**DOCUMENT HISTORY LOG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STATUS1** | **DOCUMENT**  **REVISION2** | **EFFECTIVE**  **DATE** | **DESCRIPTION3** |
| Baseline | 2.0 | March 1, 2015 | Initial version Uniform Managed Care Manual, Chapter 3.30 “Medicaid Managed Care Nursing Facility Member Handbook Critical Elements” |
| Revision | 2.1 | November 1, 2016 | Version 2.2 applies to contracts issued as a result of HHSC RFP numbers 529-10-0020, 529-12-0002, and 529-13-0042.  Section II. is modified to clarify the date to be used.  Section III. C. is modified to change “Medicaid Managed Care Helpline” to “Ombudsman Managed Care Assistance Team” and to update the phone numbers.  Section III. D. is modified to change "Your Texas Benefits Medicaid Card" to "Your Texas Benefits (YTB) Medicaid ID Card".  Section III. I. "Healthcare and Other Services" is modified to add language regarding the end of NorthSTAR in the Dallas Service Area.  Section III. N. “Reporting Abuse, Neglect, and Exploitation” is added and all subsequent subsections are re-lettered.  Section IV. is modified to clarify the date to be used.  Attachment A "Your Texas Benefits Medicaid Card" is renamed "Your Texas Benefits (YTB) Medicaid ID Card" and to add language regarding the YTB website.  Attachment O "Where do I find a family planning services provider?" is modified to update the URL.  Attachment BB “Reporting Abuse, Neglect, or Exploitation (ANE)” is added and subsequent attachments are re-lettered. |
| Revision | 2.2 | February 1, 2019 | General Instructions is modified to reflect the name change from Consumer Information Tool Kit to HHS Brand Guide and add hyperlink to the HHS Brand Guide. |
| Revision | 2.3 | February 22, 2019 | Attachment A “Your Texas Benefits Medicaid Card” is modified  to update the phone number for a lost or stolen card, available  card information, and member portal functions and access.  Attachment Y “Complaints” is modified to update the MCCO Research and Resolution address. |
| Revision | 2.4 | September 1, 2019 | Administrative change made as follows:  Attachment Y “Complaints” is modified to change the complaint address and email address for Members to send written complaints to the Ombudsman Managed Care Assistance Team effective September 1, 2019. |
| Revision | 2.4.1 | October 15, 2019 | Accessibility approved version. |
| Revision | 2.5 | September 18, 2020 | Attachment A “Your Texas Benefits (YTB) Medicaid ID Card” is modified to remove information regarding the magnetic strip on the card and the reference to ID, add the language on consent management previously removed, update terminology to change “pharmacy” to “drug store,” and update portal access information. |
| Revision | 2.6 | May 1, 2022 | ‘General Instructions’ added explaining the use of terms ‘emergency’ and ‘expedited’ throughout the chapter.  Section II(K)(L) modified to add External Medical Review language.  Attachment AA: Revised timeframe guidelines to match policy and language revisions for clarity.  Attachment DD: Added External Medical Review and State Fair Hearing language.  Attachment EE added to include External Medical Review information. |
| Revision | 2.7 | May 2, 2022 | Spanish Language Update. |
| Revision | 2.8 | May 3, 2022 | Administrative Update – Language deleted from Attachment EE (both English and Spanish versions) that reads: “Go in-person to a local HHSC office”. |
| Revision | 2.9 | July 17, 2023 | Attachment EE is modified to remove the language that the Member may request an IRO be present at the State Fair Hearing.  Attachment EE is modified to clarify who the Member must contact for a State Fair Hearing withdrawal. |

**1** Status should be represented as “Baseline” for initial issuances, “Revision” for changes to the Baseline version, and “Cancellation” for withdrawn versions.

2  Revisions should be numbered according to the version of the issuance and sequential numbering of the revision—e.g., “1.2” refers to the first version of the document and the second revision.

3 Brief description of the changes to the document made in the revision

**Applicability of Chapter 3.30**

This chapter, and its requirements, applies to Medicaid Managed Care Organizations (MCOs) participating in the STAR+PLUS Program.

**GENERAL INSTRUCTIONS TO MCO**

As used in this chapter, “emergency appeal” and “emergency state fair hearing” have the same meaning as “Expedited MCO Internal Appeal” or “Expedited State Fair Hearing,” respectively.

The Nursing Facility (NF) Member Handbook may not be combined with the STAR+PLUS Member Handbook.

The NF Member Handbook must be written at or below a 6th grade reading level in English and in Spanish. Additionally, the NF Member Handbook must be written in the languages of other Major Population Groups if directed by HHSC. The handbook must also be written using the style and preferred terms of the HHS Brand Guide which can be found at [https://hhs.texas.gov/sites/default/files//documents/doing-business-with-hhs/vendor-contract-information/hhs-brand-guide.pdf](https://hhs.texas.gov/sites/default/files/documents/doing-business-with-hhs/vendor-contract-information/hhs-brand-guide.pdf)

This table is to be completed and attached to the NF Member Handbook when submitted for approval. Include the page number of the location for each required critical element.

The following items must be included in the handbook but not necessarily in this order (unless specified):

