

<dateOfLetter>

EDG de Medicaid: <caseID>

**Tiene que escoger un plan médico  
antes del 12 de octubre de 2016**

**Asunto: Sus beneficios de Medicaid van a cambiar**

Estimado <memberName> o su tutor:

[Always Print]

**[Usted o su niño estarán pronto en el programa STAR Kids de Medicaid.**

A partir del 1 de noviembre usted trabajará con un plan médico para obtener los servicios que usted o su niño necesiten, cuando los necesiten. Usted escogerá un plan médico [Print this section if Medicaid Only] [y un doctor principal o una clínica (un proveedor de cuidados primarios). Puede ser un doctor principal, una enfermera o una clínica que le brindarán la mayoría de sus servicios médicos, como los exámenes de rutina, y pueden enviarlo a otros especialistas de ser necesario]. Esta carta le da información sobre los pasos que debe seguir para empezar.

Usted ha recibido esta carta porque usted o su niño participan en uno o más de los siguientes grupos:

- Usted o su niño reciben servicios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- Usted o su niño participan en un programa de exención de Medicaid de Texas, como:
  - El Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP)
  - Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
  - Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
  - Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)
  - Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL)
  - Servicios de Empoderamiento Juvenil (YES)
- Usted o su niño participan en el programa Medicaid Buy-In de Texas.
- Usted o su niño viven en un centro de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual o algún padecimiento relacionado (ICF-IID) o en un centro para convalecientes.

**Lo que usted recibirá con STAR Kids:**

Usted recibirá los mismos servicios médicos que recibe ahora, como terapias, ayuda con las tareas diarias y servicios de enfermería. Recibirá estos servicios por medio del plan médico de STAR Kids que escoja. Además puede recibir servicios adicionales, no cubiertos por Medicaid. Estos servicios adicionales se muestran en la tabla de color azul incluida con esta carta.

Esto no cambiará la manera en que usted o su niño reciben servicios dentales.]

[Print this section if MDCP]

[Además, usted o su niño recibirán los servicios de exención del Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP), como servicios de relevo, por medio de STAR Kids. Si

<3x9 barCode image>  
<barCode> [Print human  
readable]

[MODE1]

actualmente usted contrata o administra sus propios ayudantes por medio de la opción de servicios dirigidos por el consumidor, podrá seguir haciéndolo.]

[Print this section if non-Waiver]

[Si usted o su niño viven en un centro de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual o algún padecimiento relacionado (ICF-IID), o en un centro para convalecientes, seguirán recibiendo los servicios a largo plazo como hasta ahora.]

[Print this section if Other Waiver]

[Si usted o su niño reciben servicios a largo plazo de alguno de los siguientes programas, seguirán recibéndolos como hasta ahora:

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

[Print this section if service area is DA]

[Usted o su niño recibirán además servicios para la salud del comportamiento de Medicaid por medio de STAR Kids, en lugar del programa NorthSTAR.]

[Print this section if Dual Eligible]

[Sus beneficios de Medicare no cambiarán. Usted seguirá usando Medicare para sus necesidades médicas básicas y los medicamentos recetados por su doctor.]

[Always Print]

### **[Tiene que escoger un plan médico a más tardar el 12 de octubre de 2016.**

Puede usar la guía personalizada de actividades que le enviamos con esta carta para ayudarlo a prepararse para escoger un plan médico. Además le enviamos la tabla de comparación de color azul incluida con esta carta, la cual le brinda información de los servicios adicionales que cada plan ofrece. Puede usar la tabla para comparar los servicios.

Puede consultar más recursos que le ayudarán con la selección de un plan médico en la página web: [www.hhsc.state.tx.us/starkids](http://www.hhsc.state.tx.us/starkids).

Si no escoge un plan médico [Print this section if Medicaid Only][y un doctor principal o una clínica], la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas escogerá un plan médico por usted. Siga los siguientes pasos.

### **Paso 1 – Escoja un plan médico**

Puede escoger uno de los siguientes planes:

<3x9 barCode image>  
<barCode> [Print human  
readable]

[MODE1]

[Print plan names for all the plans for that custSrvcAreaCode.]

