

CORRECCIÓN DE ERRATAS DEL MANUAL PARA MIEMBROS DE FIRSTCARE DE JUNIO DE 2022

Derechos y responsabilidades de los miembros ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos de los miembros:

1. Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad y no discriminación. Esto incluye el derecho a:
 - (a) Ser tratado de manera justa y respetuosa.
 - (b) Saber que sus expedientes médicos y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán con carácter privado y confidencial.
2. Usted tiene derecho a tener una oportunidad razonable de elegir un plan de atención médica y un proveedor de atención primaria. Este será el médico o proveedor de atención médica que verá la mayor parte del tiempo y quien coordinará su cuidado. Usted tiene derecho a cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente fácil. Esto incluye el derecho a:
 - (a) Recibir información sobre cómo elegir y cambiar su plan de salud y su proveedor de atención primaria.
 - (b) Elegir cualquier plan de salud que desee y que esté disponible en su área, y elegir un proveedor de atención primaria de ese plan.
 - (c) Cambiar su proveedor de atención primaria.
 - (d) Cambiar su plan de salud sin recibir una penalización.
 - (e) Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de atención primaria.
3. Usted tiene derecho a hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho a:
 - (a) Pedirle a su proveedor que le explique sus necesidades de atención médica y que le informe sobre las diferentes formas en que pueden tratarse sus problemas de atención médica.
 - (b) Ser informado de por qué se le negaron y no se le brindó cierta atención o ciertos servicios.
4. Usted tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento y a participar activamente en las decisiones de tratamiento. Esto incluye el derecho a:
 - (a) Trabajar como parte de un equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es mejor para usted.
 - (b) Aceptar o rechazar la atención recomendada por su proveedor.
5. Usted tiene derecho a utilizar cada procedimiento de quejas y apelaciones disponible a través de la organización de cuidado administrado y a través de Medicaid, y a obtener una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales ante el Estado. Esto incluye el derecho a:
 - (a) Presentar una queja a su plan de salud o al programa estatal de Medicaid sobre su atención médica, su proveedor o su plan de salud.
 - (b) Obtener una respuesta oportuna a su queja.
 - (c) Usar el procedimiento de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
 - (d) Solicitar una revisión médica externa y audiencia imparcial ante el Estado del programa estatal de Medicaid y obtener información sobre cómo funciona ese procedimiento.
 - (e) Solicitar una audiencia imparcial del estado sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese procedimiento.
6. Usted tiene derecho a recibir acceso oportuno a una atención médica que no presente ninguna

barrera de comunicación o acceso físico. Esto incluye el derecho a:

- (a) Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener cualquier atención de emergencia o urgente que necesite.
 - (b) Obtener atención médica de manera oportuna.
 - (c) Poder entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto incluye el acceso sin barreras para personas con discapacidades u otras condiciones que limiten la movilidad, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
 - (d) Tener intérpretes, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y cuando hable con su plan de salud. Los intérpretes incluyen personas que hablan su idioma nativo, asisten a personas con discapacidad y ayudan a comprender la información.
 - (e) Recibir información que pueda comprender sobre las reglas de su plan de salud, lo cual incluye los servicios de atención médica que puede obtener y cómo obtenerlos.
7. Usted tiene derecho a no ser restringido o aislado cuando sea para conveniencia de otra persona, o para obligarlo a hacer algo que no quiere hacer o para castigarlo.
 8. Usted tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y demás personas que lo atienden pueden aconsejarle acerca de su estado de salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que ellos le faciliten esta información, aún cuando la atención o tratamiento no sean servicios cubiertos.
 9. Usted tiene derecho a saber que no es responsable de pagar por los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros no pueden exigirle que haga copagos o cualquier otro monto por los servicios cubiertos.
 10. Usted tiene derecho a obtener información y hacer recomendaciones sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de FirstCare.

Responsabilidades de los miembros:

1. Usted debe conocer y comprender cada derecho que tiene dentro del programa de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - (a) Conocer y comprender sus derechos dentro del programa de Medicaid.
 - (b) Hacer preguntas si no entiende sus derechos.
 - (c) Conocer las opciones de planes de salud disponibles en su área.
2. Usted debe cumplir las políticas y procedimientos del plan de salud y de Medicaid. Eso incluye la responsabilidad de:
 - (a) Conocer y seguir las reglas del plan de salud y las reglas de Medicaid.
 - (b) Elegir rápidamente su plan de salud y un proveedor de atención primaria.
 - (c) Realizar cualquier cambio en su plan de salud y cambio de proveedor de atención primaria según las formas establecidas por Medicaid y por el plan de salud.
 - (d) Asistir a sus citas programadas.
 - (e) Cancelar las citas por adelantado cuando no pueda asistir.
 - (f) Ponerse siempre en contacto con su proveedor de atención primaria antes de tratar necesidades médicas que no sean urgentes.
 - (g) Asegurarse de contar con la aprobación de su proveedor de atención primaria antes de visitar a un especialista.
 - (h) Comprender cuándo debe y cuándo no debe ir a la sala de emergencias.
3. Usted debe compartir información sobre su salud con su proveedor de atención primaria y conocer las opciones de servicios y tratamientos. Eso incluye la responsabilidad de:
 - (a) Informar a su proveedor de atención primaria sobre su salud.