| **Required Critical Elements** | **Page Number** |
| --- | --- |
| **I. FRONT COVER** |  |
| The front cover must include, at a minimum: |  |
| * MCO name |  |
| * MCO logo |  |
| * Program logo (STAR+PLUS) |  |
| * The words “STAR+PLUS NURSING FACILITY MEMBER HANDBOOK” |  |
| * Member Services Hotline number |  |
| * Month/year of the first available distribution date for the handbook (may be placed on front or back cover) |  |
| **II. CONTENTS** |  |
| **A. Table of Contents** |  |
| The NF Member Handbook must include a table of contents. |  |
| **B. Introduction** |  |
| This must include information about the MCO's health plan (benefits and eligibility information). The MCO must inform the Member that Member Services is available to provide help. In addition, the MCO must explain that the NF Member Handbook is available in audio, larger print, Braille, other language, etc., when a Member requests it or when the MCO identifies a Member who needs it. (This information should be located within the first three pages of the NF Member Handbook.) |  |
| **C. Phone Numbers** |  |
| The following information should be located within the first three pages of the NF Member Handbook. |  |
| * Toll-Free Member Services Line. Information must include the following explanations: |  |
| * Regular business hours (8 a.m. to 5 p.m. local time for Service Area, Monday through Friday, excluding state-approved holidays) |  |
| * + For after-hours and weekend coverage, an answering service or other similar mechanism, that allows callers to obtain information from a live person, must be used |  |
| * Member Services Line. Information must include the following: |  |
| * + How to access all covered services – including what to do in an emergency or crisis |  |
| * + Availability of information in English and Spanish |  |
| * + Availability of interpreter services through Member Services line |  |
| * + TTY Line for deaf and hard of hearing |  |
| * + Information on availability of Service Coordination |  |
| * Behavioral Health and Substance Abuse Services Line. Information must include the following: |  |
| * + 24 hours a day, 7 days a week, toll-free number |  |
| * + How to access services – including what to do in an emergency or crisis |  |
| * + Availability of information in English and Spanish |  |
| * + Availability of interpreter services |  |
| * + Other Important Health Plan Quick Reference Phone Numbers and what they are used for (these are a minimum and MCO must include all applicable items below; MCO may also want to include phone numbers unique to its plan): |  |
| * Nurse Line |  |
| * Eye care |  |
| * Ombudsman Managed Care Assistance Team 1-866-566-8989 |  |
| * STAR+PLUS Program Help Line |  |
| * Dental Contractors |  |
| * Non-emergency ambulance transportation |  |
| **D. Member Identification (ID) Cards** |  |
| * + Information about (insert MCO name) ID card, including |  |
| * + Sample ID card |  |
| * + How to read it |  |
| * + How to use it |  |
| * + How to replace it if lost |  |
| * Information about Your Texas Benefits (YTB) Medicaid ID Card. (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment A***.) |  |
| * Information about temporary verification form - Form 1027-A (how to use it). |  |
| **E. Primary Care Providers** |  |
| The following questions must be included and answered in the handbook: |  |
| * What is a Primary Care Provider? |  |
| * Will I be assigned a Primary Care Provider if I have Medicare? |  |
| * How do I see my Primary Care Provider if s/he does not visit my nursing home? |  |
| * How can I change my Primary Care Provider? |  |
| * When will my Primary Care Provider change become effective? |  |
| * What is the Medicaid Lock-in Program? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment B****)* |  |
| **Note**: For STAR+PLUS Members who are covered by Medicare, no Primary Care Provider will be assigned |  |
| **F. Physician Incentive Plan Information** (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment C****)* |  |
| **G. Changing Health Plans** |  |
| The following questions must be included and answered in the handbook: |  |
| * What if I want to change health plans? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment D****)* |  |
| * Who do I call? |  |
| * How many times can I change health plans? |  |
| * When will my health plan change become effective? |  |
| * Can (insert MCO name) ask that I get dropped from their health plan (for non-compliance, etc.)? |  |
| **H. Benefits** |  |
| The following questions must be included and answered in the handbook: |  |
| * What are my health care benefits? |  |
| * + How do I get these services? |  |
| * + Are there any limits to any covered services? |  |
| * What are Long-Term Services and Supports (LTSS)? |  |
| * + What are my Nursing Facility LTSS benefits? |  |
| * How would my benefits change if I moved into the community? |  |
| * What are my Acute Care benefits? |  |
| * + How do I get these services? |  |
| * What number do I call to find out about these services? |  |
| * What services can I still get through regular Medicaid but are not covered by (insert MCO name)? |  |
| * + 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 |  |
| * + Behavioral Health (BH) services in Dallas Service Area |  |
| * What are my prescription drug benefits?   Non-Duals Only |  |
| * What extra benefits do I get as a Member of (insert MCO name)? |  |
| * + How can I get these benefits? |  |
| * What health education classes does (insert MCO name) offer? |  |
| **I. Health Care and Other Services** |  |
| The following questions must be included and answered in the handbook: |  |
| * What does Medically Necessary mean? Both Acute Care and Behavioral Health (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment E****)* |  |
| * What is routine medical care? |  |
| * + How soon can I expect to be seen? |  |
| * + Are non-emergency dental services covered? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment F****)* |  |
| * What is emergency medical care? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment G****)* |  |
| * How soon can I expect to be seen? |  |
| * Do I need a prior authorization? |  |
| * Are Emergency Dental Services Covered? (MCO will use HHSC’s provided language- ***Attachment H****)* |  |
| * What is post stabilization? (MCO will use state provided language – ***Attachment I****)* |  |
| * What if I get sick when I am out of the facility/or traveling out of town? (MCO will use HHSC’s provided language- ***Attachment J****)* |  |
| * + What if I am out of the state? |  |
| * + What if I am out of the country? (MCO will use HHSC’s provided language- ***Attachment K****)* |  |
| * What if I need to see a special doctor (specialist)? |  |
| * + What is a referral? |  |
| * + How soon can I expect to be seen by a specialist? |  |
| * What services do not need a referral? |  |
| * + How can I ask for a second opinion? |  |
| * + How do I get help if I have behavioral health issues, mental health, alcohol, or drug problems? (This question applies to all STAR+PLUS MCOs. ***Attachment L*** is HHSC’s required language for the MCOs in the Dallas Service Area only. However, Attachment L should no longer be used beginning January 1, 2017. Effective January 1, 2017, NorthSTAR will be discontinued and MCOs in the Dallas Service Area will be responsible for Medicaid Behavioral Health Services consistent with all other Service Areas.) |  |
| * + Do I need a referral? |  |
| * + What are mental health rehabilitation services and mental health targeted case management? |  |
| * + - How do I get these services? |  |
| * + How do I get my medications? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment M****)* |  |
| * + What if I also have Medicare? |  |
| * + What if I go to a drug store not in the network? |  |
| * + What do I bring with me to the drug store? |  |
| * + What if I need my medications delivered to me? |  |
| * + Who do I call if I have problems getting my medications? |  |
| * + What if I can’t get the medication my doctor ordered approved? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment N****)* |  |
| * + What if I lose my medication(s)? |  |
| * How do I get family planning services? **(**MCOs that do not provide family planning must submit alternative language for HHSC’s approval.) |  |
| * + Do I need a referral for this? |  |
| * + Where do I find a family planning services provider? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment O****)* |  |
| * + - * + What is Service Coordination? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment P****)* |  |
| * + What will a Service Coordinator do for me? |  |
| * + How can I talk with a Service Coordinator? |  |
| **Note:** Include information and phone number for Service Coordination |  |
| * + - * + What transportation services does the [insert MCO name] provide? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment Q****)* |  |
| * + What services are offered? |  |
| * + Who do I call for a ride to a medical appointment? |  |
| * + - * + How do I get eye care services? |  |
| * + - * + Can someone interpret for me when I talk with my doctor? |  |
| * + Who do I call for an interpreter? |  |
| * + How far in advance do I need to call? |  |
| * + How can I get a face-to-face interpreter in the provider’s office? |  |
| * + - * + What if I need OB/GYN care? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment R****)* |  |
| * + Do I have the right to choose an OB/GYN? |  |
| * + How do I choose an OB/GYN? |  |
| * + If I do not choose an OB/GYN, do I have direct access? |  |
| * + Will I need a referral? |  |
| * + How soon can I be seen after contacting my OB/GYN for an appointment? (Accessing requirements for perinatal care is within 2 weeks of request.) |  |
| * + Can I stay with my OB/GYN if they are not with (insert MCO name)? |  |
| * + - * + What if I am too sick to make a decision about my medical care? |  |
| What are advance directives? |  |
| How do I get an advance directive? |  |
| * + - * + What happens if I lose my Medicaid coverage? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment S****)* |  |
| * + - * + What if I get a bill from my Nursing Facility? |  |
| Who do I call? |  |
| What information will they need?  What is Applied Income, and what are my responsibilities? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment T****)* |  |
| * + - * + Can my Medicare provider bill me for services or supplies if I am in both Medicare and Medicaid? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment U***) |  |
| * + - * + What do I have to do if I move? (MCO will use HHSC’s provided language (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment V****)* |  |
| * + - * + What if I have other health insurance in addition to Medicaid? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment W****)* |  |
| * + - * + What are my rights and responsibilities? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment X****)* |  |
| **J. Complaint Process** |  |
| The following questions must be included and answered in the handbook: |  |
| * + - * + What should I do if I have a Complaint? (Optional HHSC provided language – ***Attachment Y****)* |  |
| * + Who do I call? (Include at least one toll-free telephone number) |  |
| * + Can someone from (insert MCO name) help me file a Complaint? |  |
| * + How long will it take to process my Complaint? |  |
| * + What are the requirements and timeframes for filing a Complaint? |  |
| * + Information on how to file a Complaint with HHSC, once I have gone through the (insert MCO name) Complaint process. |  |
| **K. Appeal Process** |  |
| The following questions must be included and answered in the handbook: |  |
| * What can I do if my doctor asks for a service or medicine for me that’s covered but (insert MCO name) denies it or limits it? |  |
| * How will I find out if services are denied? |  |
| * + Timeframes for the Appeals process – the MCO 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 the MCO shows that there is a need for more information and how the delay is in the Member’s interest. If the MCO needs to extend, the Member must receive written notice of the reason for delay. |  |
| * + When does a Member have the right to ask for an Appeal – include option for the request of an Appeal for denial of payment for services in whole or in part. |  |
| * + Include notification to Member that in order to ensure continuity of current authorized services, the Member must file the Appeal on or before the later of: 10 Days following the MCO’s mailing of the notice of the Action or the intended effective date of the proposed Action.   + Appeals must be accepted orally or in writing. |  |
| * + Can someone from (MCO name) help me file an Appeal?   + Member’s option to request an External Medical Review and State Fair Hearing no later than 120 days after the date the MCO mails the appeal decision notice.   + Member’s option to request only a State Fair Hearing no later than 120 Days after the MCO mails the appeal decision notice. |  |
|  |  |
|  |  |
| **L. Expedited MCO Appeal** |  |
| The following questions must be included and answered in the handbook: |  |
| * + - * + What is an emergency Appeal? (MCO will use HHSC’s provided language **– *Attachment Z****)* |  |
| * + - * + How do I ask for an emergency Appeal? |  |
| * + - * + Does my request have to be in writing? (must be accepted orally or in writing) |  |
| * + - * + What are the timeframes for an emergency appeal? |  |
| * + - * + What happens if the MCO denies the request for an emergency Appeal? |  |
| * + - * + Who can help me file an emergency Appeal?   . |  |
| **M. State Fair Hearing** (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment AA****)* |  |
| **N. External Medical Review (MCO will use HHSC’s provided language – Attachment EE.** |  |
| **O. Reporting Abuse, Neglect, and Exploitation** |  |
| How do I report suspected abuse, neglect, or exploitation? (MCO will use HHSC's provided language – ***Attachment BB***.) |  |
| **P. Fraud Information** |  |
| The following question must be included and answered in the handbook: |  |
| * + - * + Do you want to report Waste, Abuse, or Fraud? (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment CC****)* |  |
| **Q. Information That Must Be Available on an Annual Basis** (MCO will use HHSC’s provided language – ***Attachment DD****)* |  |
| **III. Back Cover** |  |
| Month and year of the first available distribution date for the handbook can be on the front or back cover. |  |

