si tiene una situación urgente, el especialista debería atenderle dentro de las 24 horas. Para atención de rutina, el especialista debería atenderle dentro de las dos semanas. Asegúrese de llevar consigo el formulario de referencia cuando vaya a ver al especialista. Deberá entregarle el formulario de referencia. Por favor, llegue a tiempo a sus citas con el especialista. Si necesita cancelar una cita, llame a la oficina del especialista con la mayor antelación posible. Algunos especialistas incluyen: cardiólogo (médico del corazón), dermatólogo (médico de la piel), ginecólogo (médico especializado en la salud de las mujeres), obstetra (médico que cuida de las mujeres embarazadas y realiza partos), ortopedista (médico de los huesos), hematólogo (médico especializado en problemas de sangre). RECUERDE que el especialista solo puede ofrecerle los servicios solicitados por su médico de atención primaria en el formulario de referencia. La referencia es válida por un número limitado de días. Si el especialista dice que necesitará más visitas o otra referencia, el especialista debería llamar a tu proveedor de atención primaria o a El Paso Health para asegurarse de que la atención adicional esté cubierta.

¿Cuáles servicios no requieren una referencia médica? Puede recibir cierto tipo de servicios sin una referencia médica por parte de su Médico de Atención Primaria. Por favor, vea nuestro Directorio de Proveedores de El Paso Health para encontrar a algún doctor en específico..

- Cuidados en una sala de emergencias las 24 horas
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias
- Atención de gineco-obstetricia

Si tiene preguntas, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-833-742-3127**.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión? Puede volver al consultorio de su Médico de Atención Primaria o a la clínica y pedir que lo envíen a otro doctor para una segunda opinión o puede llamar a El Paso Health al **1-833-742-3127** y un representante de Servicio al Cliente le ayudará.

¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas del comportamiento (mental) o abuso de sustancias (drogas)? Informe a su médico de atención primaria si necesita ayuda con problemas de salud mental, alcohol o drogas. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de estos servicios, puede llamar a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros para obtener ayuda. A veces, es posible que necesite ayuda con un problema personal o familiar. Si tiene un problema y necesita ayuda, por favor llama a nuestra línea de crisis al **1-877-377-2950**. Habrá una persona capacitada para ayudarle. Si usted o algún miembro de su familia tienen una emergencia relacionada con problemas de salud mental o abuso de drogas o alcohol, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al **911** para pedir una ambulancia.

• **¿Necesito una referencia?** No necesita una referencia para recibir atención para problemas de salud mental, alcohol o drogas.

¿Cuáles son los servicios de rehabilitación de salud mental y administración de casos dirigida a la salud mental?

Estos son servicios prestados a los miembros con serios trastornos emocionales o enfermedades mentales graves y persistentes que pueden beneficiarse de la administración de medicamentos, la formación profesional, y la gestión de casos específicos.

• **¿Cómo obtengo estos servicios?** No se necesita referencia médica para estos servicios. Los proveedores de servicios de salud mental se encuentran en el Directorio de Proveedores o comuníquese con la autoridad local de salud mental—Emergency Health Network al **915-887-3410**.



• **? Necesito una autorización previa?** La atención de emergencia no requiere una autorización.

?Están Cubiertos los Servicios Dentales de Emergencia?

El Paso Health cubre servicios limitados dentales de emergencia, lo cual incluye el pago para lo siguiente:

- Tratamiento para mandíbula dislocada.
- Tratamiento para traumatismo de los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales.
- Medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

El Paso Health es responsable de los servicios dentales de emergencia proporcionados a los miembros de Medicaid en un entorno hospitalario o en un centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos por los servicios hospitalarios, médicos y médicos relacionados (por ejemplo, anestesia y medicamentos).

Los procedimientos dentales de emergencia cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- Alivio del dolor extremo en la cavidad oral asociado con una infección grave o hinchazón;
- Reparación de daños por pérdida de dientes debido a traumatismos (solo atención aguda, sin restauración);
- Reducción abierta o cerrada de fracturas del maxilar o la mandíbula;
- Reparación de laceraciones en o alrededor de la cavidad oral;
- Extirpación de neoplasias, incluidas lesiones benignas, malignas y premalignas, tumores y quistes;
- Incisión y drenaje de celulitis;
- Tratamiento de conducto radicular. El pago está sujeto a revisión de necesidad dental y se requirieren radiografías pre y postoperatorias; y extracciones: un solo diente, permanente; un solo diente, primario; dientes supernumerarios; compactación de tejido blando; compactación ósea parcial; compactación ósea completa; extracción quirúrgica de diente erupcionado o punta de raíz residual.

?Qué es la post-estabilización?

Los servicios de atención de post-estabilización son servicios cubiertos por Medicaid que lo mantienen en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia

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

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis a **1-833-742-3127** a y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al **1-833-742-3127**.

— **?Qué hago si estoy fuera del estado?** Si se encuentra fuera de Texas y necesita atención de emergencia, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al **911**. Llámamos al **1-833-742-3127** para obtener asistencia o si tiene preguntas.

— **?Qué hago si estoy fuera del país?** Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

?Qué hago si necesito ver a un especialista?

• Para la mayoría de los servicios de atención médica, su Médico de Atención Primaria será el único al que tendrá que ver. Pero si usted tiene un padecimiento especial, el Médico de Atención Primaria se encargará de que usted vea a un especialista. Este doctor cuenta con la capacitación especial necesaria para atenderlo. En ese caso, el Médico de Atención Primaria le dará una forma (referencia médica) para ir a ver al especialista

• **?Qué es una referencia?** Una referencia es cuando su médico de atención primaria le envía a otro médico para recibir atención. Si su médico de atención primaria considera que necesita atención de un especialista, le referirá a un especialista dentro del plan de El Paso Health. Puede ver a un especialista sin una referencia, pero la mayoría de los especialistas solicitarán una referencia y siempre es mejor discutir la atención que necesita primero con su médico de atención primaria.



(g) No son principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor.