- (b) Hablar con su proveedor sobre sus necesidades de atención médica y hacerle preguntas sobre las diferentes formas en que pueden tratarse sus problemas de atención médica.
- (c) Ayudar a sus proveedores a obtener sus expedientes médicos.
- 4. Usted debe involucrarse en las decisiones relacionadas con servicios y opciones de tratamiento, debe tomar decisiones personales y debe tomar medidas para mantenerse saludable. Eso incluye la responsabilidad de:
 - (a) Trabajar como parte de un equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es mejor para usted.
 - (b) Comprender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud.
 - (c) Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
 - (d) Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
 - (e) Hablar con su proveedor sobre todos sus medicamentos.
 - (f) Seguir los planes e instrucciones de cuidado.

Quejas y apelaciones

Quejas

¿Qué debo hacer si tengo una queja?

Nosotros queremos ayudarle. Si tiene una queja, por favor llámenos sin cargo al 1-800-431-7798 (TTY 7-1-1) para contarnos su problema. Un representante de Servicios para Miembros puede ayudarle a presentar su queja. Simplemente llame al 1-800-431-7798. La mayoría de las veces, podremos ayudarle de inmediato o a lo sumo en unos pocos días.

FirstCare le notificará que la ha recibido, la investigará y la resolverá dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que la haya recibido.

¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja?

Usted puede presentar una queja en cualquier momento. La queja puede realizarse por teléfono o en forma escrita:

FirstCare Health Plans
Attn: Complaints & Appeals
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502
Fax: 806-784-4319

También puede presentar una queja en myFirstCare Self-Service ingresando a my.FirstCare.com:

- Inicie sesión en el portal
- Elija "Send a Message" (Enviar un mensaje) en el "Message Center" (Centro de Mensajes)
- Seleccione "Complaint" (Reclamación) en "Message Type" (Tipo de mensaje)
- Ingrese su queja y envíela

Una vez que recibamos su queja, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando para resolver el problema. Esta carta se enviará por correo dentro de los cinco días hábiles posteriores a la presentación de su queja.

¿Cuánto demorarán en procesar mi queja? ¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja?

Le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión. Recibirá esta carta dentro de los 30 días

siguientes a haber presentado su queja.

Si usted tiene una queja sobre una emergencia o internación en el hospital en curso, la resolveremos tan pronto como podamos en función de la urgencia de su caso y en el plazo de un (1) día hábil a partir del momento en que recibamos su queja.

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?

Si no está satisfecho con la resolución de FirstCare, puede presentar una queja ante la Oficina del Defensor en la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC).

¿Cómo presentar una queja ante la HHSC?

Una vez que haya seguido el procedimiento de quejas de FirstCare, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando sin cargo al 1-800-431-7798, (TTY 7-1-1), de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m., hora del centro. Si usted desea presentar su queja por escrito, por favor envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247
Fax: 888-780-8099

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su queja a través del sitio web hhs.texas.gov/managed-care-help. Para obtener más información, vea el volante en la página 71.

Apelaciones

Determinaciones de cobertura

Todas las denegaciones de servicios son decididas por uno o más Directores Médicos de FirstCare, luego de evaluar los datos médicos proporcionados por su proveedor. Toda persona que toma decisiones con respecto a servicios lo hace únicamente en función de la idoneidad de la atención y los servicios. No se otorgan recompensas a partir de la revisión o denegación de los servicios. FirstCare no ofrece dinero ni recompensas a los proveedores u otras personas que toman decisiones sobre los servicios.

¿Qué debo hacer si mi médico me receta un servicio o medicamento cubierto, pero FirstCare lo rechaza o lo limita?

FirstCare STAR le enviará una carta acerca del procedimiento respecto a un servicio cubierto solicitado por su médico. Una apelación es un proceso en el que se solicita una revisión del procedimiento legal. Si usted no está de acuerdo con el procedimiento legal, tiene derecho a solicitar una apelación. Un procedimiento legal significa la denegación o la aprobación limitada del servicio, e incluye lo siguiente:

- La denegación del pago total o parcial de un servicio.
- Suspendió un servicio que usted cree necesario;
- La denegación de un tipo de servicio.
- La reducción o finalización de un servicio previamente autorizado.

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una apelación?

