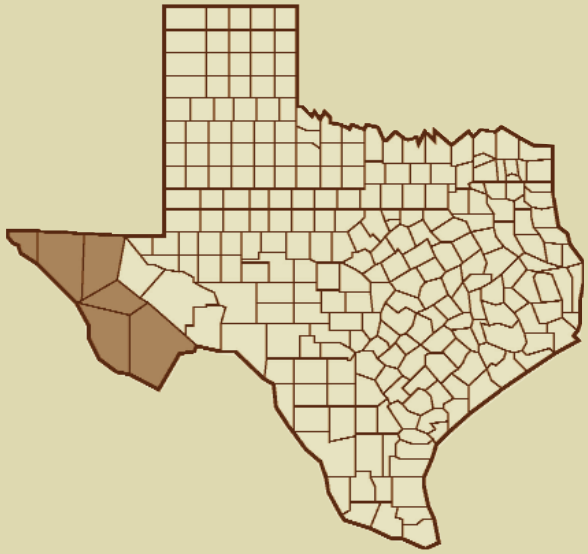
Texas Oeste

Comparación de los HMOs en Texas 2001

La calidad de los Planes de Cuidado de Salud desde el punto de vista del consumidor



preparado por

OFFICE OF PUBLIC INSURANCE COUNSEL

(La Oficina del Asesor Legal Público de Seguros)

www.opic.state.tx.us

Contenido

Sobre la informacion en este manual

Sobre este reporte 2
Qué considerar al escoger un HMO 3
¿Por qué importa la calidad de los planes de salud? 3
Las maneras en que este manual lo puede ayudar 3
¿Cuáles son sus derechos legales? 4
Tipos de planes de salud 5

Resultados de la encuesta (CAHPS™ 2.0H) para la región Texas Oeste

Evaluaciones de los planes de salud 8
Evaluaciones de la atención médica 9
Evaluaciones de los doctores o enfermeras 10
Evaluaciones de los especialistas 11
Consiguiendo la atención médica necesaria 12
Recibiendo atención médica sin esperas prolongadas 13
Manejo de reclamaciones rápido y correcto 14
Servicio al cliente eficiente y servicial 15
Doctores que se comunican bien 16
Personal de la oficina médica respetuoso, cortés y servicial 17
Tasa de respuestas a todos los planes en la encuesta 18

Información a nivel estatal

Datos de quejas 20
Gráfica: Totales de Quejas 20
Gráfica: La demora en el manejo de las reclamaciones 21
Gráfica: Acceso a la atención médica 21
Gráfica: Rechazo de reclamación 22
Gráfica: Liquidación insatisfactoria de reclamación 22
Gráfica: Quejas de los Pacientes 23
Gráfica: Quejas de los Proveedores de atención médica 24
Gráfica: Quejas Combinadas 25
Tabla: Datos Totales de Quejas (HMOs con más de 50,000 afiliados) 26
Tabla: Datos Totales de Quejas (HMOs con menos de 50,000 afiliados) 27
Apelaciones y Quejas 28
Tabla: Apelaciones ante la Organización de Revisión 28
Porción del Mercado 30
Números de Teléfonos de Servicio al Cliente 31
Fuentes de Datos Financieros 32
Otras Fuentes de Información 33

Sobre este reporte . . .

La **Oficina del Asesor Legal Público de Seguros** (*Office of Public Insurance Counsel* o OPIC) es una agencia estatal que representa a los consumidores en acciones grupales de seguros. La LXXV Legislatura de Texas ordenó a OPIC expedir reportes anuales que compararan a los HMOs en el estado de Texas.

Este reporte refleja las experiencias que las personas que viven en Texas tuvieron con sus Organizaciones de Mantenimiento de Salud durante el año de 2000. La primera parte del reporte contiene los resultados de una encuesta que se hizo entre los miembros de HMOs, la Encuesta CAHPS™ 2.0H. Los resultados de la encuesta, por área de servicio de cada plan, los estamos publicando en siete diferentes manuales regionales (Texas Central, Texas Este, Costa de Texas, Texas Norte, Panhandle/Plains, Texas Sur y Texas Oeste). Las secciones posteriores contienen información a nivel estatal, tal como índices de quejas, porción del mercado y otra información útil que se ha recabado por medio del Departamento de Seguros de Texas y otras fuentes.

La encuesta se llevó a cabo solamente en el sector comercial. El sector asegurado por Medicaid y Medicare no participó. Sin embargo, el Departamento de Salud de Texas (TDH) con gusto le proporcionará información respecto a Medicaid. La información correspondiente a Medicare puede obtenerse por medio de la Administración para el Financiamiento de la Atención de Salud (HCFA). Para comunicarse con dichas agencias vea las páginas 33-35 de este manual. Además, en el reporte no están incluidos los planes ERISA. Para información sobre los planes de ERISA vea las páginas 28 y 35.

¿Quién hizo la encuesta?

La encuesta Estudio de los Planes de Salud/Evaluación del Consumidor, Versión 2.0H (CAHPS™ 2.0H) fue llevada a cabo por encuestadores independientes acreditados por el Comité Nacional de Verificación de la Calidad (NCQA). Dicho comité opera sin el intento de lucro y se dedica a evaluar y expedir reportes sobre la calidad de los servicios de los planes de atención de salud administrada.

La encuesta integra la medida estándar de satisfacción del consumidor del Paquete de Datos e Información/Planes de Salud por medio de Empleador (HEDIS®). Ese es un paquete de datos que todas las organizaciones de mantenimiento de salud en Texas están obligadas a presentar anualmente ante el Consejo de Información del Cuidado de Salud de Texas (THCIC). OPIC dependió de THCIC para los datos de asegurados de la HEDIS®/CAHPS™ 2.0H.

¿Quién participó?

Solo adultos que habían estado inscritos en su plan ininterrumpidamente por un lapso de 12 meses, desde el 1º de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2000, fueron encuestados. Dichos individuos solamente contestaron preguntas sobre la prestación de servicios de atención de salud que realmente habían recibido durante los 12 meses previos a la encuesta.

Los manuales regionales titulados *Comparación de los HMOs en Texas 2001* muestran los resultados del análisis de la encuesta en la que participaron más de 25,000 miembros inscritos en 53 planes de salud alrededor de Texas.

¿Cómo se llevó a cabo?

La encuesta se hizo principalmente por correo, con una llamada posterior a esos que no regresaron el cuestionario. La participación fue voluntaria y confidencial.

La encuesta hizo preguntas sobre las experiencias que los asegurados por HMOs habían tenido con sus planes de salud y la prestación de servicios de salud; preguntas tales como:

- ¿Les procesaron su reclamación rápida y correctamente?
- ¿Les dieron la atención médica que necesitaban?
- ¿Consiguieron cita rápidamente cuando necesitaban consulta?
- ¿Pudieron obtener la información que necesitaban de su plan de salud?

Si tiene interés en informarse sobre el nivel de desempeño de los planes en lo referente a medidas tales como:

- inmunización infantil
- exámenes de seno para la detección del cáncer
- atención comprensiva de la diabetes,

el Consejo de Información del Cuidado de Salud de Texas ha publicado reportes que incluyen este tipo de datos. Para otras fuentes de datos sobre HMOs vea páginas 32-35.

¿Que fue el índice de respuestas?

De los 80,107 miembros seleccionados y que llenaban los requisitos para participar en la encuesta, el 36% respondió. 19,652 la llenaron y la regresaron por correo, 5,093 la contestaron por teléfono y 966 por modo electronico. Refiérase a la página 18 para ver la lista de todos los planes y el promedio de respuestas de cada plan.

Qué considerar al escoger un HMO

¿Cuáles HMOs están disponibles en la región donde usted vive?
Estudie la información que el HMO distribuye para sus miembros, o llame al departamento de servicios al cliente (vea página 31)

¿Cuáles ofrecen los beneficios que usted desea o necesita?
Estudie la información de beneficios que distribuyen su empleador o los HMOs. Si usted usa medicamentos específicos vea si están amparados bajo el plan. Puede ser que necesite llamar por teléfono para informarse sobre todo lo que necesita saber.

¿Cuáles están al alcance de su bolsillo?
Lea cuidadosamente la información que distribuye su empleador o el HMO referente a los costos, incluso los gastos de bolsillo.

¿Cuáles permiten que vea a su doctor, hospital o proveedor preferido?
Si para usted o alguien en su familia es importante seguir viendo a un doctor específico, o usar un hospital específico, infórmese si el plan que está considerando le permite continuar con ellos. Estudie bien los directorios de doctores de los HMOs y la información para los miembros, o llame a los departamentos de servicios al cliente.

¿Cuáles recibieron buenas evaluaciones de calidad de servicio en la encuesta de satisfacción al consumidor publicadas en este folleto?
Estudie la información sobre la encuesta de satisfacción al consumidor publicadas en este folleto.

¿Por qué importa la calidad de los planes de salud?

Cuando usted escoge a un HMO también está escogiendo a los doctores, hospitales y otros proveedores de servicios médicos que podrá usar. Igualmente está escogiendo a los administradores del plan, que son los que revisan, aprueban o desaprueban los tratamientos recomendados por los doctores, y ofrecen incentivos económicos a los doctores con base a la cantidad o clase de atención que suministran. Por eso es muy importante tomar en consideración las evaluaciones de la calidad de los servicios que ofrecen los planes, los costos y los servicios que amparan.

Las maneras en que este manual lo puede ayudar

Este manual le ofrece información sobre la calidad de los planes de salud desde el punto de vista de individuos que, durante 2000, estuvieron inscritos en los planes.

Este manual le puede ayudar a escoger un plan de cuidado de salud porque, en lo que se refiere a asuntos importantes de calidad de servicios, en él encontrará cómo se comparan los planes de Texas. Aún que este reporte le ofrece las comparaciones, no le dice cual plan escoger. Usted debe escoger su plan de acuerdo a los servicios que son más importantes para usted y su familia.

Para ver una breve descripción de las organizaciones de mantenimiento de salud y cómo obtener más información, vea las páginas 5 y 32-35.

HMO	Disponible donde vive o trabaja	Ofrecen beneficios que usted desea	Está al alcance de su bolsillo	Permiten su doctor, hospital o proveedor preferido	Recibieron buenas evaluaciones de calidad de servicio en la encuesta	Otras consideraciones importantes

¿Cuáles son sus derechos legales?

En lo que respecta a la protección del paciente, Texas cuenta con unas de las leyes más amplias en toda la nación.

Cuando esté haciendo su decisión para inscribirse en un HMO tenga en mente que los HMOs tienen obligación de darle la información que usted les pida respecto a los *términos y condiciones* del plan, incluso:

- ***los servicios amparados,***
- ***las exclusiones y limitaciones,***
- ***los requisitos de previa autorización,***
- ***continuación de tratamiento,***
- ***resolución de quejas,*** y
- ***el número de teléfono para llamar gratis al HMO.***

A petición de usted, el HMO también tiene que decirle si un medicamento específico está en la lista de medicamentos aprobados por el HMO (el formulario) y debe darle esta información en el transcurso de los tres días después que usted la pida.