El Paso Health determinará la necesidad médica solo para los Servicios Adicionales de Instalaciones de Enfermería y los Servicios de Atención Aguda. Los Servicios Adicionales de Instalaciones de Enfermería incluyen, entre otros, servicios dentales de emergencia, servicios de rehabilitación ordenados por un médico, sillas de ruedas eléctricas personalizadas y dispositivos de comunicación de audio.

¿Qué es la atención médica rutinaria? La atención médica rutinaria es la atención que incluye exámenes, chequeos, atención preventiva (cuidado preventivo) y asesoramiento para prevenir enfermedades, problemas de salud o enfermedades, que es proporcionada por su médico.

— **¿Cuándo puedo esperar ser atendido?** Para la atención rutinaria, su médico debería verlo dentro de las dos semanas. Llame al número del Médico de Atención Primaria que se encuentra en su tarjeta de identificación de El Paso Health para programar su cita. Es importante que asista a su cita. Si necesita cancelar, llame a su médico con 24 horas de anticipación.

— **¿Se cubren los servicios dentales no emergenciales?**

El Paso Health **no es responsable** de pagar por servicios dentales de rutina proporcionados a miembros de Medicaid.

Sin embargo, El Paso Health **es responsable** de pagar por el tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Atención Médica de Emergencia

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

Padecimiento médico de emergencia significa:

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

(1) poner en grave peligro la salud del paciente;

(2) ocasionar problemas graves en las funciones corporales;

(3) ocasionar disfunción grave de cualquier órgano vital o parte del cuerpo;

(4) sufrir desfiguración grave; o

(5) en el caso de una mujer embarazada, poner en peligro grave la salud de la mujer o del bebé por nacer.

Padecimiento de salud mental de emergencia significa:

Cualquier padecimiento, sin importar la naturaleza o causa del padecimiento, que según la opinión de una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina:

(1) requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; o

(2) hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

Servicios de emergencia y Atención de emergencia significan:

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

• **¿Qué tan pronto me atenderán?** Debería poder ver a un médico de inmediato para atención de emergencia.



Servicios de Valor Añadido		
Restricciones de enfermería STAR+PLUS (Medicaid)		
Programa de regalos	Reciba gratis una manta personal calceñes antideslizantes, una bolsa de mano con accesorios y un reloj digital con letra grande	Disponble una sola vez para nuevos miembros del centro de enfermería si se solicita dentro de los 30 días posteriores a la confirmación de su inscripción.
Servicios adicionales del doctor de los pies (podiatra)	Dos (2) visitas adicionales de rutina al podólogo (podología) cada año.	Se requiere autorización.

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece de El Paso Health?

Nuestras clases de educación sobre la salud han sido preparadas pensando en la salud de su familia. Si usted tiene asma o diabetes, o si usted está embarazada, nuestras enfermeras administradoras de casos con gusto podrán inscribirlos en alguna de nuestras clases. Para recibir información sobre nuestras clases de educación sobre la salud, por favor llame a Servicio al Cliente al **1-833-742-3127**.

Atención Médica y Otros Servicios

¿Qué significa “Médicamente Necesario”? Tanto para Atención Aguda como para Salud Conductual, Médicamente Necesario significa:

(1) Para Miembros de 21 años en adelante, servicios de atención médica no relacionados con la salud conductual que sean:

- (a) Razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o proporcionar detección temprana, intervenciones o tratamientos para condiciones que causan sufrimiento o dolor, deformidad física o limitaciones en la función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, causan enfermedad o invalidez de un Miembro, o ponen en peligro la vida;
- (b) Proporcionados en instalaciones apropiadas y en los niveles de atención apropiados para el tratamiento de las condiciones de salud de un Miembro;
- (c) Consistentes con las pautas y estándares de práctica de la atención médica que son respaldados por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o agencias gubernamentales;
- (d) Consistentes con los diagnósticos de las condiciones;
- (e) No más intrusivos o restrictivos de lo necesario para proporcionar un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficiencia;
- (f) No experimentales o investigativos; y
- (g) No principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor; y

(2) Para Miembros de 21 años en adelante, servicios de salud conductual que:

- (a) Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o dependencia química, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro de la función resultante de dicho trastorno;
- (b) Están de acuerdo con las pautas clínicas aceptadas profesionalmente y los estándares de práctica en la atención de la salud conductual;
- (c) Se prestan en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el que se pueden proporcionar los servicios de manera segura;
- (d) Son el nivel o suministro de servicio más apropiado que se puede proporcionar de manera segura;
- (e) No podrían ser omitidos sin afectar adversamente la salud mental y/o física del Miembro o la calidad de la atención prestada;
- (f) No son experimentales o investigativos; y



Servicios de Valor Añadido		Instalaciones de enfermería STAR+PLUS (Medicaid)		Restricciones aplicables	
Programas de regalos		Los miembros son elegibles para recibir tarjetas de regalo al completar lo siguiente: \$25 de recompensa por visitas preventivas anuales: -Visita de bienestar -Prueba de sangre HbA1C -Examen ocular para diabéticos -Vacunas contra la gripe y el COVID		Las tarjetas de regalo están limitadas a una vez por año por cada servicio preventivo.	
		\$25 de recompensa por exámenes de detección de cáncer: -Examen de detección de cáncer cervical (una vez cada 3 años) -Mamografía (una vez cada 2 años)		Las tarjetas están limitadas a una cada tres años para el examen de cáncer cervical y una cada dos años para la mamografía.	
		\$25 en tarjeta de regalo para miembros que tengan una visita de seguimiento con su médico dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria (una vez al año).		Disponible una sola vez para nuevos miembros del centro de enfermería si se solicita dentro de los 30 días posteriores a la confirmación de su inscripción.	
		Reciba gratis una manta personal calceines antideslizantes, una bolsa de mano con accesorios y un reloj digital con letra grande		Las tarjetas de regalo están limitadas a una vez por año.	
Servicios adicionales del doctor de los pies (podiatra)		Cuatro (4) visitas adicionales de rutina al podólogo (podología) cada año.		Se requiere autorización.	
Incentivos al seguimiento de salud mental		Tarjeta de regalo de \$25 para miembros que completan una visita de seguimiento al médico dentro de los 30 días posteriores al ser dado de alta del hospital por una enfermedad mental.		Límite de una tarjeta de regalo cada 30 días	
Servicios Dentales		Los miembros dual elegibles reciben hasta \$1,000 cada año para revisiones dentales, rayos X, limpiezas, rellenos y extracciones de dientes sencillas para miembros STAR+PLUS que no tienen exención HCB5. Miembros únicamente con Medicaid reciben hasta \$600 cada año para revisiones dentales, rayos X y limpiezas (no extracciones) para miembros.		Este servicio adicional está disponible una vez cada 12 meses para miembros del Centro de Enfermería con doble elegibilidad. Se requiere autorización.	
Servicios de Salud y Bienestar		Subsidio de \$2,000 para aparatos auditivos, cada dos años.		Se requiere autorización.	
		\$25 de subsidio para servicios de aseo personal o estilista cada trimestre.		Los \$25 deben usarse dentro del mismo trimestre.	