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT A

## 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.YourTexas Benefits.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.

## Su tarjeta Your Texas Benefits (YTB) de Medicaid

Cuando usted o su hijo obtengan la aprobación para Medicaid, recibirán una tarjeta YTB de Medicaid. Esta tarjeta de plástico será su tarjeta de Medicaid para todos los días. Debe llevarla consigo, debidamente resguardada, tal y como se hace con la licencia de manejar o una tarjeta de crédito. Cuando usted vaya a una cita médica, el médico puede usar la tarjeta para saber si usted es beneficiario de Medicaid.

Se le dará una sola tarjeta, y solo en caso de que la pierda o se la roben, recibirá una nueva tarjeta. Si pierde su tarjeta de Medicaid o se la roban, puede obtener una nueva llamando a la línea gratuita 800-252-8263, o a través de internet puede solicitar o imprimir una tarjeta temporal en www.YourTexasBenefits.com.

Si no está seguro de si tiene cobertura de Medicaid, puede averiguarlo llamando al número gratuito 800-252-8263. También puede llamar al 2-1-1. Primero, seleccione el idioma y después oprima el 2.

El expediente con la información sobre su salud es una lista de los servicios médicos y los medicamentos que usted ha obtenido a través de Medicaid. Compartimos esa información con los médicos de Medicaid para ayudarles a decidir qué tipo de atención médica necesita usted. Si no desea que sus médicos vean su información médica y dental a través de la red segura en línea, llame a la línea gratuita 800-252-8263 o bien visite el sitio www.YourTexasBenefits.com y elija no compartir la 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 a usted la tarjeta.
* El nombre del programa en el que está inscrito, si recibe:
  + Medicare (QMB, MQMB)
  + Programa Healthy Texas Women (HTW)
  + Atención para pacientes terminales
  + Programa STAR Health
  + Atención de emergencia de Medicaid, o bien
  + Servicios para mujeres embarazadas con presunción de derecho a beneficios (PE)
* Los datos que su farmacia necesitará para facturarle a Medicaid.
* Si está en el programa de proveedor único de Medicaid (Medicaid Lock-in), el nombre de su médico y de su farmacia.

Puede visitar el sitio web que aparece en el dorso de la tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid (www.YourTexasBenefits.com) o llamar al número gratuito que se incluye (800-252-8263), si tiene preguntas sobre la nueva tarjeta.

Si usted olvida su tarjeta, el médico, el dentista o la farmacia pueden asegurarse, ya sea por teléfono o por Internet, de que usted reciba los beneficios de Medicaid.

## El portal del beneficiario de YourTexasBenefits.com de Medicaid

El portal del beneficiario de Medicaid le permite realizar lo siguiente a cualquier persona que participe en su caso:

* Ver, imprimir y solicitar una tarjeta Your Texas Benefits de Medicaid
* Ver los planes de seguro médico y dental del beneficiario
* Ver la información relacionada con los beneficios que recibe
* Ver las alertas de Pasos Sanos de Texas
* Ver las alertas emitidas al público
* Ver diagnósticos y tratamientos
* Ver historial de vacunas
* Ver los medicamentos recetados
* Elegir si el beneficiario da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental disponible

Acceda al portal en: www.YourTexasBenefits.com.

* Haga clic en **Entrar al sistema**.
* Introduzca su nombre de usuario y la contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una cuenta nueva**.
* Haga clic en **Maneje su cuenta o sus aplicaciones**.
* Entre a la sección “Rápido acceso”.
* Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP**.
* Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponibles**.

**NOTA:** El portal YourTexasBenefits.com de Medicaid para beneficiarios ofrece información únicamente a los beneficiarios inscritos. Los representantes legalmente autorizados tienen acceso a los datos de cualquier persona que participe en su caso.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT B

## 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 [insert MCO name].

## ¿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 diferente no cambiará su estado en el programa.

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

* Escoja 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, [insert MCO name].