Algunos otros derechos que ampara la ley de Texas:

- Acceso a médicos especialistas – dentro y fuera de la red de servicios
- Acceso a medicamentos de receta – en el formulario, fuera del formulario, y genéricos
- Acceso a chequeos regulares
- Pago de atención de urgencia, incluso atención fuera de los hospitales de la red
- Continuación de atención cuando su doctor se retira de la red
- Quejas, apelaciones y revisión independiente para dictámenes desfavorables
- Acción legal en contra del HMO cuando sus decisiones de tratamientos causan daños
- Prohibición de represalias en contra del paciente o el doctor por presentar quejas
- Prohibición de recompensas económicas a los doctores por prescindir de recetar la atención necesaria
- Prohibición de estipulaciones contractuales que restrinjan al doctor discutir diferentes opciones de tratamiento con sus pacientes

El Departamento de Seguros de Texas publica el folleto *Las Organizaciones de Mantenimiento de Salud* en el cual se describen los derechos del asegurado. Conéctese a este documento en el sitio en la Red de TDI www.tdi.state.tx.us/consumer/cbo69.html, o llame al 1-800-252-3439 y pida una copia.

Tipos de planes de salud . . .

Planes con red de servicios

HMO*

Usted debe usar los proveedores en la red. Hay ventajas y desventajas en costo y cobertura. El HMO paga por todos los servicios amparados, siempre y cuando use los doctores y proveedores en la red del HMO. Tendrá que pagar un pequeño copago cuando recibe atención, Ej. $15 por consulta. Puede ser que también tenga que satisfacer un deducible o pagar un copago más alto por hospital u otros servicios.

La mayoría de los HMOs requieren que usted escoja a un doctor o clínica para que sea su proveedor principal. A este se le conoce como su médico principal, o PCP (*primary care provider*). Su PCP le suministrará la mayor parte de su atención médica.

Generalmente, antes de ver a un especialista o a otros proveedores en la red, el HMO exigirá que el médico principal expida una "recomendación". Sin embargo, los HMOs deben permitir que las mujeres escojan a un ginecólogo además de un PCP. Es más, en ciertas circunstancias, la ley permite el acceso directo a los especialistas. Para más información vea la página 4.

Consideraciones

- Debe usar los doctores y proveedores en la red del HMO.
- Si el HMO tiene una red de proveedores limitada es posible que solamente pueda consultar con los doctores y proveedores en la red de su PCP.
- Usualmente pagará menos cuando reciba servicios.
- Los servicios de cuidado preventivo usualmente están amparados.

Planes sin red

Pago-por-servicio o seguro de indemnización tradicional

No tiene una red de servicios. Le permite usar cualquier doctor u hospital sin obtener una recomendación. A estos planes se les llama pago-por-servicio (*fee-for-service*) porque los doctores y otros proveedores reciben un pago o cuota por cada servicio, tal como por las consultas, exámenes, procedimientos médicos u otros servicios médicos.

Usualmente requieren que usted satisfaga un deducible. Esto es, la suma que usted debe pagar anualmente por servicios antes que la aseguradora comience a pagar su porción de los costos.

Además, cuando la aseguradora comienza a pagar, usualmente usted paga una porción de los costos. Por ejemplo: el 20% de la cuenta.

Consideraciones

- Pagará más cuando reciba servicios (consultas, hospitalizaciones, etc.)
- Más papeleo. Por ejemplo: formas de reclamación para que el seguro le pague los servicios amparados y llevar una cuenta del deducible.
- No estará limitado para escoger a sus proveedores.

Planes combinados / Planes sin red

POS* y PPO

No tiene que usar los proveedores en la red, pero existen ventajas si lo hace.

En planes con opción de Punto de Servicio o POS (*point of service*) usted puede usar el plan como un HMO o como un plan de pago-por-servicio. Usted puede tener limitaciones al usar los POS.

Las Organizaciones de Proveedor Preferente o PPO (*preferred provider organization*) tienen una red de servicios, pero le permiten usar doctores fuera de la red con las condiciones del pago-por-servicio. Posiblemente le exijan o no le exijan una recomendación de su médico principal para recibir atención de especialistas o atención médica fuera de la red de servicios.

Consideraciones

Si usa a un proveedor dentro de la red:
- Usted pagará menos cuando recibe el servicio.
- Puede ser que amparen más servicios.

Red de proveedores:
El grupo de doctores, hospitales y otros proveedores de atenciónde salud que suministran servicios a las personas inscritas en un plan especifico.

* *Tipos de planes en la encuesta*

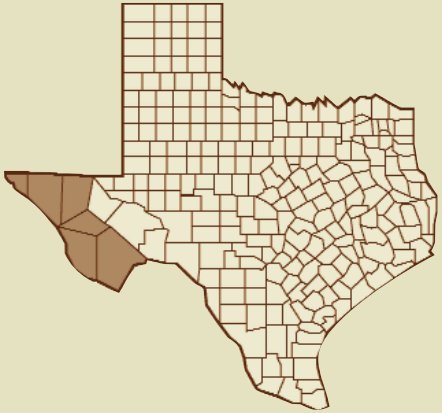
Aunque se analizaron todas las encuestas de consumidor de **todas** las organizaciones comerciales de mantenimiento de salud en Texas (HMOs), en la sección de resultados de la encuesta CAHPS™ 2.0H en este folleto publicamos únicamente los resultados de los planes que suministran servicios en la región Texas Oeste.

Los condados en el área de Texas Oeste son:
Brewster, Culberson, El Paso, Hudspeth, Jeff Davis, Presidio

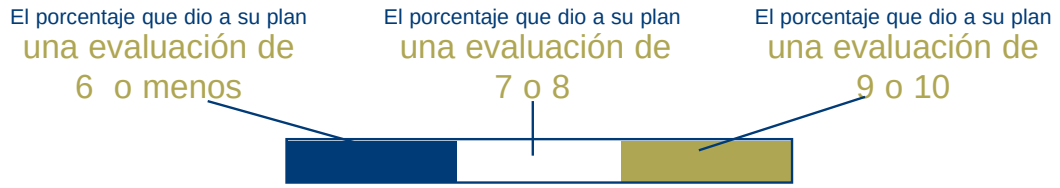
No todos los HMOs ofrecen servicios en cada uno de los condados mencionados. HMOs cuyos área de sevicio principal es colocado en su mayoría en otra región es incluido en este reporte si dicho área se extende dentro de por lo menos un condado en la región de Texas Oeste. La ciudad o área indicado despues del nombre de cada HMO indica el área de sevicio principal. Comuníquese directamente con las oficinas del plan para informes más detallados respecto a las áreas en las que ofrecen servicios.

Si el nombre de su HMO no se encuentra en la siguiente sección posiblemente se debe a que el plan fue exento de participación en la encuesta. Esto puede ser debido a su baja cantidad de asegurados o su breve tiempo de operación en el mercado comercial de HMOs en Texas durante 2000. Además, puede ser que su HMO no cumplio con los requisitos de reporte (vea página 18).

Resultados de la encuesta (CAHPS™ 2.0H) para la región Texas Oeste

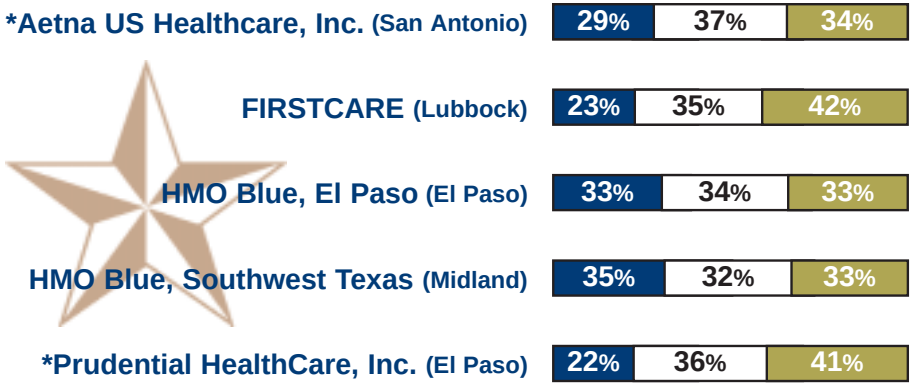


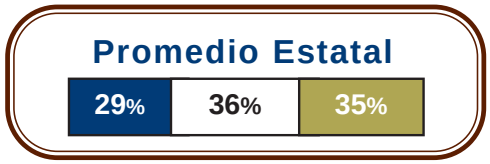
Evaluaciones de los planes de salud



La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les pidió que evaluaran su plan de salud usando una escala de:

0 = "el peor plan de salud posible" a
10 = "el mejor plan de salud posible"

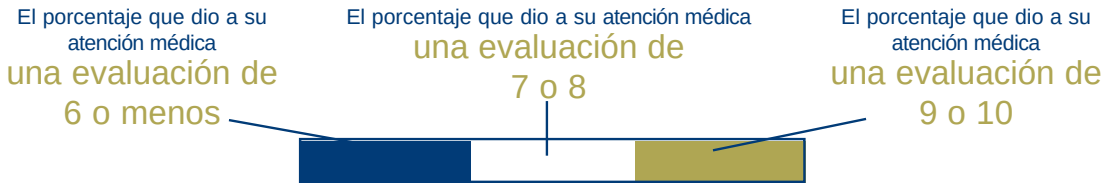




Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

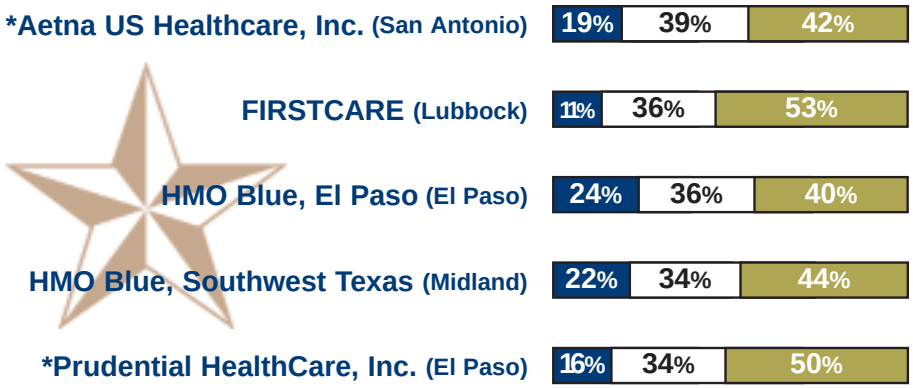
* *Incluso productos HMO y POS (para explicación vea la página 5)*

Evaluaciones de la atención médica



La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les pidió que evaluaran la atención médica que recibieron usando una escala de:

0 = "la peor atención médica posible" a
10 = "la mejor atención médica posible"



Promedio Estatal

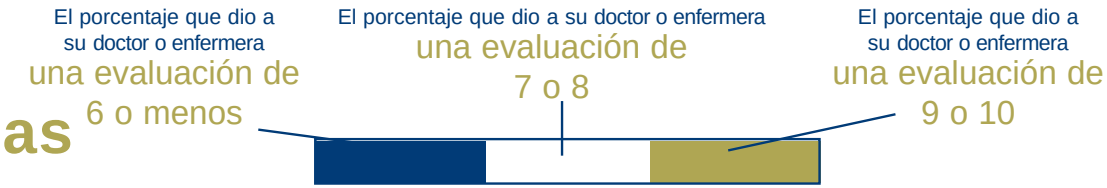
18%	37%	45%

Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

* *Incluso productos HMO y POS (para explicación vea la página 5)*

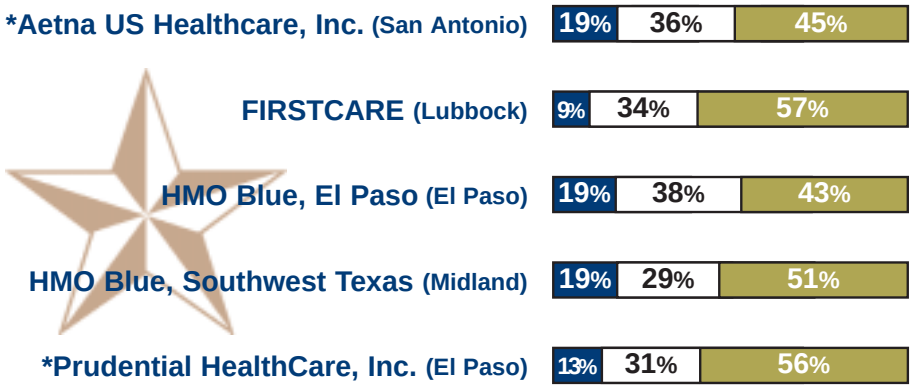
Resultados de la encuesta (CAHPS™ 2.0H)