— **¿Cómo puedo obtener estos servicios?** Su proveedor de atención primaria puede ayudarlo a obtener estos servicios. Si tiene preguntas sobre su atención aguda, llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios.

— **¿A qué número llamo para obtener información sobre estos servicios?** Llame al **877-742-3127**.

¿Qué servicios aún puedo obtener a través de Medicaid regular pero que no están cubiertos por El Paso Health?

— Evaluación y Revisión de Residentes Previa a la Admisión (PASRR) - PASRR es un requisito federal para ayudar a determinar si una persona no está colocada inadecuadamente en un hogar de ancianos para cuidado a largo plazo.

— Cuidados Paliativos

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados? Solo para personas sin doble cobertura

La mayoría de los medicamentos recetados por su médico serán pagados por Medicaid. Su médico enviará su receta a la instalación de enfermería y ellos se la entregarán según lo recetado. (Si tiene beneficios de medicamentos recetados de Medicare, su plan de Medicare pagará por sus recetas)

¿Qué beneficios adicionales puedo recibir como Miembro del Plan de El Paso Health?

¿Cómo puedo obtener estos beneficios? Siga las pautas del plan con respecto a los beneficios adicionales. Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios si tiene preguntas o necesita ayuda para obtener estos beneficios.

Servicios de Valor Añadido		Restricciones de enfermería STAR+PLUS (Medicaid)		Restricciones aplicables	
Servicios Dentales		Hasta \$600 por año para chequeos dentales, radiografías y limpiezas para miembros que no reciben servicios a través de la exención HCBS.		Este servicio adicional está disponible una vez cada 12 meses para miembros de STAR+PLUS del Centro de Enfermería (NF) Medicaid que no participen en la exención HCBS. Se requiere autorización.	
Servicios adicionales de la vista		\$125 para actualizaciones de marcos, lentes o lentes de contacto cada dos años.		Válido cada dos años. Se requiere receta médica válida.	
Servicios de Cortes de Cabello y de Cuidado Personal		\$25 para cortes de cabello o servicios de cuidado personal cada tres meses.		Los \$25 deben usarse dentro del mismo trimestre.	



centro de enfermería te proporcionará tu atención a largo plazo. El Paso Health cubre la atención diaria, los servicios de la instalación de enfermería, los servicios adicionales y el copago de Medicare por los servicios de atención diaria. Los servicios de atención diaria incluyen: habitación y pensión; suministros y equipos médicos; artículos de necesidad personal; medicamentos de venta libre.

¿Cómo cambiarían mis beneficios si me mudara a la comunidad? En lugar de los beneficios de un centro de enfermería, recibiría Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTS) basados en la comunidad. El tipo de beneficios que podrá recibir dependerá de su categoría de elegibilidad para Medicaid. Las tres categorías de elegibilidad basadas en las necesidades son:

1. Otros Cuidados Comunitarios (OCC): beneficios básicos
 2. Elección Comunitaria Primero (CFC): beneficios de nivel intermedio
 3. Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) Exención STAR+PLUS (SPW): beneficios de alto nivel para miembros con necesidades médicas complejas.
- Cuanto más alto sea su nivel de elegibilidad basado en tus necesidades, es posible que pueda recibir más beneficios. Su coordinador de servicios puede ayudarle a determinar cuáles son sus necesidades y qué beneficios puede recibir.

¿Cuáles son mis beneficios de cuidados intensivos?

- Servicios de ambulancia de emergencia y no emergencia
- Servicios de audiología, incluidos los audífonos
- Servicios de salud mental hospitalarios y ambulatorios
- Servicios de asesoramiento
- Servicios de rehabilitación de salud mental
- Servicios de tratamiento ambulatorio para trastornos por uso de sustancias
- Tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas
- Servicios de parto proporcionados por un médico o una partera certificada en un centro de parto con licencia
- Servicios de parto proporcionados por un centro de parto con licencia
- Detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer
- Servicios quirioprácticos
- Diálisis
- Servicios de emergencia
- Planificación familiar
- Servicios de centros de salud calificados federalmente y otros servicios ambulatorios cubiertos por centros de salud calificados federalmente
- Servicios hospitalarios y ambulatorios
- Mastectomía, reconstrucción mamaria y procedimientos de seguimiento relacionados, incluidos todos los servicios hospitalarios, ambulatorios y de consultorio para el tratamiento del cáncer de mama, la prevención y los procedimientos durante todas las etapas del tratamiento y la reconstrucción
- Gestión de casos dirigida a la salud mental
- Medicamentos y productos biológicos ambulatorios, incluidos los dispensados por una farmacia o administrados por un proveedor
- Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno hospitalario
- Podiatría
- Atención prenatal
- Servicios preventivos, incluidos exámenes de salud anuales
- Radiología, imágenes y radiografías
- Servicios de especialistas
- Telemedicina
- Trasplante de órganos y tejidos



INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

Planes de incentivos para doctores

Un plan de incentivos para médicos recompensa a los doctores por tratamientos que son rentables para las personas cubiertas por Medicaid. En este momento, El Paso Health no tiene un plan de incentivos para médicos.