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT C

## Physician Incentive Plans Planes de incentivos para doctores

**If the MCO offers a physician incentive plan that rewards providers, including nursing facilities, for providing services to Members in the most cost-effective manner:**

#### (Insert name of MCO) rewards doctors for treatments that are cost-effective for people covered by Medicaid. You have the right to know if your primary care provider (main doctor) is part of this physician incentive plan. You also have a right to know how the plan works. You can call (insert toll-free telephone number) to learn more about this.

#### (Insert name of MCO) premia a los doctores cuyos tratamientos reducen o limitan los servicios prestados a las personas cubiertas por Medicaid. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de cuidado primario (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al (insert toll-free telephone number) para más información.

**If the MCO does not offer a physician incentive plan that rewards providers, including nursing facilities, for providing services to Members in the most cost-effective manner:**

###### A physician incentive plan rewards doctors for treatments that are cost-effective for people covered by Medicaid. Right now, (insert name of MCO) does not have a physician incentive plan.

###### Un plan de incentivos para doctores premia a los doctores cuyos tratamientos reducen o limitan los servicios prestados a las personas cubiertas por Medicaid. En este momento, (insert name of MCO) no tiene un plan de incentivos para doctores.

OPTIONAL LANGUAGE

# ATTACHMENT D

## 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.

## ¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Puede cambiar su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda de STAR+PLUS de Texas al 1-800-964-2777. Usted puede cambiar su plan de salud siempre que quiera, pero no más de una vez al mes.

Si está en el hospital, un centro de tratamiento residencial para trastornos por uso de sustancias (SUD), o centro residencial de desintoxicación para SUD, no puede cambiar de plan de salud hasta que lo den de alta.

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.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT E

## Medically Necessary means:

(1) For Members age 21 and over, non-behavioral health related health care servicesthat 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.

[Insert MCO name] 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.

## Médicamente necesario significa:

(1) Para los miembros mayores de 20 años, servicios no relacionados con la salud mental y abuso de sustancias que:

(a) son razonables y necesarios para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor o sufrimiento, para prevenir enfermedades que causen deformaciones del cuerpo o que limiten el movimiento, que causen o empeoren una discapacidad, que provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del miembro;

(b) se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;

(c) cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;

(d) son acordes con el diagnóstico del padecimiento;

(e) son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;

(f) no son experimentales ni de estudio; Y

(g) no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y

(2) Para miembros mayores de 20 años, servicios de salud mental y abuso de sustancias que:

(a) son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;

(b) cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;

(c) se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro;

(d) se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;

(e) no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;

(f) no son experimentales ni de estudio; Y

(g) no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

[Insert MCO name] solo determinará la necesidad médica de servicios adicionales de centros para convalecientes y servicios de atención de casos agudos. Los servicios adicionales de centros para convalecientes son, entre otros, servicios dentales de emergencia, servicios de rehabilitación ordenados por un doctor, sillas de ruedas eléctricas personalizadas y aparatos de comunicación por audio.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT F

## Are non-emergency dental services covered?

(Insert MCO’s name) is **not responsible** for paying for routine dental services provided to Medicaid Members.

(Insert MCO’s name) is **responsible**, however, for paying for treatment and devices for craniofacial anomalies.

## ¿Están cubiertos los servicios dentales que no son de emergencia?

(Insert MCO’s name) **no es responsable** de pagar los servicios dentales periódicos que reciben los miembros de Medicaid.

Sin embargo, (Insert MCO’s name) es **responsable** de pagar el tratamiento y los aparatos para anomalías craneofaciales.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT G

## 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.

## 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 médico que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que la 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 algún órgano vital o parte del cuerpo;
4. causar desfiguración grave; O
5. en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud de la mujer o del feto.

## Padecimiento de salud mental y abuso de sustancias 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.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT H

## Are Emergency Dental Services Covered?

[Insert MCO’s name] 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.

(Insert MCO’s name) 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.

## ¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

[Insert MCO’s name] cubre de manera limitada servicios dentales de emergencia para:

* Luxación mandibular.
* Daño traumático de los dientes y las estructuras de soporte.
* Extirpación de quistes.
* Tratamiento de abscesos bucales en los dientes o las encías.
* Medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.

(Insert MCO’s name) es responsable de los servicios dentales de emergencia brindados a los miembros de Medicaid en el entorno de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos el hospital, el doctor y los servicios médicos relacionados (por ejemplo, anestesia y medicamentos).

Los procedimientos dentales de emergencia cubiertos son, entre otros:

* alivio de dolor intenso en una cavidad bucal relacionado con una infección grave o hinchazón;
* reparación de daños por pérdida de dientes debido a trauma (solo atención de casos agudos, no se hace restauración);
* reducción abierta o cerrada de una fractura de la maxila o la mandíbula;
* reparación de una laceración en o cerca de la cavidad bucal;
* extirpación de neoplasias, incluso lesiones, tumores y quistes benignos, premalignos y malignos;
* incisión y drenaje de celulitis;
* endodoncia. El pago está sujeto a una revisión de la necesidad dental y se tiene que hacer radiografías antes y después de la cirugía; y
* extracciones: un solo diente permanente; un solo diente primario; dientes supernumerarios; inclusión de los tejidos blandos; inclusión ósea parcial; inclusión ósea completa; extracción quirúrgica del diente o la punta de la raíz residual.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT I

## What is post-stabilization?

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

## ¿Que es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por Medicaid que lo mantienen en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT J

## 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 (insert MCO’s toll-free Member Hotline phone number) 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 (insert MCO’s toll-free Member Hotline phone number).

## ¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al (insert MCO's toll-free Member Hotline phone number) 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 (insert MCO’s toll-free Member Hotline phone number).

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT K

## What if I am out of the country?

Medical services performed out of the country are not covered by Medicaid.

## ¿Qué hago si estoy fuera del país?

Medicaid no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

**REQUIRED LANGUAGE**

# ATTACHMENT L (Dallas Service Area Only)

## How do I get help if I have mental health, alcohol, or drug problems, or if I have behavioral health issues?

If you live in the Dallas Service Area which includes Collin, Dallas, Ellis, Hunt, Kaufman, Navarro, and Rockwall counties:

* You will receive treatment for mental health, alcohol, and drug use through traditional Medicaid.
* You also will receive treatment for any behavioral health issues through traditional Medicaid.

For help with mental health, alcohol, or drug problems, or behavioral health issues, call the Administrative Services Contractor at **1-800-925-9126** or talk to your Primary Care Physician.  You do not need a referral from your Primary Care Physician for these services.

## ¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de la salud mental, o con el alcohol o las drogas?

Si usted vive en el área de servicio de Dallas, que incluye los condados de Collin, Dallas, Ellis, Hunt, Kaufman, Navarro y Rockwall:

* Recibirá tratamiento para la enfermedad mental y el uso de alcohol y drogas por medio de Medicaid tradicional.
* También recibirá tratamiento para cualquier problema de salud mental y abuso de sustancias por medio de Medicaid tradicional.