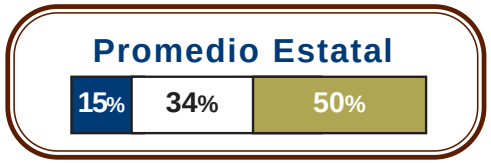
Evaluaciones de los doctores o enfermeras



La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les pidió que evaluaran su doctor o enfermera usando una escala de:

0 = "el peor doctor o enfermera posible" a
10 = "el mejor doctor o enfermera posible"

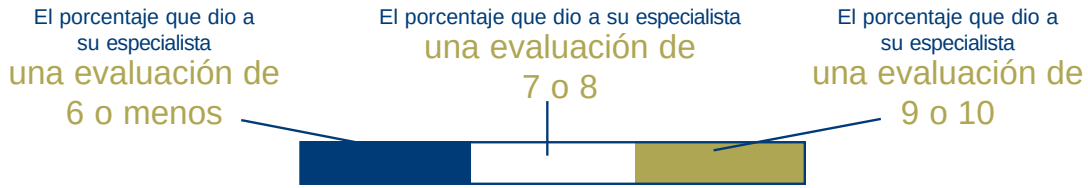




Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

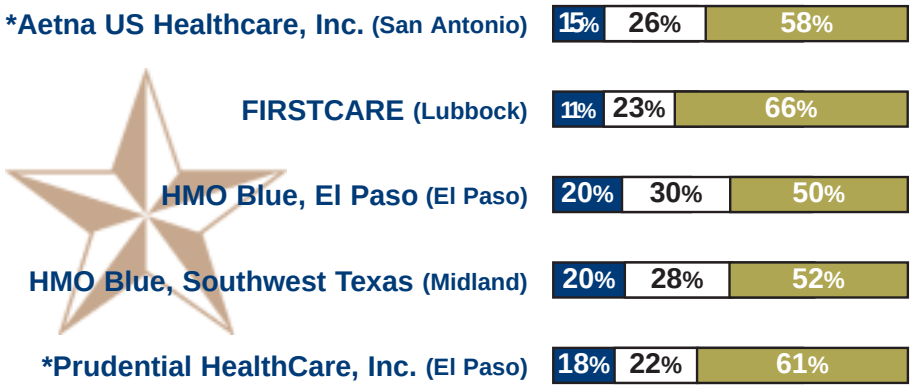
* *Incluso productos HMO y POS (para explicación vea la página 5)*

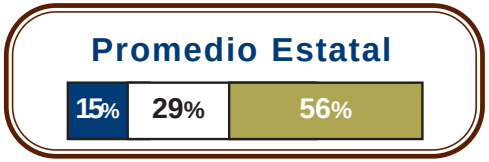
Evaluaciones de los especialistas



La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les pidió que evaluaran su especialista usando una escala de:

0 = "el peor especialista posible" a
10 = "el mejor especialista posible"



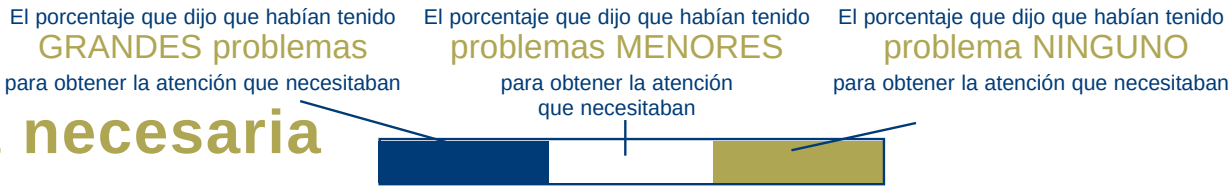


Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

* *Incluso productos HMO y POS (para explicación vea la página 5)*

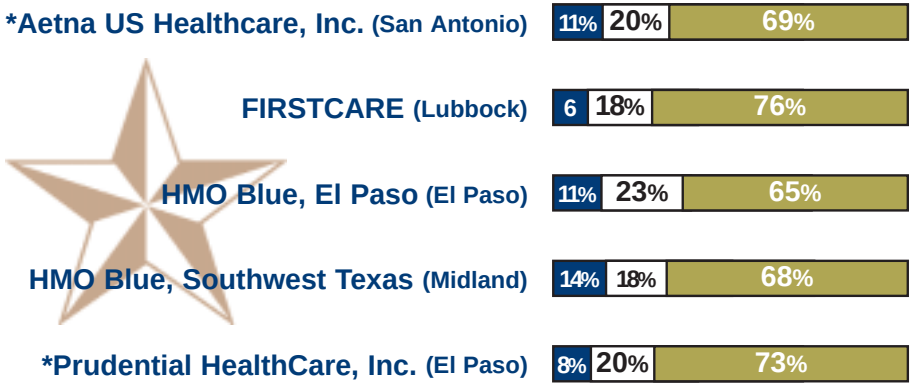
Resultados de la encuesta (CAHPS™ 2.0H)

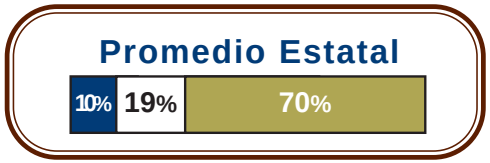
Consiguiendo la atención médica necesaria



La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les preguntó cuánto habían batallado para:

- Encontrar un médico principal o enfermera.
- Obtener la recomendación de su médico para ver a un especialista.
- Recibir la atención que ellos y su doctor creían era necesaria.
- Conseguir sin demoras la atención de salud amparada por el plan.

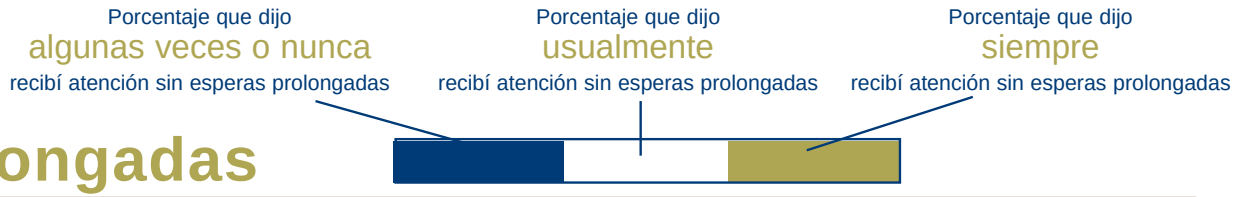




Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

* *Incluso productos HMO y POS (para explicación vea la página 5)*

Recibiendo atención médica sin esperas prolongadas



La gráfica muestra como respondieron los encuestados a la pregunta ¿qué tan frecuentemente? :

- Recibieron la ayuda o consejo que necesitaban cuando llamaron al consultorio del doctor durante horas normales de consulta.
- Recibieron tratamiento para una enfermedad o lesión tan pronto como lo deseaban.
- Pudieron hacer cita tan pronto como la deseaban para cuidado rutinario o común de salud.
- Esperaron solamente 15 minutos o menos después de la hora de la cita para ver a la persona que necesitaban ver.

Promedio Estatal

26%	32%	42%

Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

* *Incluso productos HMO y POS (para explicación vea la página 5)*

***Aetna US Healthcare, Inc.** (San Antonio)*	27%	29%	44%
FIRSTCARE (Lubbock)	19%	33%	48%
HMO Blue, El Paso (El Paso)	37%	28%	35%
HMO Blue, Southwest Texas (Midland)	23%	29%	48%
***Prudential HealthCare, Inc.** (El Paso)*	29%	29%	42%

Manejo de reclamaciones rápido y correcto

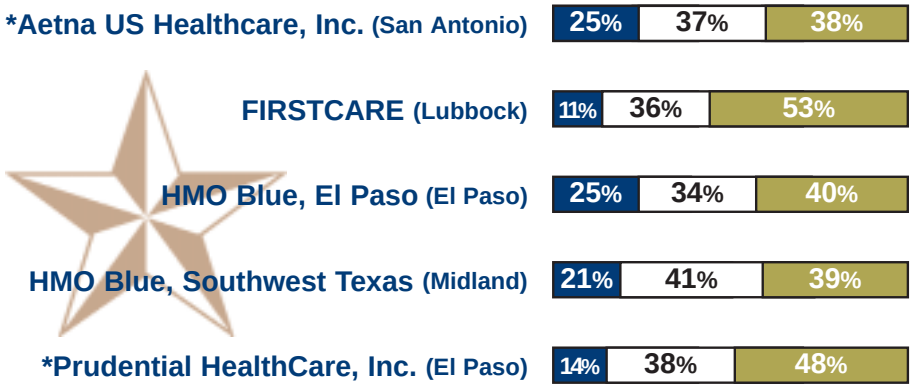
Porcentaje que dijo que su plan **algunas veces o nunca** procesó las reclamaciones de manera rápida y correcta

Porcentaje que dijo que su plan **usualmente** procesó las reclamaciones de manera rápida y correcta

Porcentaje que dijo que su plan **siempre** procesó las reclamaciones de manera rápida y correcta

La gráfica muestra como respondieron los encuestados a la pregunta ¿qué tan frecuentemente?:

- Su plan procesó sus reclamaciones en un tiempo razonable.
- Su plan procesó sus reclamaciones correctamente.



Promedio Estatal

22%	34%	44%

Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

* *Incluso productos HMO y POS (para explicación vea la página 5)*

Servicio al cliente eficiente y servicial

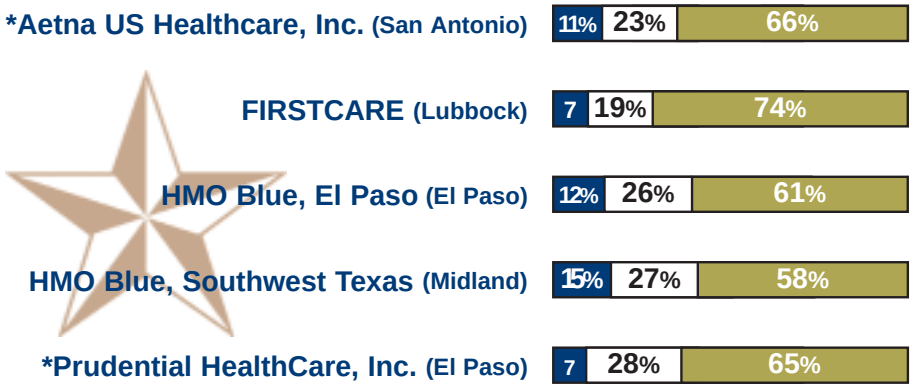
Porcentaje que dijo que habían tenido GRANDES problemas con el departamento de servicios al cliente

Porcentaje que dijo que habían tenido problemas MENORES con el departamento de servicios al cliente

Porcentaje que dijo que habían tenido problema NINGUNO con el departamento de servicios al cliente

La gráfica muestra cómo respondieron los encuestados cuando se les preguntó qué tanto problema tuvieron para:

- Conseguir la ayuda que necesitaban cuando llamaron a las oficinas de servicios al cliente.
- Encontrar y entender la información en los documentos escritos que les dio su plan de salud.
- Manejar el papeleo.