Cambiar el Plan de Salud

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de STAR, STAR Kids o STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera.

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

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

¿Puede El Paso Health pedir que me den de baja del plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Es posible que usted tenga que abandonar el plan de El Paso Health si:

- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación del plan de El Paso Health;
- Permite que otra persona use su tarjeta de Medicaid "Your Texas Benefits";
- No sigue las recomendaciones del doctor;
- Acude una y otra vez a la sala de emergencias sin tener una verdadera emergencia;
- Causa problemas en el consultorio del doctor; o,
- Causa problemas al doctor cuando éste trata de ayudarle a usted o a otra persona.

Si hay algún cambio en el plan de salud, le enviaremos una carta..

Beneficios

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica? El Paso Health le proporciona beneficios de cuidados intensivos como visitas al médico, hospitalizaciones, servicios de salud conductual y recetas médicas. Su centro de enfermería proporcionará atención diaria y servicios adicionales. Si tienes tanto Medicaid como Medicaid, tu plan de Medicaid cubrirá tu atención aguda.

¿Cómo obtengo estos servicios? Su centro de enfermería proporcionará sus beneficios de centro de enfermería y trabajará en conjunto con tu médico para ayudarte a obtener los cuidados intensivos. Su Coordinador de Servicios también puede ayudarte a obtener la atención que necesita.

¿Existen límites para alguno de los servicios cubiertos? Algunos servicios tienen límites o necesitan autorización. Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios para obtener información sobre límites o autorizaciones.

¿Qué son los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)? Los servicios y apoyos a largo plazo son beneficios diseñados para ayudarle a realizar tareas diarias para cuidar de usted mismo, como preparar comidas, limpieza ligera, cuidado personal y cuidados de enfermería especializados. Los tipos y la cantidad de beneficios de LTSS que puede recibir dependerán de sus necesidades.

¿Cuáles son mis beneficios de LTSS en una Instalación de Enfermería? Si su médico ha certificado que tiene una condición médica que requiere que reciba atención en un centro de enfermería, el



- Ver su historial de vacunas
- Ver los medicamentos recetados
- Elegir si da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental

Para acceder al portal, visite www.YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en **Entrar al sistema**.
- Introduzca su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta haga clic en **Crear una cuenta**.
- Haga clic en **Maneje su cuenta o sus aplicaciones**.
- Vaya a la sección "Enlaces rápidos".
- Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP**.
- Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponibles**.

Nota: El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo de los beneficiarios actuales. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

Médicos de Atención Primaria

- **¿Qué es un Médico de Atención Primaria?** Un proveedor de atención primaria es el médico principal que usted verá para la mayoría de sus necesidades de atención médica y será su hogar médico. Esto significa que él/ella lo conocerá, conocerá su historial médico y lo ayudará a obtener la atención que necesita. Su médico lo referirá a especialistas, hospitales y otros proveedores de atención médica si es necesario. Su médico de atención primaria debe estar inscrito en El Paso Health y debió haber sido elegido cuando usted se inscribió en nuestro plan. Si no eligió uno, se le asignará uno.

- **¿Me asignarán un Médico de Atención Primaria si tengo Medicare?** Si tiene Medicare, consulte el Documento de Evidencia de Cobertura del plan de Medicare para obtener información sobre Proveedores de Atención Primaria, si se necesita uno, cómo elegir uno y cómo cambiar su médico.
- **¿Cómo puede ver a su Médico de Atención Primaria si él/ella no visita su centro de enfermería?** Su centro de enfermería debe proporcionarle transporte para sus citas médicas.
- **¿Cómo puede cambiar su Médico de Atención Primaria?** Llame a Servicios para Miembros si desea cambiar su médico. Puede encontrar una lista de proveedores en nuestro sitio web www.elpasohealth.com o en el directorio de proveedores que se le envió por correo cuando se inscribió en El Paso Health.

Nota: Para los miembros de STAR+PLUS que están cubiertos por Medicare, no se asignará ningún Médico de Atención Primaria.

¿Qué es el Programa Lock-in de Medicaid?

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede que le asignen al Programa Lock-in. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicaid. Sus beneficios de Medicaid no cambian. Cambiar a una MCO (Organización de atención administrada) diferente no cambiará su estado en el programa.

Para evitar que lo pongan en el Programa Lock-in de Medicaid:

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

Para más información, llame a El Paso Health al **1-833-742-3127**.



Recuerde presentar su tarjeta de Medicaid "Sus Beneficios de Texas" y la tarjeta de identificación del Plan de El Paso Health cuando visite al doctor o reciba cualquier otro servicio médico.

Si pierde la tarjeta o no la recibe, llame de inmediato al teléfono de Servicio al Cliente del Plan de Salud de El Paso Health. Llame al **1-833-742-3127** para recibir una nueva tarjeta de identificación.

SU TARJETA YOUR TEXAS BENEFITS (YTB) DE MEDICAID

Cuando alguien es aceptado en el programa Medicaid, recibe la tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta habitual de Medicaid. Debe llevarla consigo debidamente protegida, tal y como lo hace con la licencia de manejar o las tarjetas de crédito. Cuando usted vaya a una cita médica, el consultorio puede usar la tarjeta para verificar que usted es beneficiario de Medicaid.

Recibirá una sola tarjeta; solo en caso de que la pierda o se la roben recibirá una nueva. Si pierde su tarjeta de Medicaid o se la roban, puede obtener una nueva llamando sin costo al **1-800-252-8263**, o pedir e imprimir una tarjeta temporal por internet en **www.YourTexasBenefits.com**. Si no está seguro de tener cobertura de Medicaid, llame sin costo al **1-800-252-8263** para informarse. También puede llamar al **2-1-1**. Seleccione un idioma primero y después oprima el 2.

Su información de salud consta de una lista de los servicios médicos y medicamentos que usted ha recibido a través de Medicaid. Compartimos esa información con los médicos de Medicaid para ayudarles a decidir qué tipo de atención médica necesita. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame sin costo al **1-800-252-8263**, o bien, visite **www.YourTexasBenefits.com** y elija no compartir su información de salud.