Para obtener ayuda con una enfermedad mental, problemas con el alcohol o las drogas, o de la salud mental, llame al contratista de servicios administrativos al   
**1-800-925-9126** o hable con su doctor de cuidado primario.  No necesita un envío a servicios del doctor de cuidado primario para recibir estos servicios.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT M

## 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.

## ¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Medicaid paga la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que usted necesita. Su doctor le hará una receta y la enviará por teléfono, fax o electrónicamente al centro para convalecientes para que le pidan, surtan, dispensen y administren el medicamento a usted.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT N

## 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 [insert MCO name] at [insert toll-free number] for help with your medications and refills.

## ¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 días.

Llame a [insert MCO name] al [insert toll-free number] para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT O

## Where do I find a family planning services provider?

You can find the locations of family planning providers near you online at <http://www.dshs.texas.gov/famplan>, or you can call [insert MCO’s name] at [insert MCO’s toll-free number] for help in finding a family planning provider.

## ¿Cómo encuentro a un proveedor de servicios de planificación familiar?

Puede encontrar en Internet la dirección de los proveedores de planificación familiar cercanos en <http://www.dshs.texas.gov/famplan>, o puede llamar a [insert MCO’s name] al [insert MCO’s toll-free number] para recibir ayuda para encontrar a un proveedor de planificación familiar.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT P

## 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

## ¿Qué es la coordinación de servicios?

Un proceso especializado de servicios y atención que incluye:

* Identificar las necesidades físicas, mentales o a largo plazo del miembro
* Tratar cualquier necesidad particular del miembro que podría mejorar los resultados y su salud o bienestar
* Ayudar al miembro para asegurar que tenga acceso coordinado y oportuno a una variedad de servicios o servicios cubiertos por Medicaid para los que califica
* Colaborar con el centro para convalecientes para asegurar que se obtengan los mejores resultados posibles para la salud y seguridad del miembro Coordinar la prestación de servicios para los miembros que están haciendo la transición para volver a la comunidad

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT Q

## [MCO NAME] 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, [insert MCO name] 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 [insert MCO name] to request authorization for these services.

[insert methods by which to contact the MCO]

## SERVICIOS DE TRANSPORTE DE [MCO NAME] PARA LOS RESIDENTES DE CENTROS PARA CONVALECIENTES

¿Qué servicios de transporte se ofrecen?

El centro para convalecientes es responsable de brindar servicios de transporte periódicos que no sean de emergencia. Si es médicamente necesario, [insert MCO name] brinda transporte en ambulancia que no sea de emergencia para los miembros que necesiten de este servicio.

¿Cómo obtengo este servicio?

Para obtener transporte en ambulancia que no sea de emergencia, su proveedor tiene que comunicarse con [insert MCO name] para pedir que se autoricen estos servicios.

[insert methods by which to contact the MCO]

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT R

MCOs have a choice of language in Attachment S, depending on whether or not the selection of an OB/GYN is limited to the Primary Care Provider’s network.

## Select the language that applies to your Health Plan

OPtion 1: MCO ***DOES NOT LIMIT*** SELECTION TO PCP’S NETWORK

## ATTENTION FEMALE MEMBERS

(Insert Name of MCO) allows you to pick any OB/GYN, whether that doctor is in the same network as your Primary Care Provider or not.

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 related to pregnancy.
* Care for any female medical condition.
* Referral to special doctor within the network.

## AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER

(Insert Name of MCO) le permite escoger a cualquier ginecoobstetra, esté o no en la misma red que su proveedor de cuidado primario.

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envío a servicios del proveedor de cuidado primario. Un ginecoobstetra le puede brindar:

* Un examen preventivo para la mujer cada año.
* Atención relacionada con el embarazo.
* Tratamiento de los problemas médicos de la mujer.
* Envíos para ver a un especialista de la red.

oPTION 2: mco ***LIMITS*** SELECTION TO PCP’S NETWORK

## ATTENTION FEMALE MEMBERS

(Insert Name of MCO) 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.

## AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER

(Insert Name of MCO) le permite escoger a un ginecoobstetra, pero este doctor tiene que estar en la misma red que su proveedor de cuidado primario.

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin un envío a servicios del proveedor de cuidado primario. Un ginecoobstetra le puede brindar:

* Un examen preventivo para la mujer cada año.
* Tratamiento de los problemas médicos de la mujer.
* Envíos para ver a un especialista de la red.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT S

## 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.

## ¿Qué hago si pierdo la cobertura de Medicaid?

Si pierde la cobertura de Medicaid pero la vuelve a tener dentro de seis (6) meses, recibirá los servicios de Medicaid del mismo plan de salud que tenía antes de perder la cobertura. También tendrá el mismo proveedor de cuidado primario de antes.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT T

## 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.

## ¿Qué son ingresos contables?

Son los ingresos personales del miembro que, como beneficiario de Medicaid, tiene que proporcionar al centro para convalecientes como parte de su participación en los costos.

## ¿Cuáles son mis responsabilidades?

Cada vez que el centro para convalecientes envía un cobro a Medicaid, el miembro tiene que entregarle al centro sus ingresos contables. La cantidad se determina al dividir la cantidad total de los ingresos mensuales por el número de días que el miembro vive en el centro cada mes. Al miembro se le permite quedarse con $60 para sus gastos personales.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT U

## 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.

## ¿Puede mi proveedor de Medicare enviarme una cuenta por servicios o artículos si estoy recibiendo Medicare y Medicaid?

No. No le pueden enviar una cuenta por los gastos de participación en los costos de Medicare, lo cual incluye deducibles, coaseguro y copagos.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT V

## 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 (Insert MCO’s name) Member Services Department at (Insert MCO’s 1-800#). Before you get Medicaid services in your new area, you must call (Insert MCO’s name), unless you need emergency services. You will continue to get care through (Insert MCO’s name) until HHSC changes your address.

## ¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de (Insert MCO's name) al (Insert MCO's 1-800#). Antes de recibir servicios de Medicaid en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a (Insert MCO’s name), a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de (Insert MCO’s name), hasta que la HHSC cambie su dirección.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT W

## 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 hotline 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 hotline 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.

## Medicaid y el seguro privado

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

* Le cancelan el seguro médico privado.
* Consigue nueva cobertura de seguro.
* Tiene preguntas generales sobre el seguro de terceros.

Puede llamar gratis a la línea directa al 1-800-846-7307.

**Si tiene otro seguro, aun puede llenar los requisitos de Medicaid*.*** Cuando usted le dice al personal de Medicaid que tiene otro seguro médico, asegura que Medicaid solo pague lo que el otro seguro médico no paga.