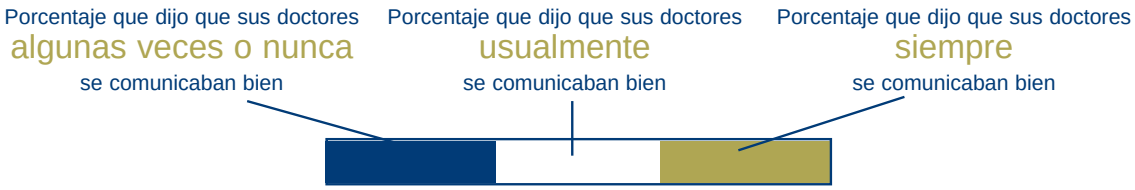
Promedio Estatal

Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

* *Incluso productos HMO y POS (para explicación vea la página 5)*

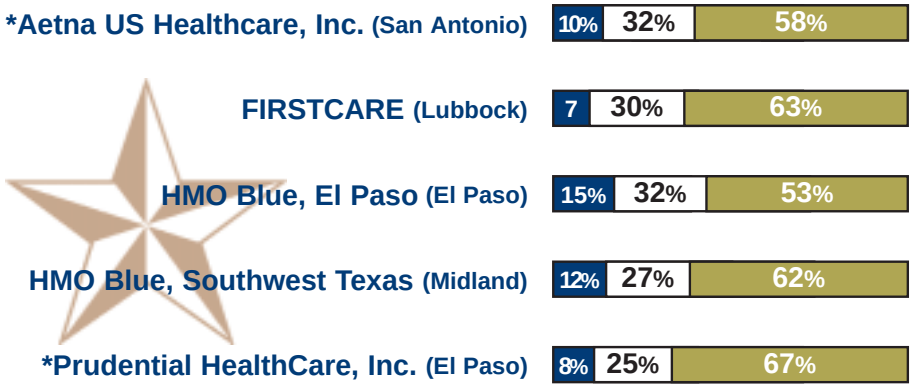
Resultados de la encuesta (CAHPS™ 2.0H)

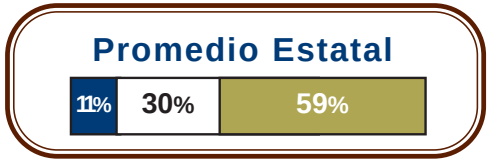
Doctores que se comunican bien



La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les preguntó qué tan frecuentemente su doctor y otro proveedor de servicios:

- Los escuchó cuidadosamente.
- Les explicó las cosas de una manera que pudieran entender.
- Les mostró respeto a lo que tenían que decir.
- Les dedicó suficiente tiempo .





Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

* *Incluso productos HMO y POS (para explicación vea la página 5)*

Personal de la oficina médica respetuoso, cortés y servicial

Porcentaje que dijo que el personal **algunas veces o nunca** fue cortés, respetuoso y servicial

Porcentaje que dijo que el personal **usualmente** fue cortés, respetuoso y servicial

Porcentaje que dijo que el personal **siempre** fue cortés, respetuoso y servicial

La gráfica muestra cómo respondieron los encuestados cuando se les preguntó qué tan frecuentemente el personal del consultorio:

- Los trató con cortesía y respeto.
- Fue tan servicial como debía de ser.

***Aetna US Healthcare, Inc.** (San Antonio)	11%	30%	59%
FIRSTCARE (Lubbock)	6	26%	69%
HMO Blue, El Paso (El Paso)	14%	27%	59%
HMO Blue, Southwest Texas (Midland)	9%	24%	68%
***Prudential HealthCare, Inc.** (El Paso)	9%	26%	65%

Promedio Estatal

10%	27%	62%

Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

* *Incluso productos HMO y POS (para explicación vea la página 5)*

Resultados de la encuesta (CAHPS™ 2.0H)

Tasa de respuestas a todos los planes en la encuesta

tasa de respuesta = (encuestas completadas / [selección total - ineligibles])

Promedio estatal = 36%

Aetna US Healthcare (Houston)	31%
Aetna US Healthcare (San Antonio)	31%
Aetna US Healthcare of North Texas (Dallas/Ft Worth)	30%
AmCare (Houston/El Paso/Austin/San Antonio/Dallas)	27%
Amil (Austin)	44%
CIGNA HealthCare of Texas, Inc. (Dallas)	46%
CIGNA HealthCare of Texas, Inc. (Houston)	42%
Community First Health Plans, Inc. (San Antonio)	43%
FIRSTCARE (Abilene/Midland/San Angelo)	53%
FIRSTCARE (Amarillo)	61%
FIRSTCARE (Lubbock)	54%
FIRSTCARE (Waco)	50%
Heritage Health Plan (Tyler)	56%
HMO Blue Texas (Austin)	37%
HMO Blue Texas (Beaumont/Lufkin)	36%
HMO Blue Texas (Corpus Christi)	38%
HMO Blue Texas (Dallas)	33%
HMO Blue Texas (Houston)	32%
HMO Blue Texas (San Antonio)	34%
HMO Blue, Central/South TX (Austin/Corpus Christi/Rio Grande/San Antonio)	34%
HMO Blue, El Paso (El Paso)	36%
HMO Blue, Northeast Texas (Dallas/Ft Worth/Tyler)	26%
HMO Blue, Southeast Texas (Houston)	27%
HMO Blue, Southwest Texas (Abilene/San Angelo)	39%
HMO Blue, Southwest Texas (Midland)	29%
HMO Blue, West Texas (Panhandle)	36%
Humana Health Plan of Texas (Austin)	40%
Humana Health Plan of Texas (Corpus Christi)	37%
Humana Health Plan of Texas (Dallas)	34%
Humana Health Plan of Texas (Houston)	33%
Humana Health Plan of Texas (San Antonio)	45%
Mercy Health Plans of Missouri, Inc. (Laredo)	35%
MethodistCare (TX Sudeste)	51%
ONE Health Plan of Texas, Inc. (Austin)	28%
ONE Health Plan of Texas, Inc. (Dallas)	25%
ONE Health Plan of Texas, Inc. (Houston)	20%
PacifiCare of Texas (Dallas)	38%
PacifiCare of Texas (Houston)	34%
PacifiCare of Texas (San Antonio)	53%
Parkland Community Health Plan (TX Nordeste)	45%
Prudential HealthCare Plan, Inc. (Austin)	22%
Prudential HealthCare Plan, Inc. (Corpus Christi)	19%
Prudential HealthCare Plan, Inc. (El Paso)	25%
Prudential HealthCare Plan, Inc. (Houston)	16%
Prudential HealthCare Plan, Inc. (TX Norte)	16%
Prudential HealthCare Plan, Inc. (San Antonio)	15%
Scott and White Health Plan (TX Central)	57%
Seton Health Plan, Inc. (Austin)	NCR
Texas Health Choice (Dallas)	30%
UnitedHealthcare of Texas, Inc. (Austin/San Antonio)	37%
UnitedHealthcare of Texas, Inc. (Corpus Christi/Houston)	37%
UnitedHealthcare of Texas, Inc. (Dallas)	35%
UTMB Healthcare System (Galveston)	42%
Valley Baptist Health Plans (Harlingen)	40%

NCR = No cumplieron con los requisitos de reporte

Datos de Quejas

La sección a continuación contiene un análisis a nivel estatal de datos colectados por el Departamento de Seguros de Texas.

Datos de quejas

Las tablas y gráficas a continuación dan información sobre la cantidad de quejas que en contra de los HMOs han presentado los proveedores, doctores, pacientes y otros ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI). Las quejas reportadas son casos resueltos, sin importar la disposición que TDI les dio. La Oficina del Asesor Legal Público de Seguros (OPIC) no audita ni realiza esfuerzos para verificar la veracidad de los datos respecto a la cantidad de quejas o miembros afiliados que publicamos en este reporte. Los datos de quejas publicados en el sitio electrónico de TDI cambian constantemente, esto se debe a que a medida que se van resolviendo las quejas los datos son añadidos a la fuente de datos correspondiente, o sea al trimestre de calendario en la que fueron recibidas. Esto podría crear dificultades a las personas que intentan replicar las estadísticas reportadas aquí.

Cambio en el método de conteo de quejas.

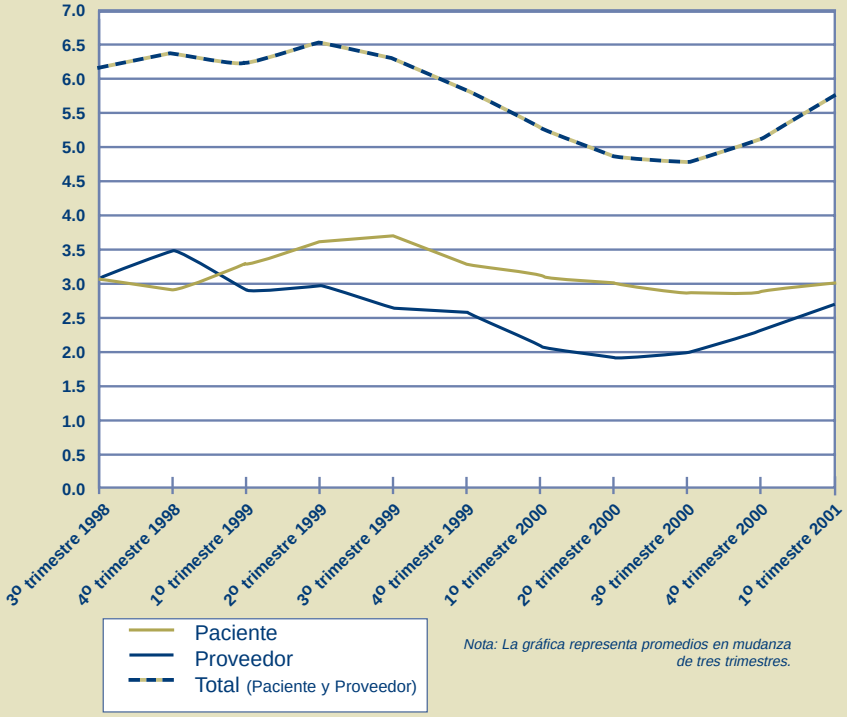
Este año hemos cambiado el método que utilizábamos para contar las quejas. Durante los últimos dos años notamos la tendencia de TDI a incluir más detalles sobre las quejas individuales en la fuente de datos. El inesperado resultado fue que en nuestras cuentas hubo duplicaciones debido a otros motivos que no eran por problemas que el paciente o el proveedor tuvo con el plan de salud.

Lo anterior no es problema cuando la suma de las quejas es con el objeto de comparación, pero sí causa preocupación cuando se mira a las tendencias a largo plazo. Esto crea la apariencia que las quejas van rápidamente en aumento cuando ese podría no ser el caso. En lugar de usar un método de conteo para comparación y otro para tendencias, pensamos que sería mejor utilizar un solo método para las dos cosas.