La tarjeta YTB de Medicaid tiene estos datos impresos en el frente:

- Su nombre y número de identificación de Medicaid
- La fecha en que se le envió la tarjeta
- El nombre del programa de Medicaid en el que está inscrito si recibe:

— Medicare (QMB, QMIB)

— Programa Healthy Texas Women's (HTW)

— Atención para pacientes terminales

— Programa STAR Health

— Medicaid de Emergencia, o

— Presunción de derecho a beneficios (PE) para mujeres embarazadas

- Los datos que la farmacia necesita para enviar el cobro a Medicaid

- Si está en el programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in), el nombre de su médico y farmacia

En el reverso de la tarjeta aparecen la dirección web (**www.YourTexasBenefits.com**) y e número gratuito **1-800-252-8263**, recursos que puede usar si tiene preguntas sobre su nueva tarjeta YTB de Medicaid. Si no tiene su tarjeta consigo, el médico, el dentista o la farmacia pueden verificar por teléfono o en línea que usted es beneficiario de Medicaid.

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

Puede usar el portal para beneficiarios de Medicaid para hacer todo lo siguiente (tanto para usted como para otra persona a cuya información médica o dental tenga acceso):

- Ver, imprimir o pedir una tarjeta nueva de YTB de Medicaid
- Ver sus planes de seguro médico y dental
- Ver los detalles de sus beneficios
- Ver las alertas de STAR y STAR Kids de Pasos Sanos de Texas
- Ver las alertas públicas
- Ver los diagnósticos y tratamientos



Tarjeta de identificación de El Paso Health

Cuando se convierte en miembro de El Paso Health, usted recibirá una tarjeta de identificación de El Paso Health. Esta tarjeta tiene información importante sobre usted y el nombre y teléfono de su Médico de Atención Primaria. Lleve su tarjeta de identificación y su tarjeta de Medicaid "Sus Beneficios de Texas" en todo momento. Hay que presentar ambos documentos cuando reciba atención médica o compre medicinas.

 El Paso Health HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.	 TEXAS Health and Human Services	 STAR+PLUS Your Health Plan. A Your Choice.
Name: Navitus: 1-877-908-6023		
ID: RXBIN: 610602		
Primary Care Provider RXPCN: MCD		
Name: RXGRP: EPH		
Phone: Service Coordinator/		
Effective Date: 1-833-742-3127		
1-833-742-3127 ElPasoHealth.com		

Member Services: 1-833-742-3127
Available 24 hours a day/ 7 days a week
Nurse Hotline: 1-844-549-2826
Available 24 hours a day/ 7 days a week
Behavioral Health: 1-877-377-2950
Available 24 hours a day/ 7 days a week
In case of an emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.
Servicios para Miembros: 1-833-742-3127
Disponible 24 horas al día/ 7 días de la semana
Línea de enfermería: 1-844-549-2826
Disponible 24 horas al día/ 7 días de la semana
Servicios de Salud del Comportamiento: 1-877-377-2950
Disponible 24 horas al día/ 7 días de la semana
En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después del tratamiento, llame a su PCP dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

Usted no recibirá cada mes una nueva tarjeta de identificación de El Paso Health. El Paso Health le envía una tarjeta nueva cuando:

- Usted cambia de Médico de Atención Primaria
- Cambia la dirección o el teléfono del Médico de Atención Primaria
- Usted cambia de dirección o de teléfono
- Si pierde la tarjeta de identificación, tendrá que pedir una nueva. Llame al teléfono de Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-833-742-3127**.

Su tarjeta de identificación de El Paso Health tiene la siguiente información:

- Nombre del plan de salud – El Paso Health
- Nombre del Miembro – Su nombre
- Número de Miembro – Su número de identificación de Medicaid
- DOB – su fecha de nacimiento
- Nombre, dirección y teléfono de su Médico de Atención Primaria: la información de su Médico de Atención Primaria. Debe llamar a su Médico de Atención Primaria para todas sus necesidades médicas.
- El reverso de la tarjeta de identificación tiene información importante para usted y su Médico de Atención Primaria. No olvide llamar al Médico de Atención Primaria antes de ir al especialista. También tiene información sobre el teléfono de los Servicios para la Salud Mental y Abuso de Sustancias: **1-877-377-2950**. Puede llamar a este número las 24 horas del día si tiene alguna pregunta o algún problema relacionado con la salud mental y el abuso de sustancias (como el alcohol o las drogas) y también le información acerca de que hacer en caso de una emergencia. Asegúrese de leer el reverso de la tarjeta ya que contiene. Tiene información importante que usarán su Médico de Atención Primaria y otros proveedores médicos.

También hay algunos teléfonos importantes al frente de la tarjeta de identificación. El teléfono de Servicio al Cliente (**1-833-742-3127**) – Puede llamar a este número de teléfono las 24 horas del día si tiene alguna pregunta o algún problema relacionado con el Plan de El Paso Health o de El Paso Health. Llame a este teléfono si quiere cambiar al Médico de Atención Primaria.



Servicio de contestación después de horas hábiles

Aunque llame después del horario de oficina, fines de semana o días feriados, El Paso Health contestará su llamada. Tenemos personal bilingüe trabajando por la noche que puede darle la información que necesita o tomar un recado para que alguien de nuestro Departamento de Servicio al Cliente le llame al próximo día laboral. Nuestro teléfono es el **1-833-742-3127**.

Servicios de Salud Mental

El Paso Health también cuenta con servicios de salud mental. Estos servicios son para problemas emocionales, de alcohol y de drogas. Si usted necesita ayuda para obtener estos servicios, o tiene alguna emergencia o crisis, por favor llame a nuestra línea directa de crisis, las 24 horas del día, 7 días de la semana al **1-877-377-2950** o llame al **911**. un representante capacitado, con fluidez en inglés y español estará disponible para ayudarle. Los servicios de intérprete también estarán disponibles. No necesita una referencia para obtener servicios de salud mental.