Usted dispone de sesenta (60) días desde la fecha en que recibe la carta de denegación para enviarnos una apelación. Usted o su proveedor pueden apelar verbalmente o por escrito.

Le enviaremos una carta dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de su apelación, para informarle que la hemos recibido. Puede enviarnos prueba, o afirmaciones de hecho o leyes que respalden su apelación, en persona o por escrito.

Completaremos la revisión de la apelación estándar dentro de los treinta (30) días posteriores a su solicitud.

Si el período será mayor, lo notificaremos por teléfono y luego por notificación escrita de la razón para la demora (a menos que usted haya solicitado el aplazamiento) dentro de los dos (2) días calendario. El período se extiende hasta 14 días. Si necesitamos más información, nos comunicaremos con su médico.

Si desea apelar la denegación de un servicio que no es un beneficio cubierto, tendrá que presentar una queja ante el Estado. Para informarse sobre cómo presentar una queja ante el estado, consulte la sección anterior sobre procedimientos de queja.

¿Cómo puedo solicitar la continuación de los actuales servicios autorizados?

Si está recibiendo servicios que están siendo dados por terminados, suspendidos o reducidos, debe presentar una apelación a más tardar:

- 10 días después de que FirstCare le haya enviado por correo la notificación del procedimiento legal (usando como referencia la fecha del estampillado postal), o bien
- En la fecha de la entrada en vigencia del procedimiento legal para dar por finalizado, suspendido o reducido el servicio
- Si ya está recibiendo servicios, puede solicitar su continuación hasta tanto usted obtenga el resultado de su apelación. Si se confirma la decisión, es posible que usted deba pagar los servicios

¿Es necesario presentar mi solicitud por escrito?

Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-800-431-7798 (TTY 7-1-1) para informarnos que desea apelar un procedimiento. También puede presentar su apelación por escrito. Si necesita ayuda, FirstCare puede ayudarle a redactar su apelación. Su apelación por escrito debe ser enviada por correo a:

FirstCare Health Plans
Attn: Complaints & Appeals
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502 Fax: 806-784-4319

¿Cómo puedo saber si los servicios han sido rechazados?

Cada apelación se investiga de inmediato. Usted o su representante y su médico recibirán una carta en la cual le explicarán la decisión final de nuestra revisión interna dentro de los 30 días calendario posteriores a su solicitud.

Si su apelación se rechaza, en la carta se le explicará la razón por la cual fue rechazada y se le informará cómo apelar al siguiente nivel.

¿Puede un representante de FirstCare ayudarme a presentar una apelación?

Sí. Llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-800-431-7798.

Apelaciones aceleradas

¿Qué es una apelación de emergencia?

La apelación de emergencia se realiza cuando el plan de salud debe tomar una decisión rápida debido a una condición de salud, si el tiempo que demora una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Si necesita ayuda, no dude en llamar a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-800-431-7798 (TTY 7-1-1).

¿Es necesario presentar mi solicitud por escrito?

Puede solicitar una apelación de emergencia por teléfono o por escrito.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Si su apelación de emergencia se refiere a una emergencia en curso o a la denegación para permanecer en el hospital, FirstCare revisará su caso y se comunicará con usted en el plazo de un (1) día hábil a partir de la recepción de su solicitud. Otras apelaciones de emergencia se decidirán en un plazo no mayor a 72 horas. El procedimiento de apelación puede extenderse hasta 14 días calendario si usted lo solicita. También si FirstCare demuestra que una extensión es necesaria y que sería mejor para usted. Si el procedimiento de apelación de emergencia se extiende, usted recibirá una carta.

¿Qué debo hacer si FirstCare rechaza mi pedido de apelación de emergencia?

Si FirstCare decide que no necesitamos tomar una decisión acelerada en función de la condición su salud, le comunicaremos esta decisión de inmediato. Igualmente, la apelación se evaluará y la decisión podría demorar hasta 30 (treinta) días.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia?

El Servicio al Cliente de FirstCare puede ayudarlo con su apelación. Llame sin cargo al Servicio al Cliente de FirstCare -al 1-800-431-7798 (TTY 7-1-1).

Audiencia Imparcial Ante El Estado

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial ante el Estado?

Si como miembro del plan de salud, usted no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, tiene derecho a pedir una audiencia imparcial del estado. Usted puede nombrar a una persona para que lo represente escribiendo una carta a DHP para informarle el nombre de esa persona. Su proveedor también puede actuar como su representante. Si quiere objetar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial del estado dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta en la que el plan de salud indica su decisión de apelación interna. Si usted no pide la audiencia dentro de esos 120 días, es posible que pierda su derecho a solicitarla. Para solicitar una audiencia imparcial del estado, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud a la siguiente dirección:

FirstCare Health Plans
Attn: Complaints & Appeals
MS A4 144
1206 West Campus Drive
Temple, Texas 76502
1-800-431-7798

O llame al **1-800-431-7798**.