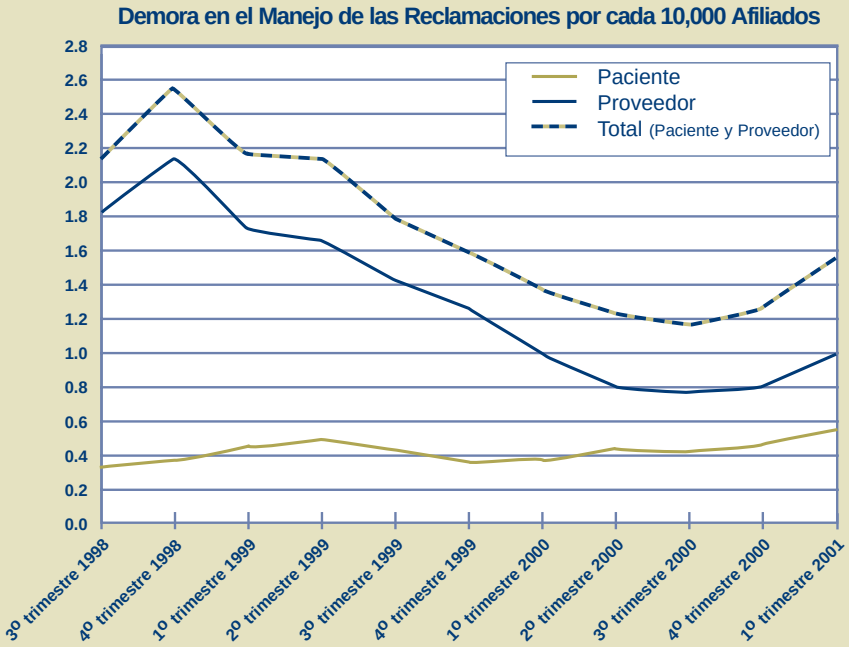
Anteriormente contábamos todos los registros de quejas del plan de salud, excluyendo solamente esos que en la fuente de datos estaban codificados ERISA. A partir de este año estamos utilizando una combinación de código de identificación específico de queja y motivo de queja. Los registros que tienen el mismo código de identificación y motivo de queja que los que ya han sido contados son excluidos. El resultado es que las sumas de las quejas en este reporte no son comparables a años anteriores.

La tendencia general a lo largo de los últimos tres años muestra un pequeño decline en la cantidad de quejas por afiliado, seguido por una ligera tendencia a aumento durante los últimos trimestres. A principios del 2001, tanto la frecuencia de quejas de paciente como de proveedor es ligeramente menor que lo que fue a mediados de 1998.

Totales de Quejas por cada 10,000 Afiliados



Nota: La gráfica representa promedios en mudanza de tres trimestres.



Nota: La gráfica representa promedios en mudanza de tres trimestres.

Al igual que en años pasados, el motivo más común por el que se presentaron quejas en contra de un HMO fue por la **demora en el manejo de las reclamaciones (28%).** Típicamente estas quejas son entabladas por los proveedores médicos, pero también fue el motivo más común por el que presentaron quejas los pacientes.

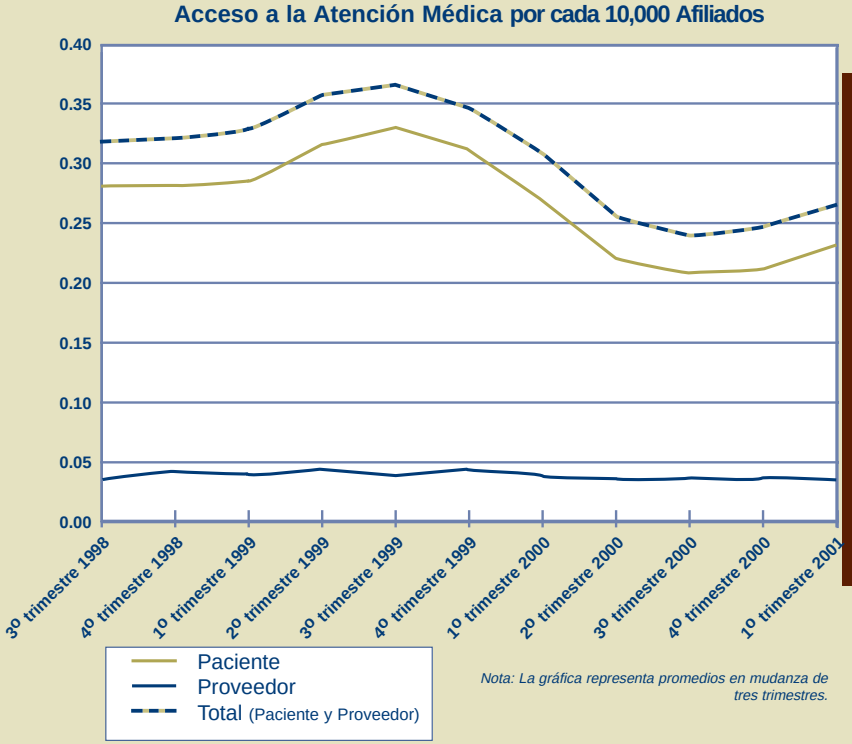
Otros motivos comunes de quejas fueron por **rechazo de reclamación (20%)**, **liquidación insatisfactoria de reclamación (11%)** respecto a reclamaciones médicas, y por la **facturación de saldo (10%).**

Las quejas por rechazo de reclamación son entabladas tanto por los proveedores como por los pacientes. Este tipo de queja usualmente se debe a alguna disputa con el HMO sobre los procedimientos médicos y los servicios que están amparados. En el presente, las quejas por liquidación insatisfactoria de reclamación son comúnmente entabladas por los proveedores médicos y se deben a conflictos debido al pago o al contrato. Las quejas por facturación de saldo son principalmente presentadas por los pacientes y se deben a que los proveedores médicos, laboratorios u hospitales facturan al paciente por servicios que supuestamente el HMO debe pagar.

Las quejas por demora en el manejo de reclamación, por afiliado, muestran un decline significante de más del 20% comprado con 1999. Entre las posibles explicaciones se encuentra el hecho de que durante ese período algunos HMOs en situación económica crítica fueron asimilados por otros planes de salud, y a las mejoras en los métodos de facturación de los planes que previamente se habían fusionado.

Mientras que la tendencia a lo largo ha ido bajando, en meses recientes las quejas por demora en el manejo de las reclamaciones ha comenzado a aumentar significantemente, como muestra la gráfica a la izquierda.

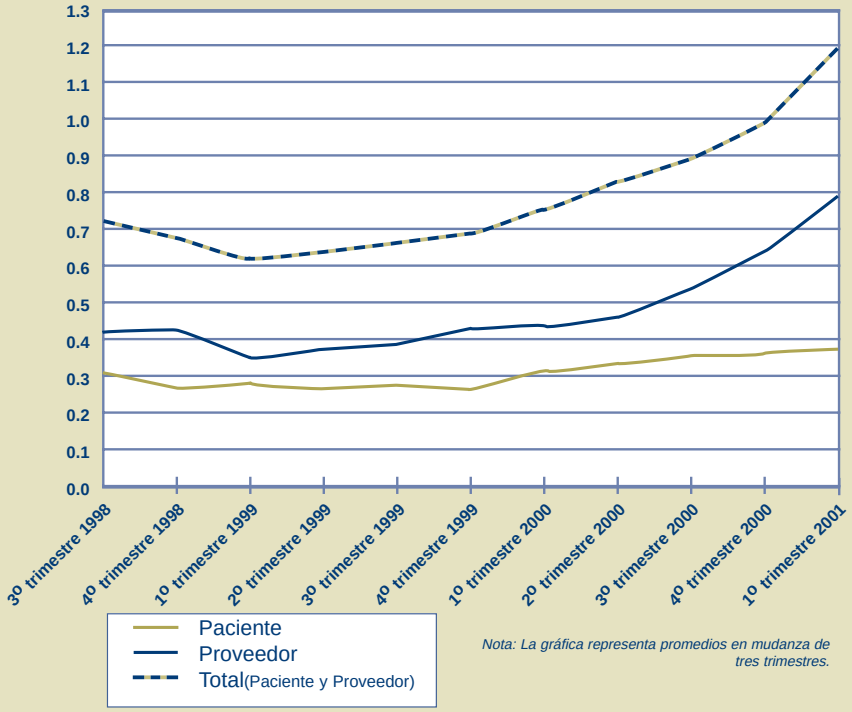
Las quejas por **acceso a la atención médica** disminuyeron más del 20% durante el período de mediados de 1999 a principios del 2001. Esto puede ser un reflejo del mejoramiento en el sistema de las recomendaciones.



Nota: La gráfica representa promedios en mudanza de tres trimestres.

Por el lado más negativo, se ha observado un agudo aumento reciente en las quejas por rechazo de reclamaciones. Esta medida de quejas aumentó más del 75% durante el período de mediados de 1999 a principios del 2001.

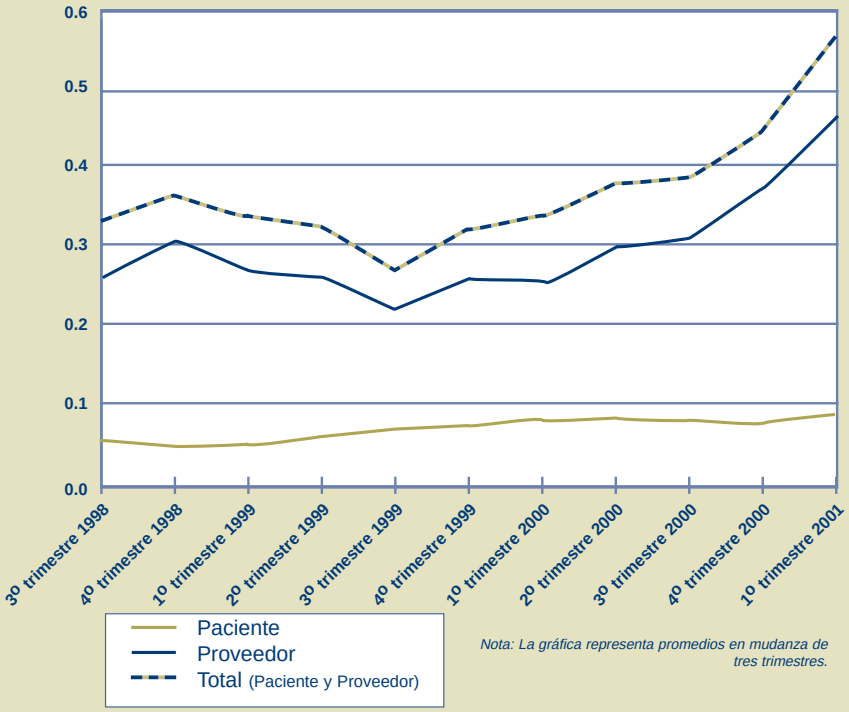
Rechazo de Reclamación por cada 10,000 Afiliados



Nota: La gráfica representa promedios en mudanza de tres trimestres.

También ha habido un agudo aumento reciente parecido en las quejas relacionadas a liquidación insatisfactoria respecto a las reclamaciones médicas.