AVISO ACERCA DEL NÚMERO DE TELÉFONO GRATUITO PARA PRESENTAR UNA QUEJA PARA SOMETER UNA QUEJA ACERCA DE UN HOSPITAL PSQUIÁTRICO PRIVADO, DE CENTRO TRATAMIENTO PARA LA DEPENDENCIA QUÍMICA, DE SERVICIOS PSQUIÁTRICOS O DE DEPENDENCIA QUÍMICA EN UN HOSPITAL GENERAL, LLAME AL: 1-800-832-9623

Su queja será referida a la agencia estatal que regula los hospitales o centros de tratamiento para la dependencia química.

Servicios de intérprete

Puede obtener los servicios de intérprete por medio del Departamento de Servicio al Cliente. Llame al **1-833-742-3127**.

Línea Gratuita TDD para personas con problemas auditivos (información sobre la disponibilidad en la Coordinación de Servicios (STAR+PLUS))

Para las personas con problemas auditivos marque **711** (TDD) Transporte.

Otros números telefónicos de utilidad:

- Línea de Enfermería las 24 horas (First Call): **1-844-549-2826**.
- Para preguntas sobre los Servicios de Cuidado de la vista, llame al **1-833-742-3127**.
- Línea de Ayuda del Programa STAR+ PLUS: **1-800-964-2777**.
- Para información sobre farmacias, llame a El Paso Health al **1-833-742-3127**.
- Para preguntas sobre Servicios Dentales, llame a:
— Liberty Dental **1-866-975-2435**
- Equipo de Asistencia de Ombudsmen para la Gestión de Atención Médica: **1-866-566-8989**.
- Para encontrar ayuda en Texas, llame al **2-1-1**.



Números Telefónicos e Información Importante

Nuestra dirección

EL PASO HEALTH

1145 Westmoreland Dr.

El Paso, Texas 79925

1-833-742-3127

Lunes a viernes durante horas hábiles de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Tiempo de la Montaña, a excepción de los días festivos estatales. El horario de trabajo de centro de atención es de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

El servicio al cliente:

Nuestro personal de Servicio al Cliente cuenta con personas altamente capacitadas y entrenadas que hablan inglés y español con fluidez. Usted puede llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al teléfono **1-833-742-3127**.

El Manual para los Miembros estará disponible en audio, en letra grande, en braille y en otros idiomas. Por favor, comuníquese con Servicio al Cliente si necesita que se le proporcione en alguno de estos formatos.

Nuestro Departamento de Servicio al Cliente puede:

- Explicarle cuales servicios cuentan con cobertura y ayudarle a recibir los servicios que usted necesita.
- Ayudarle a escoger un Médico de Atención Primaria para su hijo(a) si no cuenta con uno.
- Ayudarle a encontrar un doctor para su hijo(a) cerca de su domicilio.
- Ayudarle a cambiar el Médico de Atención Primaria de su hijo(a).
- Mandarle tarjetas de identificación nuevas.
- Informarle que hacer en caso de que se mueva fuera del área de cobertura.
- Transferir a nuestros miembros al 211 para que hagan cambio de dirección o número de teléfono.
- Explicarle como obtener los servicios de transporte.
- Fungir como su defensor y escuchar sus quejas y preocupaciones y hacer algo al respecto.
- Dejarle saber que hacer en caso de una emergencia.
- También puede marcar al 1-833-742-3127 para saber más sobre la Coordinación de Servicios.

!Manténgase conectado con la aplicación móvil de El Paso Health!

La aplicación de El Paso Health es segura y conveniente. Le puede ayudar a administrar su información de atención médica. usted puede crear una cuenta gratuita que le permitirá:

- Ver o imprimir una identificación temporal
- Ver información de Elegibilidad
- Buscar un proveedor
- Solicitar un cambio de proveedor
- Ver información sobre la salud
- Ver autorizaciones
- Ver reclamos
- Hacer preguntas

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?

Llame al 911 o valla a el hospital más cercano, o a una instalación de emergencia si usted cree que necesita cuidado de emergencia. usted puede llamar al 911 para pedir ayuda y que lo transporten a la sala de emergencia. Si recibe servicios de emergencia, usted debe llamar a su doctor y programar una cita de seguimiento lo más pronto posible. Recuerde llamar a El Paso Health al **1-833-742-3127** y díganos acerca de la emergencia que usted o su hijo/a recibieron. El Paso Health define una emergencia como una situación donde usted o su hijo/a tiene alguna condición médica grave, y al no recibir atención médica de inmediato, podría ser una amenaza para la vida de usted o su hijo/a.



MANUAL PARA LOS MIEMBROS

Introducción a el programa STAR+PLUS de El Paso Health

El Paso Health se complace en darle la bienvenida a nuestra familia de El Paso Health. Su hijo(a) recibirá beneficios y servicios que cuentan con cobertura de Health. Su hijo(a) recibirá beneficios y servicios que cuentan con cobertura de doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica que forman parte de la red de proveedores de El Paso Health. El Paso Health y el Programa STAR+PLUS de El Paso Health trabaja junto con usted para satisfacer sus necesidades médicas y las de su familia. El Paso Health es una asociación para la conservación de la salud que ofrece servicios a personas que cuentan con los requisitos del plan de salud. El Paso Health ofrecerá o se encargará de que los servicios que cuentan con cobertura estén disponible para los miembros que se inscriban en el plan de salud.

AVISO A LOS MIEMBROS

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito **1-833-742-3127** de 8 A.M. a 5 P.M. horario de la montaña, de lunes a viernes. Para TTY, marque **711**. Podemos proporcionar una interpretación escrita u oral de los servicios brindados. Llámenos sin cargo al **1-833-742-3127** para asistencia técnica y servicios, incluyendo material en otro formato.