- [\*planName\*]
- [\*planName\*]]

[Print this section if Medicaid Only]

## **[Paso 2 – Escoja su doctor principal o clínica**

Para escoger un doctor principal o una clínica (un proveedor de cuidados primarios), vea los nombres de los proveedores incluidos en esta carta. Si su doctor o clínica no están incluidos, usted puede platicar con ellos sobre la posibilidad de que se unan al plan médico que usted quiere escoger.

Su doctor principal o clínica trabajarán con su coordinador de servicios de STAR Kids para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita. El coordinador de servicios es alguien que trabaja con su plan médico y le ayudará a encontrar a doctores, hacer citas y contestar cualquier pregunta que tenga.

## **Paso 3 – Infórmenos qué plan médico y doctor principal o clínica escogió]**

[Print this section if Dual Eligible]

### **[Paso 2 - Infórmenos qué plan médico escogió]**

[To print directly after #3 for Medicaid Only or directly after #2 for Dual Eligible]

[Nos puede informar por alguna de las siguientes maneras:

- **Teléfono** – Llame sin costo al 1-877-782-6440 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. hora del centro.
- **Forma** – Llene la forma de inscripción médica. Firme la forma y envíela de regreso por uno de los siguientes medios:
  - **Fax** – Envíenos todas las páginas de la forma de inscripción médica por fax sin costo al 1-855-671-6038.
  - **Correo** – Envíenos todas las páginas de la forma de inscripción médica por correo en el sobre con el porte pagado. Hemos enviado la forma y el sobre junto con esta carta. Tenga en cuenta que debe planear algún tiempo adicional para enviar sus formas para que las recibamos antes de la fecha límite, el 12 de octubre de 2016.
- **En persona**
  - Puede recibir más información sobre STAR Kids y recibir ayuda para inscribirse. Consulte la hoja de color rosa incluida junto con esta carta para ver dónde y cuándo puede recibir ayuda en alguna oficina, o visite [www.txmedicaidevents.com](http://www.txmedicaidevents.com).
  - Asista una sesión informativa. Usted puede recibir más información

<3x9 barCode image>  
<barCode> [Print human  
readable]

[MODE1]

Mandatory Enrollment Letter  
IAM – 08/01/16  
[Program] - [population] - [custSrvcAreaCode]  
[FileSetID] - [letterReqId]  
[Quad] - [biFileId] - [biRecordId]

sobre STAR Kids y ayuda para inscribirse. Para ver una lista de las próximas sesiones informativas en su área, visite [www.txmedicaidevents.com](http://www.txmedicaidevents.com).

- **Visita en su hogar** – Si le gustaría recibir en su hogar a alguien que le ayude con la inscripción a STAR Kids, llame sin costo al 1-877-782-6440 para hacer pedir esta opción.

Si usted cambia de opinión y quiere cambiar de plan médico, llame sin costo al 1-877-782-6440. [Print this section if Medicaid Only][Si quiere cambiar de doctor o de clínica, llame a su plan médico después del 1de noviembre de 2016.]

### **¿Quiere más información?**

Puede encontrar más información sobre STAR Kids, incluyendo las próximas sesiones informativas, en la página web de STAR Kids de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas: [www.hhsc.state.tx.us/starkids](http://www.hhsc.state.tx.us/starkids).

### **¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Llámenos sin costo.**

Llame al **1-877-782-6440** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. hora del centro. Las personas con alguna discapacidad de la audición o del habla pueden llamar al **7-1-1** o al **1-800-735-2989**.

**Recordatorio:** Este cambio es obligatorio y usted debe escoger su plan médico antes del 12 de octubre de 2016, o el estado escogerá uno por usted. ]

<3x9 barCode image>  
<barCode> [Print human  
readable]

[MODE1]

Mandatory Enrollment Letter  
IAM – 08/01/16  
[Program] - [population] - [custSvcAreaCode]  
[FileSetID] - [letterReqId]  
[Quad] - [biFileId] - [biRecordId]