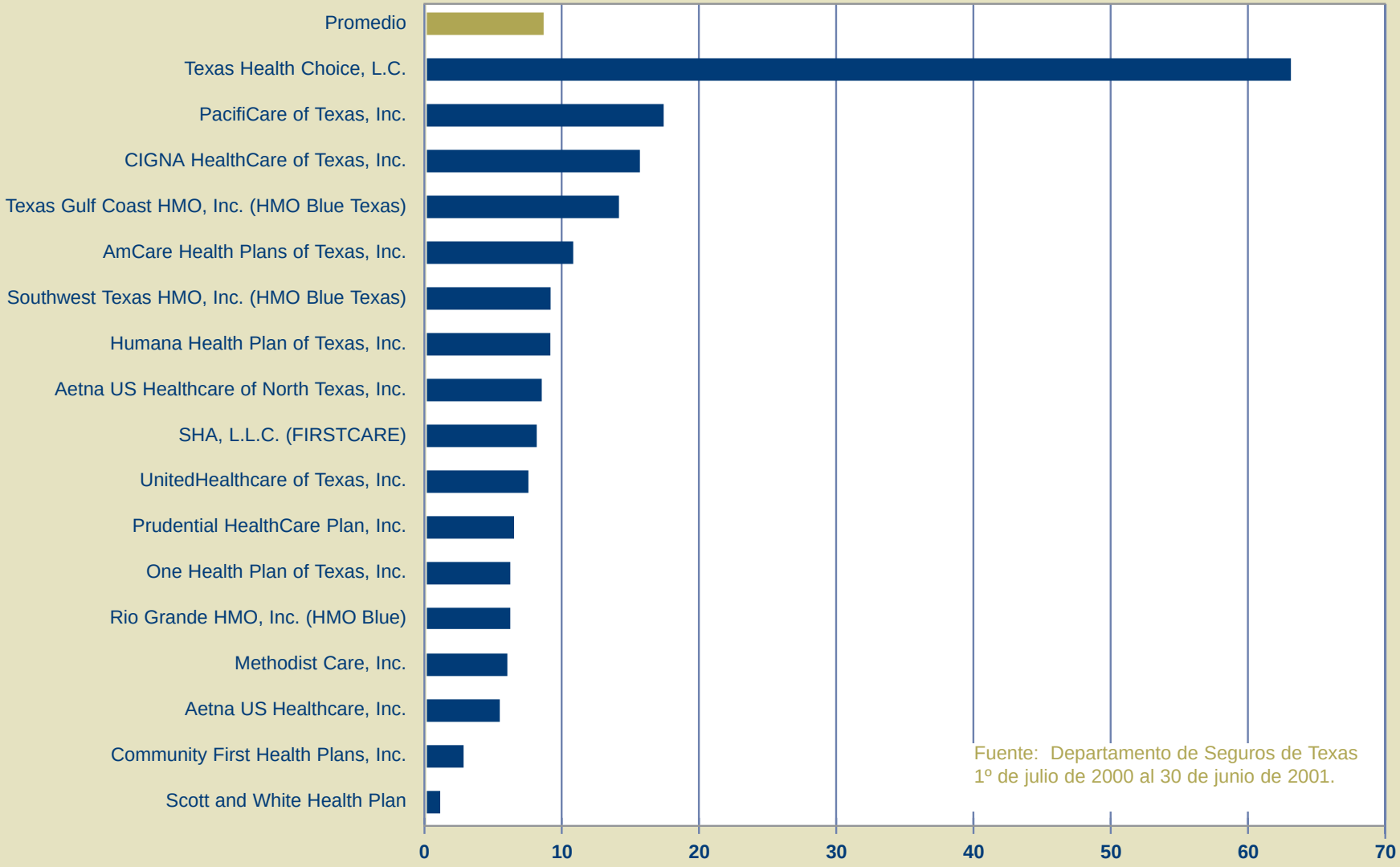
Liquidación Insatisfactoria de Reclamación por cada 10,000 Afiliados



Nota: La gráfica representa promedios en mudanza de tres trimestres.

Quejas de los pacientes* por cada 10,000 afiliados

Planes con más de 50,000 Afiliados

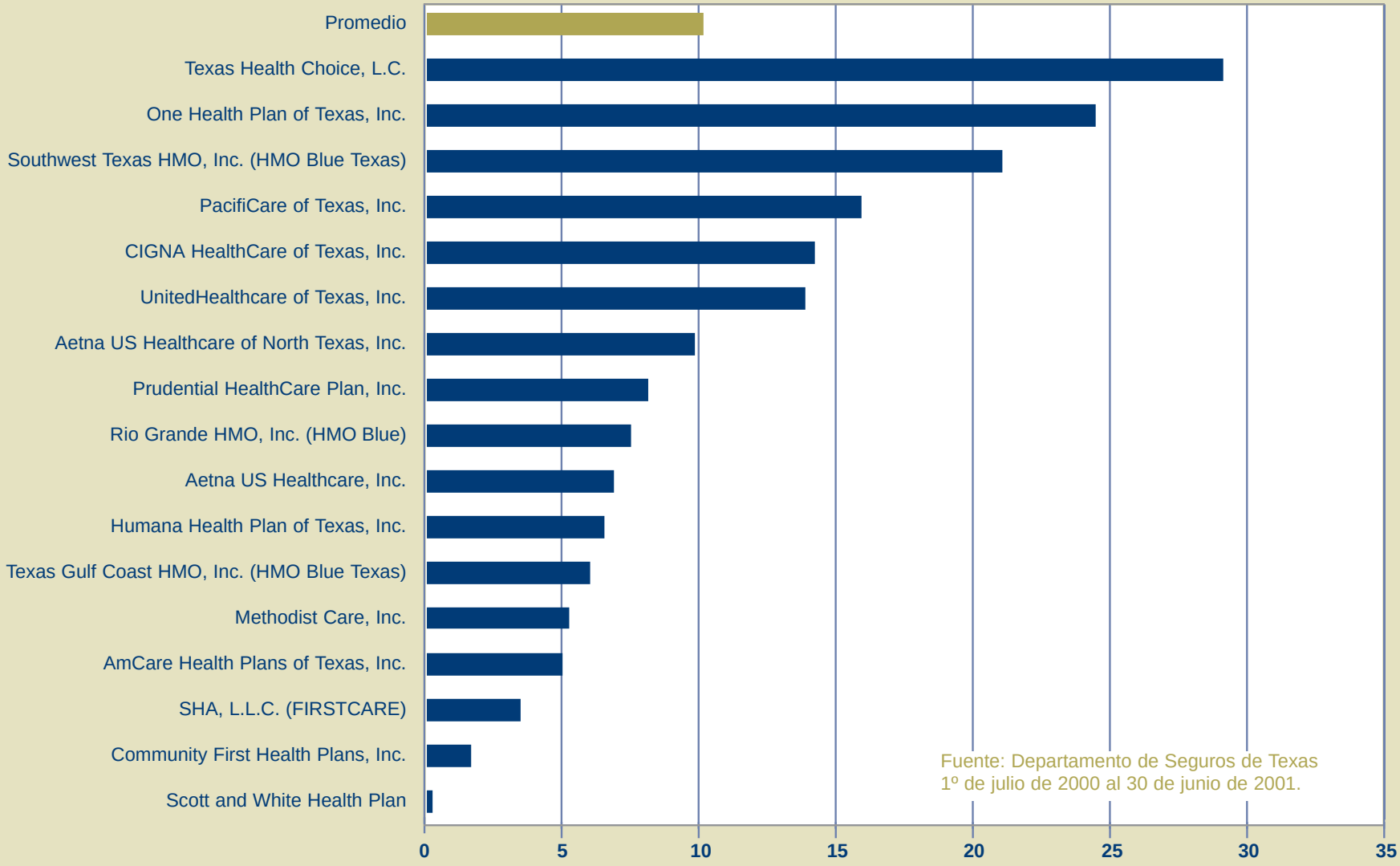


Datos de quejas

* *Incluso las quejas presentadas por otros a nombre del paciente.*

Quejas de los proveedores de atención médica* por cada 10,000 afiliados

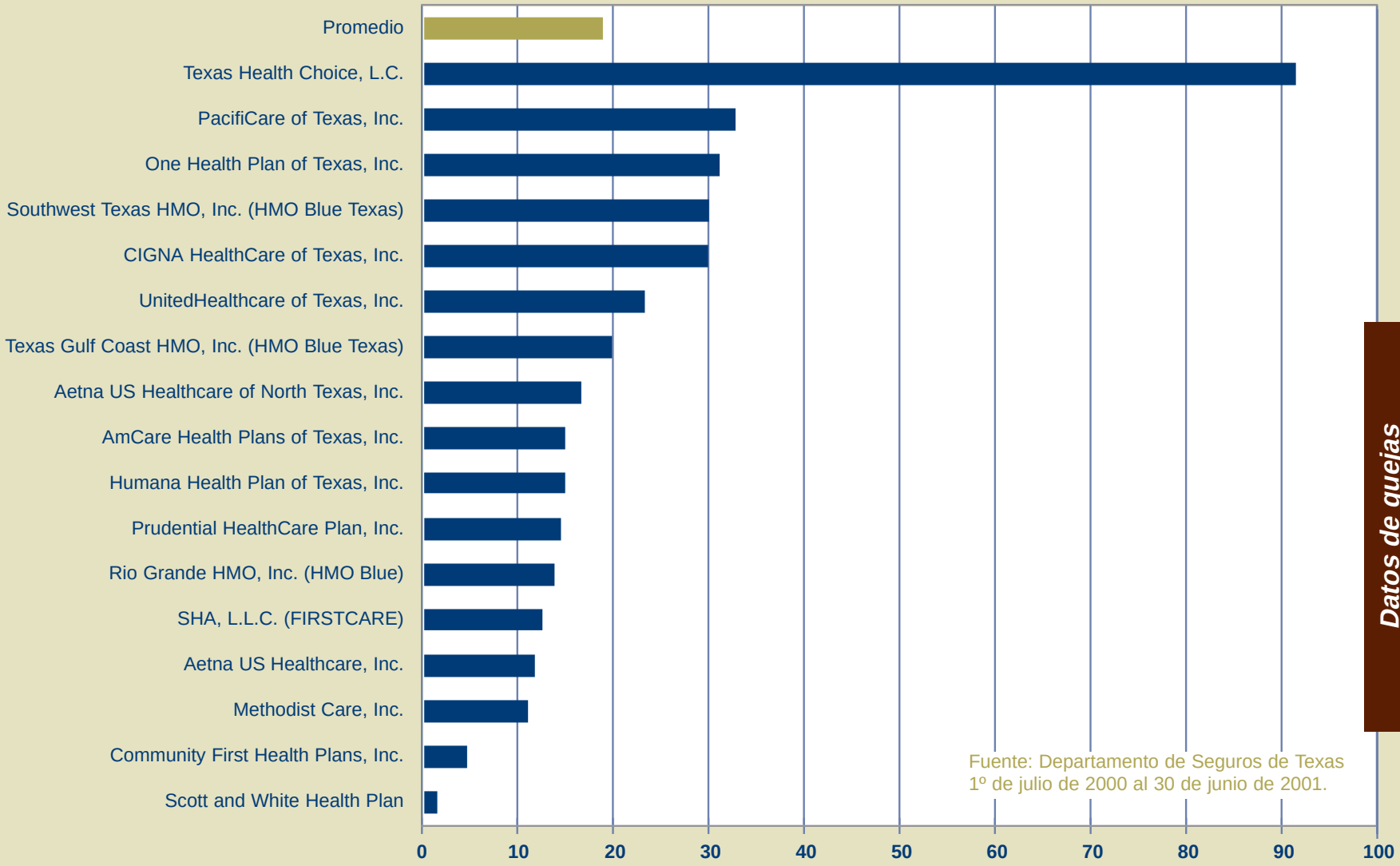
Planes con más de 50,000 Afiliados



* *Incluso las quejas presentadas por doctores, hospitales y otros proveedores de cuidados de salud.*

Quejas combinadas por cada 10,000 afiliados

Planes con más de 50,000 Afiliados



Datos de quejas

Totales de datos de quejas*

del 1º de julio de 2000 al 30 de junio de 2001
HMOs Servicios Basicos con más de 50,000 afiliados