**IMPORTANTE**: Los proveedores de Medicaid no pueden negarse a atenderlo porque tiene seguro médico privado además de Medicaid. Si los proveedores lo aceptan como paciente de Medicaid, también tienen que enviar una solicitud de pago a su compañía de seguro privado.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT X

## MEMBER RIGHTS and RESPONSIBILITIES

## MEMBER RIGHTS:

1. You have the right to respect, dignity, privacy, confidentiality, and nondiscrimination. That includes the right to:
   1. Be treated fairly and with respect.
   2. 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:
   1. Be told how to choose and change your health plan and your primary care provider.
   2. Choose any health plan you want that is available in your area and choose your primary care provider from that plan.
   3. Change your primary care provider.
   4. Change your health plan without penalty.
   5. 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:
   1. 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.
   2. Be told why care or services were denied and not given.
   3. Be given information about your health plan, services, and providers.
   4. 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:
   1. Work as part of a team with your provider in deciding what health care is best for you.
   2. 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:
   1. Make a complaint to your health plan or to the state Medicaid program about your health care, your provider or your health plan.
   2. Get a timely answer to your complaint.
   3. Use the plan’s appeal process and be told how to use it.
   4. Ask for an External Medical Review and State Fair Hearing from the state Medicaid program and get information about how that process works.
   5. 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:
   1. Have telephone access to a medical professional 24 hours a day, 7 days a week to get any emergency or urgent care you need.
   2. Get medical care in a timely manner.
   3. 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.
   4. 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.
   5. 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 copayments 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:
   1. Learn and understand your rights under the Medicaid program.
   2. Ask questions if you do not understand your rights.
   3. 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:
   1. Learn and follow your health plan’s rules and Medicaid rules.
   2. Choose your health plan and a primary care provider quickly.
   3. Make any changes in your health plan and primary care provider in the ways established by Medicaid and by the health plan.
   4. Keep your scheduled appointments.
   5. Cancel appointments in advance when you cannot keep them.
   6. Always contact your primary care provider first for your non-emergency medical needs.
   7. Be sure you have approval from your primary care provider before going to a specialist.
   8. 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:
   1. Tell your primary care provider about your health.
   2. Talk to your providers about your health care needs and ask questions about the different ways your health care problems can be treated.
   3. 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:
   1. Work as a team with your provider in deciding what health care is best for you.
   2. Understand how the things you do can affect your health.
   3. Do the best you can to stay healthy.
   4. Treat providers and staff with respect.
   5. 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 online at [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

## DERECHOS y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

## DERECHOS DEL MIEMBRO:

1. Tiene el derecho de ser respetado, conservar la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y de no ser discriminado. Esto incluye el derecho de:
   1. Ser tratado justa y respetuosamente.
   2. Saber que se respetarán la privacidad y la confidencialidad de sus expedientes médicos y las discusiones que sostenga con los proveedores.
2. Tiene el derecho a una oportunidad razonable de escoger un plan de salud y un proveedor de cuidado primario. Este es el doctor o proveedor de atención médica que usted verá la mayoría de las veces y que coordinará su atención. Usted tiene el derecho de cambiar a otro plan o proveedor de una manera razonablemente sencilla. Esto incluye el derecho de:
   1. Ser informado sobre cómo seleccionar y cambiar de plan de salud y de proveedor de cuidado primario.
   2. Escoger cualquier plan de salud que usted quiera de los que haya en el área donde vive, y de escoger a un proveedor de ese plan.
   3. Cambiar de proveedor de cuidado primario.
   4. Cambiar de plan de salud sin sufrir sanciones.
   5. Recibir información sobre cómo cambiar de plan de salud o de proveedor de cuidado primario.
3. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
   1. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
   2. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
   3. Recibir información sobre su plan médico, servicios y proveedores
   4. Ser informado de sus derechos y responsabilidade.
4. Tiene el derecho de hacer preguntas y obtener respuestas sobre cualquier cosa que no entienda. Esto incluye el derecho de:
   1. Recibir explicaciones del proveedor sobre sus necesidades de atención médica y a que le hable de las diferentes opciones que tiene para tratar sus problemas médicos.
   2. Recibir explicaciones de por qué se le negó y no se le dio la atención o el servicio.
5. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones, revisiones médicas externas y audiencias imparciales estatales. Esto incluye el derecho de:
   1. 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.
   2. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
   3. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
   4. Pedir una revisión médica externa y audiencia imparcial estatal del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
   5. Pedir una audiencia imparcial estatal sin una revisión médica externa del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
6. Tiene el derecho de aceptar tratamiento o rechazarlo, y de tomar parte activa en las decisiones sobre el tratamiento. Esto incluye el derecho de:
   1. Colaborar como parte del equipo con su proveedor y decidir cuál atención médica es mejor para usted.
   2. Aceptar o rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor.
   3. 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 sin barreras de acuerdo con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.
   4. Obtener los servicios de un intérprete, si son necesarios, durante las citas con sus proveedores o cuando se comunique con el personal del plan médico. Los intérpretes son personas que hablan la lengua materna del cliente, ayudan a alguien que tiene una discapacidad o le ayuda a entender la información.
   5. Recibir información clara sobre las reglas del plan médico, incluso cuáles son los servicios de salud que se ofrecen y cómo obtenerlos.
7. Tiene el derecho de utilizar todos los trámites de quejas y apelación disponibles mediante la organización de atención médica administrada y Medicaid, y de recibir una respuesta oportuna a las quejas, apelaciones y audiencias imparciales. Esto incluye el derecho de:
   1. 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.
   2. Recibir una respuesta oportuna a su queja.
   3. Usar el trámite de apelación del plan y recibir información sobre cómo usarlo.
   4. Pedir una audiencia imparcial del programa estatal de Medicaid y recibir información sobre cómo funciona ese proceso.
8. Tiene el derecho de saber que los médicos, hospitales y otras personas que atienden a su hijo pueden aconsejarle sobre el estado de salud, la atención médica y el tratamiento de su hijo. El plan médico no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
9. Tiene el derecho de saber que no es responsable de pagar los servicios cubiertos que se le ofrecieron a su hijo. Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle hacer copagos ni pagar ninguna otra suma adicional por los servicios cubiertos.
10. Tiene el derecho de hacer recomendaciones sobre las normas y responsabilidades de los miembros de su plan médico.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO:

1. Tiene que aprender y entender cada uno de los derechos que tiene con el programa de Medicaid. Es decir, tiene la responsabilidad de:
   1. Aprender y entender sus derechos con el programa de Medicaid.
   2. Preguntar, si no entiende cuáles son sus derechos.
   3. Saber qué otras opciones de planes de salud hay 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:
   1. Aprender y seguir las normas del plan de salud y de Medicaid.
   2. Escoger su plan de salud y su proveedor de cuidado primario sin demora.
   3. hacer cualquier cambio de plan de salud y de proveedor de cuidado primario, según lo indiquen Medicaid y el plan de salud.
   4. Acudir a las citas programadas.
   5. Cancelar las citas con anticipación cuando no pueda asistir.
   6. siempre llamar primero a su proveedor de cuidado primario para sus necesidades médicas que no sean de emergencia;
   7. Estar seguro de que tiene la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista;
   8. Entender cuándo debe ir a la sala de emergencias y cuándo no.
3. Tiene que compartir con su proveedor de cuidado primario toda información sobre su salud y aprender sobre las opciones de servicio y tratamiento. Es decir, tiene la responsabilidad de:
   1. Informar a su proveedor de cuidado primario sobre su salud.
   2. Hablar con sus proveedores de sus necesidades de atención médica y preguntarles sobre las diferentes maneras de tratar sus problemas médicos.
   3. Ayudar a los proveedores a obtener su historia clínica.
4. Tiene que participar en las decisiones que tengan que ver con las opciones de servicio y tratamiento, y tomar decisiones y acciones personales para estar saludable. Es decir, tiene la responsabilidad de:
   1. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir cuál atención médica es la mejor para usted.
   2. Entender cómo pueden afectar su salud las cosas que usted hace.
   3. Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
   4. Tratar a los proveedores y al personal con respeto.
   5. Hablar con su proveedor acerca de todos sus medicamentos.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de 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](http://www.hhs.gov/ocr).