14	¿QUÉ ES LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS?
14	¿Qué hará un Coordinador de Servicios por mí?
14	¿Cómo puedo hablar con un Coordinador de Servicios?
15	¿QUÉ SERVICIOS DE TRANSPORTE OFRECE EL PASO HEALTH?
15	Servicios de Transporte para Residentes de Centros de Enfermería.
15	¿Cómo puedo obtener este servicio?
15	¿CÓMO OBTENGO LOS SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA VISTA?
15	¿QUÉ HAGO SI NECESITO ATENCIÓN DE UN DOCTOR GINECÓLOGO OBSTETRA?
16	¿QUÉ HAGO SI ESTOY DEMASIADO ENFERMO PARA PODER TOMAR DECISIONES SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA?
16	¿Que es una Directiva Anticipada?
17	¿QUÉ PASA SI PIERDO MI COBERTURA DE MEDICAID?
17	¿QUÉ SUCEDE SI RECIBO UNA FACTURA DE MI CENTRO DE ENFERMERÍA?
17	¿Qué es el ingreso aplicado?
17	¿Cuáles son mis responsabilidades?
17	¿PUEDE MI PROVEEDOR DE MEDICARE FACTURARME POR SERVICIOS O SUMINISTROS SI ESTOY EN MEDICARE Y MEDICAID?
17	¿QUÉ TENGO QUE HACER SI CAMBIO DE DOMICILIO?
17	MEDICAID Y EL SEGURO PERSONAL
18	DERECHOS Y RESPONSABILIDADES
18	DERECHOS DEL MIEMBRO:
19	RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:
20	QUEJAS
20	PROCESO DE APELACIÓN
21	¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?
21	APELACIÓN EXPEDITA MCO
22	AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL
22	¿Puedo solicitar una Audiencia Imparcial Estatal?
23	¿Puedo solicitar una audiencia imparcial estatal de emergencia?
23	Revisión Médica Externa
24	¿Puedo solicitar una revisión médica externa de emergencia?
24	¿Cómo puedo denunciar sospechas de abuso, negligencia o explotación?
24	Denunciar Abuso, Negligencia y Explotación
25	INFORMACIÓN SOBRE EL FRAUDE
25	FRAUDE Y ABUSO
25	¿Desea denunciar algún mal manejo, abuso o fraude?
26	INFORMACIÓN QUE TIENE QUE ESTAR DISPONIBLE ANUALMENTE



TABLA DE CONTENIDOS

6	INTRODUCCIÓN A EL PROGRAMA STAR+PLUS DE EL PASO HEALTH
1	NÚMEROS TELEFÓNICOS E INFORMACIÓN IMPORTANTE
1	Nuestra dirección
1	El servicio al cliente:
1	!Manténgase conectado con la aplicación móvil de El Paso Health!
1	?Qué debo hacer en caso de una emergencia?
2	Servicio de contestación después de horas hábiles
2	Servicios de Salud Mental
2	Servicios de intérprete
2	Otros números telefónicos de utilidad:
3	TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE EL PASO HEALTH
4	Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid
4	EL PORTAL DE YOURTEXASBENEFITS.COM PARA BENEFICIARIOS DE MEDICAID
5	MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
5	?QUÉ ES EL PROGRAMA LOCK-IN DE MEDICAID?
6	INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE INCENTIVOS PARA DOCTORES
6	Planes de incentivos para doctores
6	CAMBIAR EL PLAN DE SALUD
6	?Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?
6	?Puede El Paso Health pedir que me den de baja del plan de salud (por incumplimiento, etc.)?
8	BENEFICIOS
8	?Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados? Solo para personas sin doble cobertura
8	?Qué beneficios adicionales puedo recibir como Miembro del Plan de El Paso Health?
8	?CÓMO PUEDO OBTENER ESTOS BENEFICIOS?
8	SERVICIOS ADICIONALES
9	?Qué clases de educación sobre la salud ofrece de El Paso Health?
9	?Qué significa "Médicamente Necesario"?
10	?Qué es la atención médica rutinaria?
10	?QUÉ ES LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA?
10	Atención Médica de Emergencia
11	Padecimiento médico de emergencia significa:
11	Padecimiento de salud mental de emergencia significa:
11	Servicios de emergencia y Atención de emergencia significan:
11	?Están Cubiertos los Servicios Dentales de Emergencia?
12	?QUÉ HAGO SI NECESITO VER A UN ESPECIALISTA?
13	?CÓMO OBTENGO MIS MEDICAMENTOS?
14	?CÓMO OBTENGO SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

Servicios de Valor Añadido de El Paso Health STAR+PLUS 2025-26

Instalaciones de enfermería	En casa			
	Solo Medicaid	Dual	Solo Medicaid	Dual
✓	✓	N/A	N/A	N/A

Kit de Cuidado
Reciba gratis una manta personal, calcetines antideslizantes, una bolsa de mano con accesorios y un reloj digital con letra grande.



✓	✓	✓	✓	N/A
---	---	---	---	-----

Repelente de plagas
Repelente de plagas (enchufable) para los miembros con asma o EPOC que están inscritos en el Programa de Control del Asma de El Paso Health.



✓	✓	✓	✓	N/A
---	---	---	---	-----

Funda de almohada hipoalérgica
Una funda de almohada hipoalérgica para los miembros con asma o EPOC que surtan una nueva receta y sean inscritos en el Programa de Control del Asma de El Paso Health.



✓	✓	✓	✓	N/A
---	---	---	---	-----

Ayuda para GED para discapacidad intelectual/desarrollo
Los afiliados que reúnan los requisitos recibirán apoyo para la preparación del Diploma de Equivalencia General por sus siglas en inglés, GED, ayuda para encontrar centros de examen y un vale para los gastos del examen. Solo una vez por afiliado.



✓	✓	✓	✓	N/A
---	---	---	---	-----

Ayuda adicional para mujeres embarazadas
Las mujeres embarazadas pueden recibir:
• Un asiento de seguridad para auto convertible gratuito luego de asistir a una fiesta de regalos para bebés de El Paso Health.
• Una fiesta de regalos para bebés de First Steps, que incluye una pañalera, un suministro de pañales y otros artículos para bebé.
Tarjetas de regalo por acudir a las consultas prenatales y después de la confirmación de su asistencia a las consultas para:
• \$25 - Visita prenatal en el primer trimestre o en los 42 días siguientes a la inscripción.
• \$25 - Tercera visita prenatal.
• \$25 - Sexta visita prenatal.
• \$25 - Novena consulta prenatal.
• \$25 - Una consulta posparto a tiempo 7 a 84 días después del parto.
Miembros embarazadas de STAR+PLUS de 21 años o más deben recibir cuatro servicios adicionales de asesoramiento nutricional/planificación de comidas para recibir una tarjeta de regalo de \$25 para artículos relacionados con alimentos saludables.