	Total de afiliados hasta el 31 de Diciembre 2000	Quejas de proveedores	**Quejas de los pacientes**	Quejas combinadas (Paciente/ Proveedor)	Quejas de proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de los pacientes por cada 10,000 afiliados	Quejas combinadas (Paciente/ Proveedor) por cada 10,000 afiliados
Aetna US Healthcare, Inc.	290,418	195	152	347	6.7	5.2	12.0
Aetna US Healthcare of North Texas, Inc.	263,247	259	220	479	9.8	8.4	18.2
AmCare Health Plans of Texas, Inc.	53,491	27	59	86	5.0	11.0	16.0
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	126,586	181	195	376	14.3	15.4	29.7
Community First Health Plans, Inc.	52,435	8	15	23	1.5	2.9	4.4
Humana Health Plans of Texas, Inc.	314.195	204	290	494	6.5	9.2	15.7
Methodist Care, Inc.	93,003	49	57	106	5.3	6.1	11.4
One Heatlh Plan of Texas, Inc.	54,060	133	35	168	24.6	6.5	31.1
PacifiCare of Texas, Inc.	470,517	751	813	1,564	16.0	17.3	33.2
Prudential Health Care Plan, Inc.	327,443	269	222	491	8.2	6.8	15.0
Rio Grande HMO, Inc. (HMO Blue, Central, El Paso, NE, SE, SW, West TX)	170,371	127	110	237	7.5	6.5	13.9
Scott and White Health Plan	154,575	1	15	16	0.1	1.0	1.0
SHA, L.L.C. (FIRSTCARE)	79,396	37	65	102	4.7	8.2	12.9
Southwest Texas HMO, Inc. (HMO Blue Texas)	172,961	360	160	520	20.8	9.3	30.0
Texas Gulf Coast HMO, Inc. (HMO Blue Texas)	398,501	242	542	784	6.1	13.6	19.7
Texas Health Choice, L.C.	86,810	254	537	791	29.3	61.9	91.1
UnitedHealthcare of Texas, Inc.	340,935	477	259	736	14.0	7.6	21.6
TOTAL /PROMEDIO SERVICIOS BASICOS[1] (Planes > 50,000 Afiliados)	**3,448,944**	**3,574**	**3,746**	**7,320**	**10.1**	**8.9**	**19.0**

* Anteriormente contábamos todos los registros de quejas del plan de salud, excluyendo solamente esos que en la fuente de datos estaban codificados ERISA. A partir de este año estamos utilizando una combinación de código de identificación específico de queja y motivo de queja. Los registros que tienen el mismo código de identificación y motivo de queja que los que ya han sido contados son excluidos. El resultado es que las sumas de las quejas en este reporte no son comparables a años anteriores. Para más informes sobre el cambio de método refiérase a la página 20.

Anotaciones

1 El promedio de proporción de quejas de los planes con más de 50,000 afiliados se calculó excluyendo el valor alto y bajo en cada columna.

Totales de datos de quejas*

del 1º de julio de 2000 al 30 de junio de 2001
HMOs Servicios Basicos con menos de 50,000 afiliados

	Total de afiliados hasta el 31 de Diciembre 2000	Quejas de proveedores	Quejas de los pacientes	Quejas combinadas (Paciente/ Proveedor)	Quejas de proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de los pacientes por cada 10,000 afiliados	Quejas combinadas (Paciente/ Proveedor) por cada 10,000 afiliados
Amil International (Texas), Inc.	16,256	13	19	32	8.0	11.7	20.0
Community Health Choice, Inc.	7,876	37	12	49	47.0	15.2	62.2
HealthFirst HMO, Inc.	1,319	2	2	4	15.2	15.2	30.3
HealthPlan of Texas, Inc.	12,105	4	1	5	3.3	0.8	4.1
MetroWest Health Plan, Inc	3,698	3	1	4	8.1	2.7	10.8
Parkland Community Health Plan, Inc.	48,399	0	3	3	0	0.6	0.6
Physicians Care HMO, Inc.	83	2	2	4	241.0	241.0	481.9
Presbyterian Health Plan, Inc.	10,783	3	6	9	2.8	5.6	8.4
Seton Health Plan, Inc.	27,424	7	10	17	2.6	3.7	6.2
Texas Children's Health Plan, Inc.	36,211	0	2	2	0	0.6	0.6
Texas Universities Health Plans, Inc. (TUHP)	11,256	5	26	31	4.4	23.1	27.5
Universal Healthplan, Inc.	145	0	1	1	0	69.0	69.0
UTMB Health Plans, Inc.	44,871	2	3	5	0.5	0.7	1.1
Valley Baptist Health Plan, Inc.	11,018	1	0	1	0.9	0	0.9
Wellcare Health Plans of Texas, L.L.C.	1,031	18	76	94	174.6	737.2	911.7
West Texas Health Plans, L.C. (HMO Blue, West Texas)	15,913	2	1	3	1.3	0.6	1.9
TOTAL / MEDIO SERVICIOS BASICOS[1]	**248,388**	**99**	**165**	**264**	**3.0**	**4.6**	**9.6**

***** Anteriormente contábamos todos los registros de quejas del plan de salud, excluyendo solamente esos que en la fuente de datos estaban codificados ERISA. A partir de este año estamos utilizando una combinación de código de identificación específico de queja y motivo de queja. Los registros que tienen el mismo código de identificación y motivo de queja que los que ya han sido contados son excluidos. El resultado es que las sumas de las quejas en este reporte no son comparables a años anteriores. Para más informes sobre el cambio de método refiérase a la página 20.

Anotaciones

[1] El resumen de proporción de quejas de los planes con menos de 50,000 afiliados se basó en el medio en lugar del promedio para comparaciones debido al alto nivel de variabilidad entre los planes.

Apelaciones y Quejas

Si su plan de salud se niegue a pagar por atención de salud que usted o su doctor cree es necesaria o adecuada, usted tiene el derecho a apelar esa decisión. Cuando su plan hace semejante negación, debe también informarle sobre el sistema interno de apelaciones del HMO.

Si su apelación es negado, usted tiene el derecho a solicitar que una Organización de Revisión Independiente o IRO (*Independent Review Organization*) examine la decisión. El IRO tiene solamente 20 dias para presentar su decisión.

Si su padecimiento amenaza la vida usted puede dirigirse directamente al IRO y no tiene que apelar primero por medio del sistema de apelaciones del HMO. El IRO entonces tiene solamente 8 dias para presentar su decisión. Los planes de salud están obligados a pagar por el IRO y obedecer lo que el IRO decida.

Es posible que usted pueda proceder a entablar una demanda legal en contra del HMO si alguna decisión que el HMO emitió para su cuidado de salud le causó daños.

También, si tiene una queja en contra de su HMO usted puede presentarla ante TDI. Las quejas en contra de los proveedores de cuidados de salud deben presentarse ante la agencia acreditadora o las autoridades correspondientes.

Para más información sobre el proceso de los IROs o cómo presentar quejas (y otros derechos del paciente), favor de llamar al Departamento de Seguros de Texas:
Linea de Información de IROs al (888) 834-2476.
En Austin llame al 322-3400.
Linea de Ayuda al Consumidor al (800) 252-3439.
En Austin llame al 463-6500.

Apelaciones ante la Organización de Revisión

Desde el 1º de julio de 2000 hasta el 30 de junio de 2001

	Casos	Casos resueltos a favor del HMO	Casos resueltos a favor del paciente/ afiliado	Casos resueltos parcial-mente a favor del HMO y del paciente	Casos pendientes
Aetna US Healthcare	53	24	22	6	1
Amil	2	1	1	0	0
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	12	4	6	2	0
Community First Health Plans, Inc.	3	2	1	0	0
Cook Children's Health Plan	1	1	0	0	0
FIRSTCARE	4	2	2	0	0
HMO Blue	40	15	24	1	0
Humana Health Plan of Texas	7	2	4	1	0
Magellan Behavioral Health	1	0	0	1	0
MethodistCare	1	1	0	0	0
ONE Health Plan of Texas, Inc.	4	1	1	2	0
PacifiCare of Texas	23	3	19	1	0
Prudential HealthCare	62	24	30	8	0
Scott and White Health Plan	2	0	2	0	0
Texas Children's Health Plan	1	1	0	0	0
Texas Health Choice	5	2	2	1	0
UnitedHealthcare of Texas, Inc.	11	2	8	1	0
TOTAL	**232**	**85**	**122**	**24**	**1**

Fuente: Datos de TDI IRO Datos de

Excepción:

Algunos planes de beneficios de salud patrocinados por el empleador no están sujetos a la mayoría de las leyes de seguros debido a la Ley Seguridad de Ingresos de Jubilación (ERISA 1997). Sin embargo, la ley de Texas ahora incluye por medio del cual los planes ERISA pueden *voluntariamente* participar en el proceso IRO. Cuando usted presenta una reclamación ante el Departamento de Seguros de Texas, su personal puede ayudarlo a informarse si usted está inscrito en un plan ERISA. También puede solicitar información y presentar quejas ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (vea la página 35).

Porción del Mercado

Números de Teléfonos de Servicio al Cliente

Fuentes de Datos Financieros

Otras Fuentes de Información

La sección a continuación contiene información a nivel estatal que fue colectada por el Departamento de Seguros de Texas y otros.

Porción del mercado de los HMOs

HMO	Afiliados Totales	Porción del Mercado Total	Afiliados Comerciales	Porción del Mercado Comercial
Aetna US Healthcare (Incl. Aetna N. TX y Prudential)	921,184	24.0%	920,678	30.3%
Blue Cross Blue Shield of Texas (Incl. todos HMO Blue)	636,332	16.6%	565,291	18.6%
PacifiCare of Texas, Inc.	407,035	10.6%	234,676	7.7%
UnitedHealthcare of Texas, Inc.	275,901	7.2%	275,622	9.1%
FIRSTCARE (SHA, L.L.C.)	231,941	6.0%	191,753	6.3%
Humana Health Plan of Texas, Inc.	214,789	5.6%	155,638	5.1%
Scott and White Health Plan	159,325	4.2%	127,415	4.2%
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	156,477	4.1%	156,361	5.1%
Americaid Texas, Inc.	149,642	3.9%	22,797	0.7%
MethodistCare, Inc.	71,496	1.9%	55,469	1.8%
Texas Health Choice	67,426	1.8%	50,057	1.6%
Community First Health Plans, Inc.	62,133	1.6%	22,171	0.7%
Parkland Community Health Plan, Inc.	54,745	1.4%	9,670	0.3%
ONE Health Plan of Texas, Inc.	54,509	1.4%	54,509	1.8%
Superior Healthplan, Inc.	53,315	1.4%	0	
UTMB Healthcare Systems	52,592	1.4%	27,979	0.9%
Texas Children's Health Plan, Inc.	41,235	1.1%	29,893	1.0%
AmCare Health Plans of Texas, Inc.	39,611	1.0%	20,077	0.7%
Vista Health Plan, Inc.	30,578	0.8%	30,578	1.0%
Cook Children's Health Plan	27,452	0.7%	27,452	0.9%
Seton Health Plan, Inc.	24,824	0.6%	10,610	0.3%
Amil International (Texas), Inc.	20,331	0.5%	20,331	0.7%
TUHP(Texas Universities Health Plan, Inc.)	15,679	0.4%	1,893	0.1%
Mercy Health Plans of Missouri, Inc.	15,179	0.4%	8,062	0.3%
Driscoll Children's Health Plan	13,384	0.3%	0	
Heritage Health Plans(HealthPlan of Texas, Inc.)	12,840	0.3%	12,840	0.4%
Valley Baptist Health Plan, Inc.	10,961	0.3%	10,961	0.4%
Community Health Choice, Inc.	8,183	0.2%	0	
MetroWest Health Plan, Inc.	3,821	0.1%	0	
Wellcare Health Plans of Texas	796	0.0%	374	0.0%
Universal Healthplan, Inc.	88	0.0%	0	
HealthFirst HMO, Inc.	5	0.0%	5	0.0%
TOTAL	3,833,809		3,043,162	

Las cifras están basadas en la inscripción que terminó en marzo de 2001.