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT Y

## 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 (insert Member Services hotline number) to tell us about your problem. A (insert MCO’s name) Member Services Advocate can help you file a complaint. Just call (insert Member Services hotline number). Most of the time, we can help you right away or at the most within a few days.

Once you have gone through the (insert MCO name) 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

## QUEJAS

**¿Qué hago si tengo una queja sobre la atención médica, mi proveedor, mi coordinador de servicios o mi plan médico?**

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al (insert Member Services hotline number) para explicarnos el problema. Un Defensor de Servicios para Miembros de (insert MCO's name) puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al (insert Member Services hotline number). Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

Una vez que haya agotado el trámite de quejas de (insert MCO name), puede quejarse ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando gratis 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

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

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT Z

## What is an Emergency Appeal?

An Emergency Appeal is when the health plan 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.

## ¿Qué es una apelación de emergencia?

Una apelación de emergencia ocurre cuando el plan de salud tiene que tomar rápidamente una decisión debido a su estado de salud, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT AA

## 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 contacting to name 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 internal appeal decision letter of the decision being challenged. 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 (address for health plan) or call (number for health plan).

You have the right to keep getting any service the health plan denied or reduced, 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 notice of the Action, or (2) the day the health plan’s 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 [insert MCO’s name].

To qualify for an emergency State Fair Hearing through HHSC, you must first complete (insert MCO’s name)’s internal appeals process.

## AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

### ¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal?

Si como miembro del plan de salud, usted no está de acuerdo con la decisión de apelación interna del plan, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente comunicándose con el plan médico para proporcionar el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si quiere refutar una decisión tomada por el plan médico, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días de la fecha de la carta de decisión de la apelación interna de la decisión que se cuestiona. Si no pide la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial estatal. Para pedir una audiencia imparcial estatal, usted o su representante debe enviar una carta al plan médico (address for health plan) o llamar al (number for health plan).

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico le denegó o redujo, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal si pide una audiencia imparcial estatal para la fecha que ocurra más tarde: (1) 10 días naturales después de la fecha en que el plan médico envió la notificación de la acción, o (2) la fecha en que la carta del plan médico indique que el servicio se reducirá o se cancelará. Si no pide una audiencia imparcial estatal antes de esta fecha, el servicio que el plan médico le denegó se cancelará. Si pide una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se hacen por teléfono. En la audiencia, usted o su representante podrá explicar por qué necesita el servicio que el plan médico le denegó.

La HHSC le dará la decisión final a más tardar a los 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

**¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal de emergencia?**

Si como miembro del plan de salud, usted no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna del plan, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial estatal. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan médico con el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si quiere refutar una decisión tomada por su plan médico, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días de la fecha de la carta de decisión de la apelación interna del plan médico que se cuestiona. Si no pide la audiencia imparcial estatal en un plazo de 120 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial estatal. Para pedir una audiencia imparcial estatal, usted o su representante debe enviar una carta al plan médico (address for health plan) o llamar al (number for health plan).

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico denegó o redujo, al menos hasta que se tome la decisión final de la audiencia imparcial estatal, si pide una audiencia imparcial estatal para la fecha que ocurra más tarde: (1) 10 días naturales después de la fecha en que usted recibió la carta con una notificación de la acción del plan médico, o (2) la fecha en que el servicio se reducirá o cancelará, según la carta del plan. Si no pide una audiencia imparcial estatal antes de esta fecha, el servicio que el plan médico le denegó se cancelará. Si pide una audiencia imparcial estatal, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales estatales se hacen por teléfono. En la audiencia, usted o su representante podrá explicar por qué necesita el servicio que el plan médico le denegó.

La HHSC le dará la decisión final a más tardar a los 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

**¿Puedo pedir una audiencia imparcial estatal de emergencia?**

Si cree que esperar hasta que se llegue la fecha de la audiencia imparcial estatal pondría en grave peligro su vida o salud, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar el máximo funcionamiento, usted o su representante puede pedir una audiencia imparcial estatal de emergencia escribiendo o llamando al [insert MCO’s name].

Para llenar los requisitos para una audiencia imparcial estatal de emergencia por medio de la HHSC, primero tiene que completar el proceso de apelación interna de (insert MCO’s name).

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT BB

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.

Usted tiene derecho al respeto y la dignidad, y a no sufrir abuso, maltrato, descuido y explotación.

## ¿Cómo se definen el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación?

**El abuso o maltrato** es un daño mental, emocional, físico o sexual, o el hecho de no prevenir dicho daño.

**El descuido** puede causar hambre, deshidratación, medicación excesiva o insuficiente, condiciones de vida insalubres, etc.  El descuido también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

**La explotación** es el uso indebido de los recursos de una persona para obtener beneficios personales o monetarios. Esto incluye el uso indebido de los cheques del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), el abuso de una cuenta de cheques conjunta y el robo de bienes y otros recursos.

## Cómo denunciar el abuso, el maltrato, el descuido y la explotación

Por ley, usted debe denunciar cualquier sospecha de abuso, maltrato, descuido o explotación, incluido el uso no autorizado de sujeciones o aislamiento por parte de un proveedor.

Llame al 9-1-1 para comunicar una situación de emergencia o de vida o muerte.

## Para presentar una denuncia por teléfono (si no es una emergencia) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, gratis

Presente una denuncia al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS), llamando al 1-800-647-7418 si la persona que sufre abuso, maltrato, descuido o explotación vive o recibe servicios:

         En un centro de reposo;

         En un centro de asistencia con la vida diaria;

         En un centro de cuidado de adultos durante el día;

•         De un proveedor con licencia de cuidado temporal de adultos; o

         De una agencia de Servicios de Apoyo en Casa y en la Comunidad (HCSSA) o agencia de Servicios de Salud en Casa.

Las sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación por parte de una HCSSA también se tienen que denunciar al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS).

Todas las demás sospechas de abuso, maltrato, descuido o explotación se pueden denunciar al DFPS llamando al 1-800-252-5400.

## Para presentar denuncias electrónicamente (si no es una emergencia):

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

## Información útil para presentar una denuncia

Para denunciar abuso, maltrato, descuido o explotación, es útil tener el nombre, la edad, la dirección y el número de teléfono de todas las personas involucradas.

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT CC

## 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 Hotline at 1-800-436-6184;
* Visit https://oig.hhs.texas.gov/ and click on “Report Fraud” to complete the online form; or
* You can report directly to your health plan:
  + MCO’s name
  + MCO’s office/director address
  + MCO’s toll free phone number

### 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

## FRAUDE Y ABUSO

### ¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

* Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios.
* No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.
* Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de Medicaid.
* Está usando la tarjeta de identificación de Medicaid de otra persona.
* Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

### Para denunciar malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:

* Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
* Visite https://oig.hhs.texas.gov/ y haga clic en “Report Fraud” para llenar una forma en línea; O
* Denúncielo directamente al plan médico:
  + MCO’s name
  + MCO’s office/director address
  + MCO’s toll free phone number

### Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible.