Usted tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que su plan de salud haya rechazado o reducido, por lo menos hasta que se tome la decisión final en la audiencia, para lo cual debe solicitar una audiencia imparcial del estado antes de la última de las siguientes fechas: (1) 10 días calendario luego de la fecha en

que el plan de salud envió por correo la carta de decisión de apelación interna, o (2) la fecha en que la carta de decisión de apelación interna de su plan de salud dice que su servicio será reducido o finalizado. Si usted no solicita una audiencia imparcial del estado antes de esa fecha, el servicio que el plan de salud denegó será suspendido. Si usted solicita una audiencia imparcial ante el Estado, recibirá un paquete de información donde le indicarán la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales ante el Estado se realizan por teléfono. En ese momento, usted o su representante podrán explicar por qué usted necesita el servicio que el plan de salud rechazó.

La HHSC dictará una decisión final dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de solicitud de la audiencia.

¿Puedo solicitar una audiencia imparcial de emergencia ante el Estado?

Si considera que esperar una audiencia imparcial ante el Estado pondría en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, conservar o recuperar su máxima funcionalidad, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial ante el Estado escribiendo o llamando a FirstCare. A fin de calificar para una audiencia imparcial ante el Estado ante la HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones interno de FirstCare.

Información Sobre La Revisión Médica Externa

¿Un miembro puede solicitar una Revisión Médica Externa?

Si como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan de salud, el Miembro tiene derecho a pedir una revisión médica externa. Una Revisión Médica Externa es un paso extra opcional que el miembro puede tomar para que su caso sea revisado antes de que ocurra la audiencia imparcial del estado. El miembro puede nombrar a un representante comunicándose con el plan de salud y dando el nombre de la persona que el miembro quiere que le represente. Un proveedor puede ser el representante del miembro. El miembro o su representante deben solicitar la revisión médica externa dentro de los 120 días desde la fecha en que el plan de salud le envía por correo una carta con la decisión de apelación interna. Si el miembro no solicita una revisión médica externa dentro de los 120 días, este puede perder su derecho a dicha revisión. Para solicitar una revisión médica externa, el miembro o el representante del miembro pueden:

- Complete el “Formulario de solicitud de revisión médica externa y audiencia imparcial ante el Estado” que se adjunta a la carta de Aviso para miembro de decisión de apelación interna de MCO y envíelo por correo o por fax a FirstCare, a la dirección o al número de fax indicado en la parte superior del formulario;
- Llame a la organización de cuidado administrado (MCO) al 1-800-431-7798;
- Envíe un correo electrónico a la MCO a Complaints@BSWhealth.org;

Si el miembro solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días de la fecha en que el miembro reciba la decisión de la apelación del plan de salud, el miembro tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud deniegue, basándose en los servicios autorizados previamente, al menos hasta que se tome la decisión de la Audiencia Imparcial del Estado. Si el miembro no solicita una revisión médica externa dentro de los 10 días del momento en que el miembro recibe la decisión de apelación del plan de salud, el servicio que el plan de salud denegó será interrumpido.

El miembro puede retirar su solicitud de una 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 conduce una revisión médica externa durante los procesos de apelación de miembros relacionados con determinaciones adversas de beneficios basadas en una necesidad funcional o médica. No puede retirarse una revisión médica externa si una organización de revisión independiente ya completó la revisión y tomó una decisión.

Una vez que se reciba la decisión de Revisión Médica Externa, el miembro tiene derecho a retirar la solicitud de una Audiencia Imparcial del Estado. Si el miembro continúa con la Audiencia Imparcial del Estado, este también puede solicitar que la Organización de Revisión Independiente esté presente en la Audiencia Imparcial del Estado. El miembro puede realizar ambas solicitudes contactando al MCO del miembro a:

FirstCare Health Plans
Attn: Complaints & Appeals
MS A4 144
1206 West Campus Drive
Temple, Texas 76502
1-800-431-7798

o al Equipo de Admisión de la HHSC en EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us.

Si el miembro continúa con una Audiencia Imparcial del Estado y la decisión de dicha audiencia es diferente a la decisión de la Organización de Revisión Independiente, la decisión final es la de la Audiencia Imparcial del Estado. La decisión de la Audiencia Imparcial del Estado solo puede mantener o aumentar los beneficios del miembro de la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

¿Puedo solicitar una Revisión Médica Externa de emergencia?

Si considera que esperar una revisión médica externa estándar pondría en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, conservar o recuperar su máxima funcionalidad, usted, su madre o padre, o su representante legalmente autorizado pueden solicitar una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial de emergencia ante el Estado escribiendo o llamando a FirstCare. A fin de calificar para una revisión médica externa de emergencia o una audiencia imparcial de emergencia ante el Estado ante la HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones interno de FirstCare.