Afiliados Totales incluye miembros inscritos en Medicare y Medicaid. Afiliados Comerciales incluye solamente miembros inscritos en el mercado comercial.

Fuente de datos:
TDI Texas Data HMO Report: Basic Service First Quarter 2001

Números de Teléfonos de Servicio al Cliente

Aetna US Healthcare	1-800-992-7947
Amcare	1-800-782-8373
Americaid Community Care (Americaid Texas, Inc.)	1-800-600-4441
Amil	1-888-349-2645
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	1-800-238-8801
Community First Health Plans, Inc.	1-800-434-2347
Community Health Choice, Inc.	1-888-760-2600
Cook Children's Health Plan	1-800-964-2247
Driscoll Children's Health Plan	1-877-324-3627
FIRSTCARE (SHA, LLC)	1-800-365-1051
Harris Methodist Texas Health Plan	Ahora PacifiCare of Texas
Heritage Health Plan (HealthPlan of Texas, Inc.)	1-800-458-4559
HMO Blue Texas (Southwest Texas HMO, Inc.)	1-877-299-2377
HMO Blue Texas (Texas Gulf Coast HMO, Inc.)	1-800-833-5318
HMO Blue, C/DFW/NE/S/SE/SW (Rio Grande HMO, Inc.)	1-888-585-6799
HMO Blue, West Texas (West Texas Health Plans, LC)	1-800-468-2602
Humana Health Plan of Texas	1-800-448-6262
Mercy Health Plans of Missouri, Inc.	1-800-617-3433
MethodistCare	1-800-313-0555
MetroWest Health Plan, Inc.	1-888-924-8852
MSCH HMO (Memorial Sisters of Charity)	Ahora Humana Health Plan of Texas
ONE Health Plan of Texas	1-800-663-8081
PacifiCare of Texas	1-800-825-9355
Parkland Community Health Plan	1-888-672-2277
PCA Health Plans of Texas, Inc.	Ahora Humana Health Plan of Texas
Prudential HealthCare Plan	1-800-261-2645
Scott and White Health Plan	1-800-321-7947
Seton Health Plan, Inc.	1-800-749-7404
Superior Healthplan, Inc.	1-800-216-8512
Texas Children's Health Plan, Inc.	1-800-990-8247
Texas Health Choice	1-800-466-8397
TUHP (Texas Universities Health Plan, Inc.)	1-888-333-4078
UnitedHealthcare of Texas, Inc.	1-800-411-1145
UTMB Healthcare Systems (Family Health Centers, Inc.)	1-800-310-7500
Valley Baptist Health Plans	1-877-423-4400
Vista Health Plan, Inc.	1-800-852-1040
Wellcare Health Plans of Texas	1-888-223-7887

Fuentes de Datos Financieros

Varias organizaciones publican información sobre la solidez económica de los HMOs y otras aseguradoras en Texas. El estado financiero del plan de salud puede impactar su habilidad para pagar las reclamaciones a tiempo y, en casos extremos, puede afectar la calidad de sus servicios. Usualmente, un nivel alto de quejas en contra del plan de salud, especialmente si las quejas provienen de los proveedores médicos, algunas veces es indicador de deficiencia económica.

Para información sobre la clasificación de la estabilidad económica de los planes de salud en Texas, puede llamar a las siguientes organizaciones:

A.M. Best
www.ambest.com
1-908-439-2200

Standard and Poor's Corp.
www.standardandpoor.com
1-212-438-7307

Weiss Ratings, Inc.
www.weissratings.com
1-800-289-9222

Para más información financiera y otra información sobre los muchos planes de salud en Texas llame a la Línea de Ayuda al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439. La TDI también pone a disposición del público este tipo de información. Busque los "perfiles de compañía" (*Company Profiles*) en el sitio electrónico de TDI: www.tdi.state.tx.us .

OPIC exhorta a los consumidores a obtener y estudiar toda la información a su disposición para enterarse de la estabilidad económica de su HMO.

Otras fuentes de información

ESTATAL

Texas Department of Insurance (TDI)
P.O. Box 149091
Austin, Texas 78714-9091
(800) 252-3439
In Austin, 463-6515
www.tdi.state.tx.us

El Departamento de Seguros de Texas (TDI) cuenta con la autoridad para regular a los HMOs que operan en Texas, incluso quejas, calidad del cuidado de salud y estabilidad económica. TDI ofrece información, por medio de publicaciones y en su sitio en la Red, sobre los HMOs y las aseguradoras de salud en general.

Texas Department of Health (TDH)
Bureau of Managed Care
1100 West 49th Street
Austin Texas 78756-3168
(512) 794-6862
www.tdh.state.tx.us/hcf/mc/default.htm

La Oficina del Cuidado de Salud Administrado del Departamento de Salud del Estado de Texas (TDH) es la principalmente responsable por el cuidado de salud administrado de Medicaid. TDH ha conducido y publicado la encuesta CAHPS™ de los planes de Medicaid, incluso los HMOs.

Texas Health Care Information Council (THCIC)
209 East 9th Street, Suite 19.140
Two Commodore Plaza
Austin, Texas 78701
(512) 482-3312
www.thcic.state.tx.us

El Consejo de Información sobre el Cuidado de la Salud de Texas (THCIC) es una agencia estatal que recaba datos de los hospitales y los HMOs sobre la calidad de sus servicios y la pone a disposición del público. Anualmente, el Consejo recaba y publica el Paquete de Datos e Información/Planes de Salud de Empleadores (HEDIS®) de los HMOs en Texas. El HEDIS® es un conjunto de medidas estándar diseñados para permitir hacer las comparaciones del desempeño de los HMOs.

TexCare Partnership
P.O. Box 149276
Austin, Texas 78714-9276
(800) 647-6558
www.texcarepartnership.com

TexCare Partnership ofrece seguro de salud para los niños a un precio que acuerda con los presupuestos de las familias en Texas. TexCare Partnership ofrece dos programas de seguro de salud para los niños: el Seguro de Salud para los Niños de Texas (CHIP) y Medicaid para los Niños de Texas. También determina elegiblidad para el Seguro de Salud para los Niños de Empleados Estatales (SKIP).

Texas Department on Aging (TDoA)
P.O. Box 12786
Austin, Texas 78711
(800) 252-9240
www.tdoa.state.tx.us

El Departamento de Personas de Edad Avanzada en Texas (TDoA) fue establecido para administrar los pro-

(continúa en la próxima página)

(continuación de la página 33)

gramas financiados por medio de la Ley Americanos de Edad Avanzada que fue instituida en 1965 (la OAA) así como las contribuciones de la legislatura de Texas y de las comunidades locales. Estos programas están orientados a ayudar a los individuos de 60 años o más a mantener su salud, independencia personal, dignidad y habilidad de contribuír a la sociedad.

Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP)

(800) 252-9240 (TDoA)

El Programa de Información de Salud, Abogacía y Asesoría para Tejanos de Edad Avanzada (HICAP) ofrece asesoría de persona a persona a los Tejanos mayores o incapacitados y beneficiarios de Medicare. Los consejeros de beneficios ayudan a descifrar la confusión del papeleo y a obtener respuestas a pregustas importantes. Los voluntarios que trabajan en HICAP ofrecen información respecto a los asuntos críticos, incluso Medicare, Medicaid, seguro suplementario, HMOs de Medicare, seguros de cuidado a largo plazo y beneficios de jubilación. El HICAP es auspiciado por la TDoA, el TDI y el Centro de Servicios Legales en Texas.

Texas Health Insurance Risk Pool (THIRP)

P.O. Box 6089
Abilene, Texas 79608-6089
(888) 398-3927
www.txhealthpool.org

El Fondo de Seguros de Salud para Personas de Alto Riesgo (THIRP) fue establecido por la legislatura de Texas para proveer seguro de salud a los residentes de Texas que no pueden conseguir cobertura adecuada de seguro de salud debido a sus padecimientos médicos, o están considerados como "Individuos que llenan los requisitos federales" de acuerdo a lo estipulado por la Ley para la Transferencia y Contabilidad de Seguros (HIPAA) de 1996.

Employees Retirement System of Texas (ERS)

18th and Brazos Streets
P.O. Box 13207
Austin, Texas 78711-3207
(888) 275-4377
www.ers.state.tx.us

El Sistema de Jubilación de Empleados de Texas (ERS) administra los planes de beneficios de salud de los empleados estatales y del personal de educación superior cuyos empleadores participan en el Programa Uniforme de Seguros de Grupo (UGIP). El ERS también administra los planes de jubilación de los empleados de agencias estatales. Su sitio en la Red ofrece una amplia gama de información así como folletos guías para los beneficios de salud.

Teacher Retirement System of Texas (TRS)

1000 Red River Street
Austin, Texas 78701-2698
(800) 223-8778
www.trs.state.tx.us

El Sistema de Jubilación de Maestros en Texas (TRS) administra el seguro de salud y ofrece beneficios de jubilación y relacionados a los empleados activos y jubilados de las escuelas públicas, colegios y universidades que reciben ayuda del estado.

FEDERAL

Health Care Financing Administration
(HCFA)
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850
(800) 633-4227
www.hcfa.gov

La Administración para el Financiamiento del Cuidado de Salud (HCFA) es la agencia del gobierno federal responsable por la vigilancia de los programas nacionales Medicare, Medicaid y los programas estatales de Salud Para los Niños. Por medio de su sitio en la Red, HCFA pone a su disposición información sobre Medicare, incluso datos de comparación sobre los HMOs Medicare.

United States Department of Labor
Pension and Welfare Benefits
Administration (PWBA)
(Oficina Regional/Dallas)
525 Griffin Street, Rm. 707
Dallas, Texas 75202-5025
(214) 767-6831
www.dol.gov/dol/pwba

La Administración de Pensiones y Bienestar Social (PWBA) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. es la agencia federal responsable por la administración y vigilancia del cumplimiento a lo estipulado en Título I de la Ley Seguridad de Ingresos de Jubilación (ERISA 1974). La PWBA publica numerosos documentos y guías para ayudar a los trabajadores que reciben beneficios por medio de sus empleadores a obtener la información necesaria para proteger sus derechos.

Office of Personnel Management
Federal Employees Health Benefit Program
San Antonio Service Center
8610 Broadway, Room 305
San Antonio, Texas 78217
(210) 805-2423
www.opm.gov

La Oficina de Manejo de Personal publica anualmente una guía de planes de beneficios de salud para los empleados civiles del gobierno federal. La guía compara y evalúa a los planes HMO, a los de pago-por-servicio y a los planes de cuidado de salud administrada que están a disposición de los empleados federales.

Favor enviar sus preguntas y comentarios a:

Office of Public Insurance Counsel

(La Oficina del Asesor Legal Público de Seguros)

William P. Hobby State Office Building
333 Guadalupe, Suite 3-120
Austin, Texas 78701
512-322-4143
fax 512-322-4148
http://www.opic.state.tx.us
Rod.Bordelon@mail.capnet.state.tx.us

Usuarios de TDD o TT llamen al 1-800-RELAY TX
Pida al agente que marque el número que usted desea

OPIC
RECICLA