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

REQUIRED LANGUAGE

# ATTACHMENT DD

The following information must be made available to Members on an annual basis (Balanced Budget Act requirement). This should be stated as below:

As a Member of (insert MCO name) 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 youunderstand 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.
* (Insert MCO name)’s practice guidelines.

**Como miembro de (insert MCO name), usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:**

* Información sobre los proveedores de la red; por lo menos los doctores de cuidado primario, 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 a nuevos pacientes, y, cuando corresponda, la educación y experiencia profesionales, la especialidad, la escuela de medicina a la que asistió, la finalización de la residencia y el estado de la certificación profesional.
* Cualquier restricción de su libertad de escoger entre los proveedores de la red.
* Sus derechos y responsabilidades.
* Información sobre los trámites de queja, apelación, revisión médica externa y audiencia imparcial estatal.
* Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa de Medicaid, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se hizo así para asegurar que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho.
* Cómo obtener beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
* Cómo obtener beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red y los límites a dichos beneficios.
* Cómo recibir cobertura de emergencia y después de las horas normales de consulta, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:
  + La explicación de un estado médico de emergencia, y de los servicios de emergencia y de posestabilización.
  + El hecho de que no necesita la autorización previa de su proveedor de cuidado primario para recibir atención de emergencia.
  + Si es una emergencia, siga las instrucciones que le dé el centro para convalecientes. El personal del centro se pondrá en contacto con las autoridades apropiadas para coordinar el transporte o los servicios de emergencia.
  + Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
  + Una declaración sobre su derecho de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia
  + Las reglas sobre la posestabilización.
* Las normas sobre envíos a especialistas y a otros servicios que el proveedor de cuidado primario no presta.
* Las pautas de práctica de (Insert MCO name).

**ATTACHMENT EE**

**EXTERNAL MEDICAL REVIEW INFORMATION**

**Can I ask for an External Medical Review?**

If you, as a Member of the health plan, disagree with the health plan’s MCO Internal Appeal decision, you have the right to ask for an External Medical Review with State Fair Hearing. An External Medical Review is an optional, extra step you can take to get your case reviewed for free before your State Fair Hearing. You, your parent, your authorized representative or your legally authorized representative (LAR) must ask for the External Medical Review within 120 days of the date the health plan mails the letter with the decision. If you do not ask for the External Medical Review within 120 days, you may lose your right to an External Medical Review. To ask for an External Medical Review, you, your parent, your representative or your legally authorized representative may either:

* Fill out the ‘State Fair Hearing and External Medical Review Request Form’ that came with the Member Notice of MCO Internal Appeal Decision letter and mail or fax it to <name> by using the address or fax number at the top of the form.;
* Call the MCO at <MCO telephone number>;
* Email the MCO at <MCO email address>

You have the right to keep getting any service the health plan denied or reduced, at least until the External Medical Review and final State Fair Hearing decision is made if you ask for an External Medical Review with State Fair Hearing by the later of: (1) 10 calendar days following the MCO’s mailing of the notice of the Action, or (2) the day the health plan’s letter says your service will be reduced or end. If you do not request continued benefits by this date, the service the health plan denied will be stopped.

You may withdraw your request for an External Medical Review before it is assigned to an IRO or while the IRO is reviewing your External Medical Review request. An External Medical Review cannot be withdrawn if an IRO has already completed the review and made a decision.

Once the External Medical Review decision is received, you have the right to withdraw the State Fair Hearing request. You may withdraw your 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 [insert MCO’s name]. To qualify for an emergency External Medical Review and emergency State Fair Hearing review through HHSC, you must first complete [insert MCO’s name]’s internal appeals process.

**ANEXO EE**

**INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN MÉDICA EXTERNA**

**¿Puedo pedir una revisión médica externa?**

Si como miembro del plan médico, usted no está de acuerdo con la decisión de la apelación interna de la MCO, tiene el derecho de pedir una revisión médica externa y una audiencia imparcial estatal. Una revisión médica externa es un paso adicional y opcional que usted puede tomar para que se revise su caso sin costo antes de que se celebre la audiencia imparcial estatal. Usted, uno de sus padres, su representante autorizado o su representante legal autorizado (LAR) debe solicitar la revisión médica externa en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que el plan médico envía la carta con la decisión. Si no pide la revisión médica externa en un plazo de 120 días, puede perder el derecho a una revisión médica externa. Para solicitar una revisión médica externa, usted, uno de sus padres, su representante o su representante legalmente autorizado puede:

* Llenar la "Solicitud de una audiencia imparcial estatal y revisión médica externa" que se adjuntó a la Carta de notificación al miembro de la decisión de apelación interna de la MCO y enviarla por correo, o bien por fax a <name> usando la dirección o el número de fax que aparecen en la parte superior de la solicitud;
* Llamar a la MCO al <MCO telephone number>;
* Enviar un correo electrónico a <MCO email address>

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan médico denegó o redujo, al menos hasta que se tome la decisión de la revisión médica externa y la decisión final de la audiencia imparcial estatal, si pide la revisión médica externa y la audiencia imparcial estatal para la fecha que ocurra más tarde: (1) 10 días naturales después de la fecha en que usted recibió la carta de la MCO con la notificación de la acción, o (2) la fecha en que el servicio se reducirá o cancelará, según la carta del plan médico. Si no pide que sus beneficios continúen antes de esta fecha, el servicio que el plan médico le denegó se cancelará.

Usted puede retirar su solicitud de una revisión médica externa antes de que se asigne a una Organización de Revisión Independiente (IRO) o mientras esta organización esté tramitando su solicitud de una revisión médica externa. Una revisión médica externa no se puede retirar si una IRO ya ha terminado la revisión y tomado una decisión.

Una vez que se recibe la decisión de la revisión médica externa, usted tiene derecho de retirar su solicitud de una audiencia imparcial estatal. Si prosigue con el trámite de la audiencia imparcial estatal, también puede solicitar que la IRO esté presente en la audiencia imparcial estatal. Puede hacer ambas solicitudes al comunicarse con su MCO en (specify MCO information) o con el equipo de admisión de la HHSC en [EMR\_Intake\_Team@hhsc.state.tx.us](mailto:EMR_Intake_Team@hhsc.state.tx.us).

Si el miembro prosigue con el trámite de la audiencia imparcial estatal y la decisión que se toma es diferente a la decisión de la Organización de Revisión Independiente, la decisión de la audiencia imparcial estatal es la definitiva. La decisión de la audiencia imparcial estatal solo puede exigir que los beneficios sigan al mismo nivel o aumenten con respecto a la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

**¿Puedo pedir una revisión médica externa de emergencia?**

Si cree que esperar la decisión de la revisión médica externa estándar pondría en grave peligro su vida o salud, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar el máximo funcionamiento, usted, uno de sus padres o su representante legalmente autorizado puede pedir una revisión médica externa de emergencia escribiendo o llamando a [insert MCO’s name]. Para llenar los requisitos para una revisión médica externa de emergencia y una audiencia imparcial estatal de emergencia por medio de la HHSC, primero tiene que completar el proceso de apelación interna de [insert MCO’s name