✓	✓	✓	✓	N/A
---	---	---	---	-----

Servicios de Cortes de Cabello y de Cuidado Personal
\$25 para cortes de cabello o servicios de cuidado personal cada tres meses.



✓	✓	✓	✓	N/A
---	---	---	---	-----

Incentivos al seguimiento de salud mental
Tarjeta de regalo de \$25 para miembros que completan una visita de seguimiento al médico dentro de los 30 días posteriores al ser dado de alta del hospital por una enfermedad mental. Límite de una tarjeta de regalo cada 30 días.



✓	✓	✓	✓	N/A
---	---	---	---	-----

Programas de regalos
Los miembros son elegibles para recibir una tarjeta de regalo de \$25 como agradecimiento de El Paso Health por completar los siguientes –
Servicios Preventivos:
• Tarjeta de regalo de \$25 para miembros después de completar un examen anual de bienestar cada año.
• Tarjeta de regalo de \$25 para miembros que reciben una vacuna anual contra la gripe y la vacuna contra el COVID-19.
• Tarjeta de regalo de \$25 para miembros después de completar un análisis de sangre HbA1c cada año.
• Tarjeta de regalo de \$25 para miembros después de completar un examen de la vista para diabéticos cada año.
• Tarjeta de regalo de \$25 para miembros que tengan una visita de seguimiento al médico dentro de los 30 días posteriores al ser dado de alta del hospital una vez al año.
Exámenes de detección de cáncer:
• Tarjeta de regalo de \$25 para miembros que son mujeres de entre 21 y 64 años que se realicen una prueba de detección de cáncer de cuello uterino (una vez cada 3 años)
• Tarjeta de regalo de \$25 para miembros que son mujeres de entre 50 a 74 años se realicen al menos una mamografía para detectar cáncer de mama. (una vez cada 2 años)



Pueden aplicarse restricciones y limitaciones.

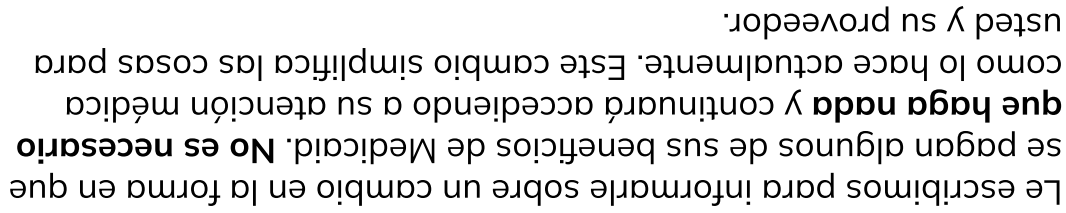


Servicios de Valor Añadido de El Paso Health STAR+PLUS 2025-26

Instalaciones de enfermería	Solo Medicaid	Dual	Solo Medicaid	Dual	En casa
	N/A	N/A	✓	✓	Un servicio de transporte gratuito para ayudarle a llegar a citas, clases de educación sobre la salud, ubicaciones de asistencia en Determinantes Sociales de la Salud o reuniones del Grupo Asesor de Miembros que no están cubiertas por el beneficio NEMT.
	✓	✓	✓	✓	Los miembros dual elegibles reciben hasta \$1,000 cada año para revisiones dentales, rayos X, limpiezas, rellenos y extracciones de dientes sencillas para miembros STAR+PLUS que no tienen exención HCBS. Miembros únicamente con Medicaid reciben hasta \$600 cada año para revisiones dentales, rayos X y limpiezas (no extracciones) para miembros.
	N/A	✓	N/A	✓	\$125 para actualizaciones de marcos, lentes o lentes de contacto cada dos años.
	✓	✓	✓	✓	Visitas adicionales de rutina al podólogo (podología) cada año.
	N/A	N/A	✓	✓	Beneficios de medicamentos de venta libre / Servicios públicos Hasta \$160 una vez al año: una tarjeta de regalo de \$40 cada tres meses para asistencia de servicios públicos medicamentos de venta libre y otros suministros médicos o relacionados con la salud que no sean cubiertos por Medicaid, con previa solicitud.
	N/A	N/A	✓	✓	Servicios de Respuesta a Emergencias (ERS) Servicios de respuesta de emergencia para miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS de 21 años o más.
	N/A	N/A	✓	✓	Visitas en el hogar Hasta 20 horas adicionales de servicios de cuidado de relevo para miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS de 21 años o más.
	✓	N/A	✓	N/A	Servicios de Asignación 2,000 para aparatos auditivo cada dos años.
	N/A	N/A	✓	✓	Programa Healthy Eats Los miembros puede participar en el Programa de Comida Saludable y recibir una tarjeta de regalo de \$50 cada trimestre para obtener comida nutritiva. • Únicamente Medicaid: Miembro no dual diabético • Dual: Miembros de la exención que no son HCBS y que son diabéticos
	N/A	N/A	✓	✓	Comidas a domicilio Hasta 14 comidas saludables entregadas en su hogar después de ser dado de alta de un hospital o centro de enfermería para miembros de STAR+PLUS sin exención HCBS.
	N/A	N/A	✓	✓	Panificación de Comidas Cuatro servicios adicionales de asesoramiento nutricional/planificación de comidas para miembros diabéticos de STAR+PLUS sin exención HCBS.
	N/A	N/A	✓	✓	Programa de ejercicio y bienestar Los miembros de STAR+PLUS pueden elegir entre el programa Get Fit de El Paso Health en el YMCA.

Pueden aplicarse restricciones y limitaciones.





No necesita hacer nada. El Paso Health le informará a su proveedor qué hacer.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con El Paso Health al 877-742-3127.

877-742-3127.





El Paso Health



Manual del Miembro de Centros de Enfermería STAR+PLUS

1-833-742-3127



EPHSPM10482507

9/2025