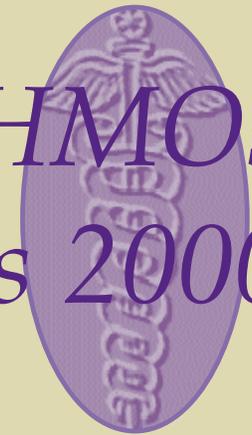
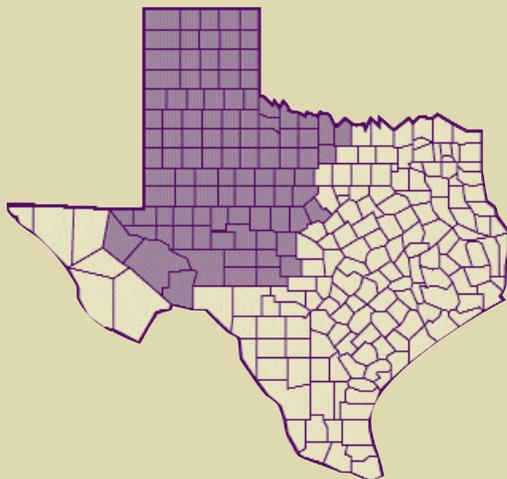


Comparación de los HMOs en Texas 2000



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 información en este manual

Sobre este reporte	2
¿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 Panhandle/Plains

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
Tabla: Motivo de las Quejas	20
Gráfica: Quejas de los Pacientes	21
Gráfica: Quejas de los Proveedores de atención médica	22
Gráfica: Quejas Combinadas	23
Tabla: Datos Totales de Quejas (HMOs con más de 50,000 afiliados)	24
Tabla: Datos Totales de Quejas (HMOs con menos de 50,000 afiliados)	25
Apelaciones y Quejas	26
Tabla: Apelaciones ante la Organización de Revisión	26
Porción del Mercado	28
Números de Teléfonos de Servicio al Cliente	29
Fuentes de Datos Financieros	20
Otras Fuentes de Información	31

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 1999. 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 31-33 de este manual. Además, en el reporte no están incluidos los planes ERISA. Para información sobre los planes de ERISA vea las páginas 26 y 33.

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.

¿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.

La HEDIS®/CAHPS™ 2.0H es una fusión de la antigua HEDIS® (Encuesta de Satisfacción de Miembros) de NCQA y de CAHPS™. La CAHPS™ fue producida por la Facultad de Medicina de Harvard, Research Triangle Institute, Inc. y RAND.

¿Quién participó?

Solo adultos que habían estado inscritos en su plan ininterrompidamente por un lapso de 12 meses, desde el 1º de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre de 1999, 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 2000* muestran los resultados del análisis de la encuesta en la que participaron más de 20,000 miembros inscritos en 59 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 30-33.

¿Que fue el índice de respuestas?

De los 54,982 miembros seleccionados y que llenaban los requisitos para participar en la encuesta, el 45% respondió. 17,061 la llenaron y la regresaron por correo y 3,926 la contestaron por teléfono. Refiérase a la página 18 para ver la lista de todos los planes y el promedio de respuestas de cada plan.

¿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 1999, 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 30-33.

¿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
- 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 1-800-599-7467 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 atención de salud que suministran servicios a las personas inscritas en un plan específico.

* 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 Panhandle/Plains.

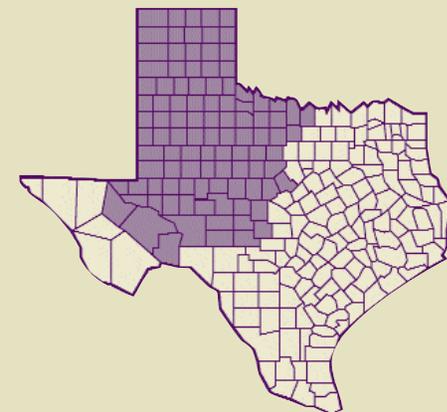
Los condados en el área de Texas Panhandle/Plains son:

Andrews, Archer, Armstrong, Bailey, Baylor, Borden, Briscoe, Brown, Callahan, Carson, Castro, Childress, Clay, Cochran, Coke, Coleman, Collingsworth, Comanche, Concho, Cottle, Crane, Crockett, Crosby, Dallam, Dawson, Deaf Smith, Dickens, Donley, Eastland, Ector, Fisher, Floyd, Foard, Gaines, Garza, Glasscock, Gray, Hale, Hall, Hansford, Hardeman, Hartley, Haskell, Hemphill, Hockley, Howard, Hutchinson, Irion, Jack, Jones, Kent, Kimble, King, Knox, Lamb, Lipscomb, Loving, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, McCulloch, Menard, Midland, Mitchell, Montague, Moore, Motley, Nolan, Ochiltree, Oldham, Parmer, Pecos, Potter, Randall, Reagan, Reeves, Roberts, Runnels, Schleicher, Scurry, Shackelford, Sherman, Stephens, Sterling, Stonewall, Sutton, Swisher, Taylor, Terrell, Terry, Throckmorton, Tom Green, Upton, Ward, Wheeler, Wichita, Wilbarger, Winkler, Yoakum, Young

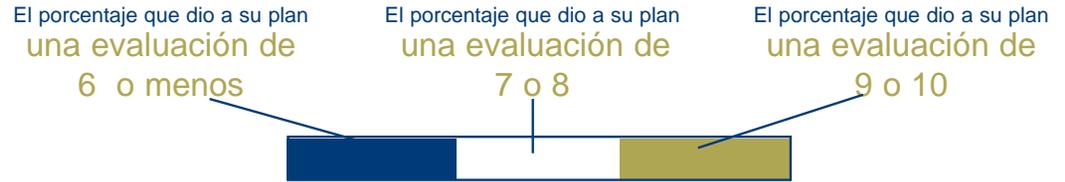
No todos los HMOs ofrecen servicios en cada uno de los condados mencionados. HMOs cuyos área de servicio principal es colocado en su mayoría en otra región es incluido en este reporte si dicho área se extiende dentro de por lo menos un condado en la región de Texas Panhandle/Plains. La ciudad o área indicado despues del nombre de cada HMO indica el área de servicio 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 1999. Además, su plan puede ser uno de los tres HMOs que no cumplieron con los requisitos de reporte (vea página 18).

Resultados de la encuesta
(CAHPS™ 2.0H)
para la región
Texas Panhandle/Plains

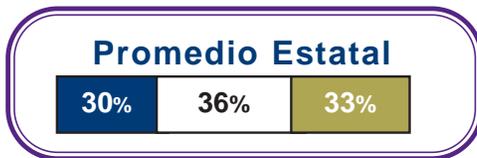


Evaluaciones de los planes de salud



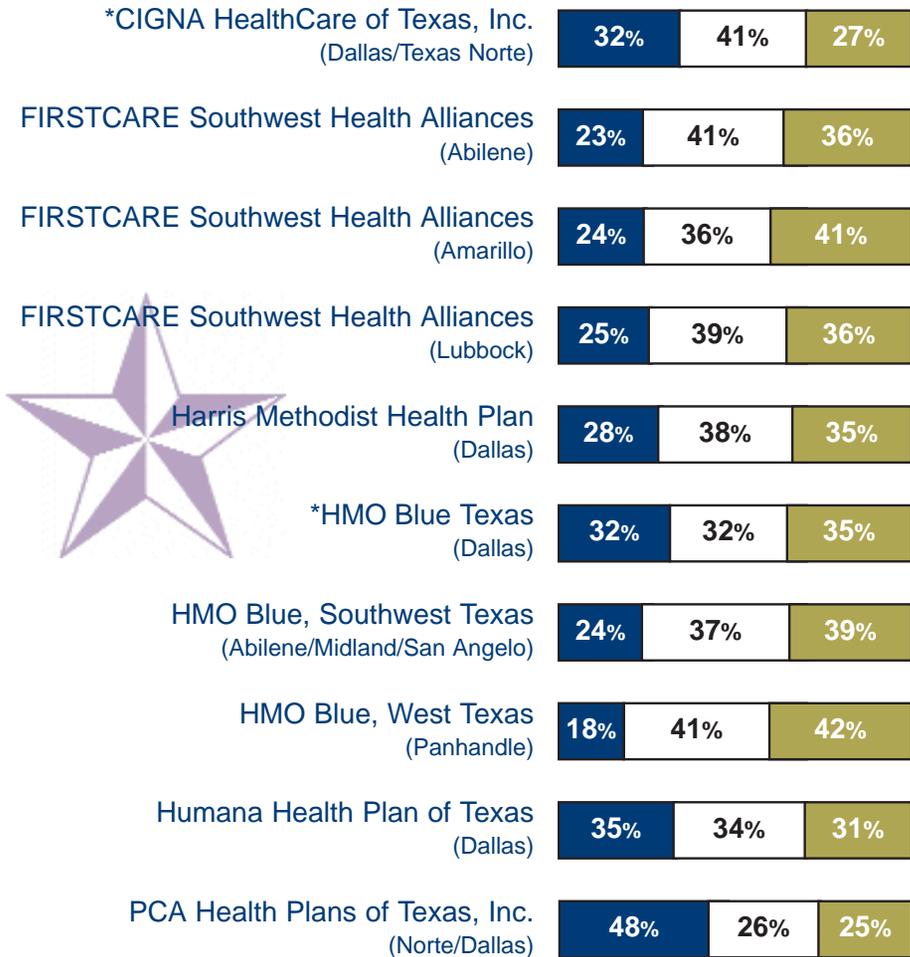
La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les pidió que evaluaran su plan de salud usando una escala de:

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)

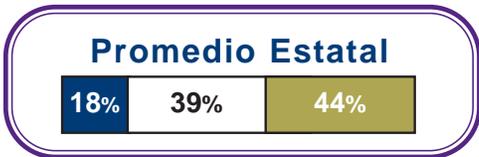


Evaluaciones de la atención médica



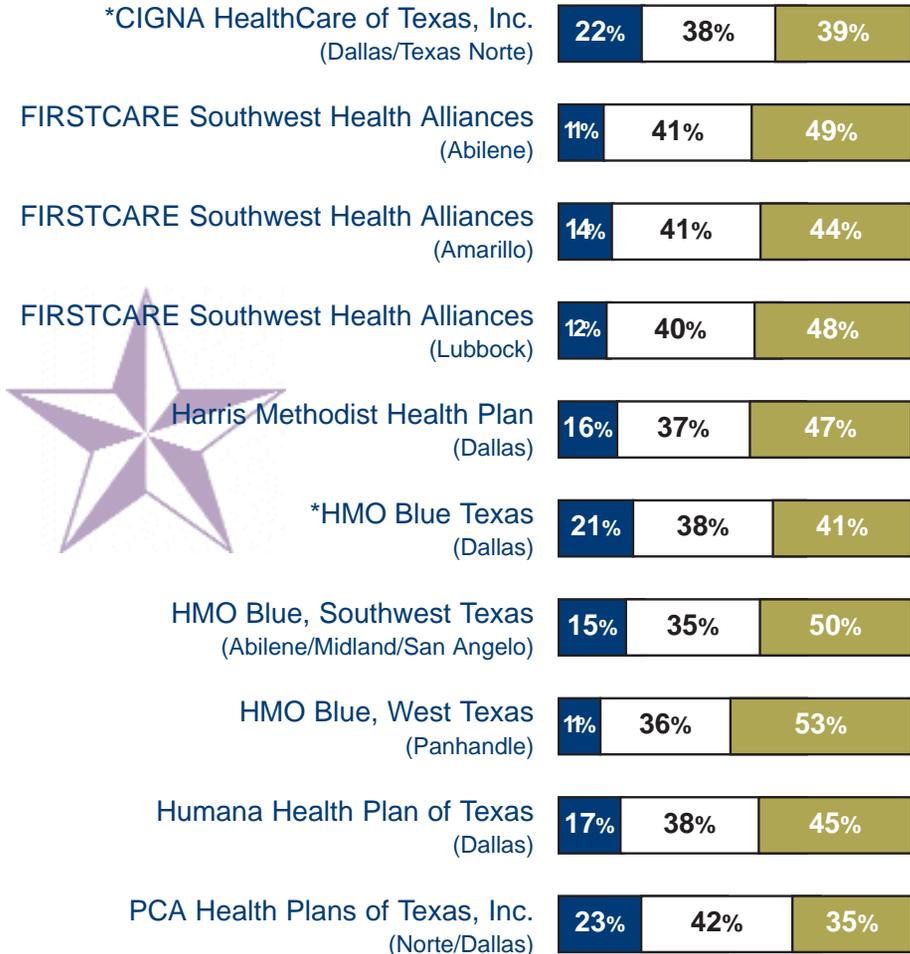
La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les pidió que evaluaran la atención médica que recibieron usando una escala de:

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



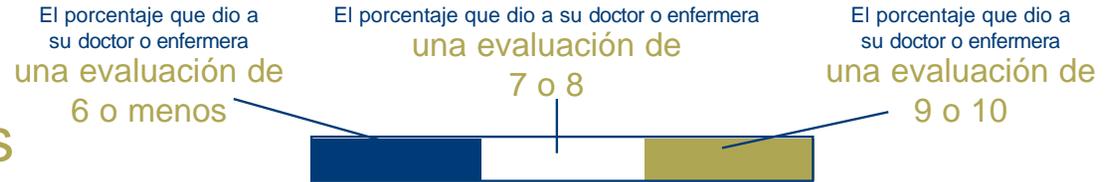
Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

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



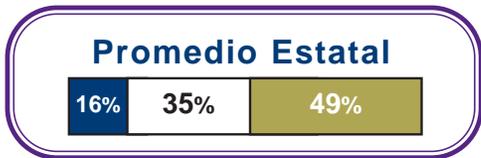
Resultados de la encuesta (CAHPS™ 2.0H)

Evaluaciones de los doctores o enfermeras



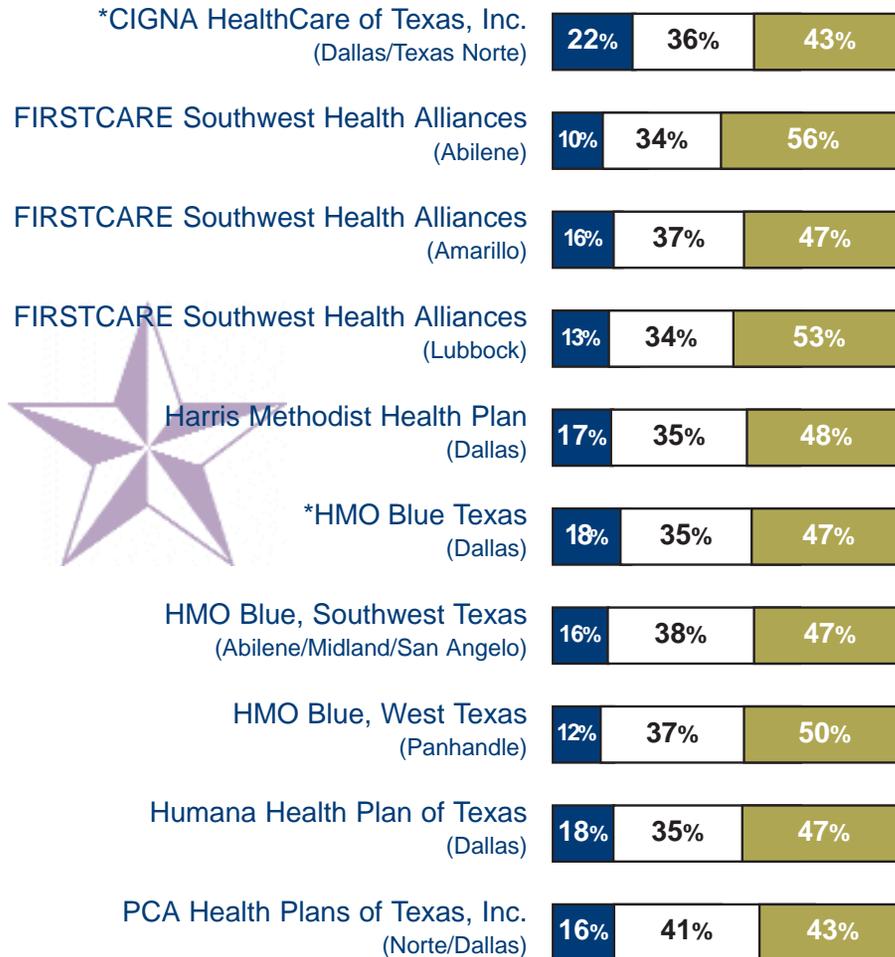
La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les pidió que evaluaran su doctor o enfermera usando una escala de:

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

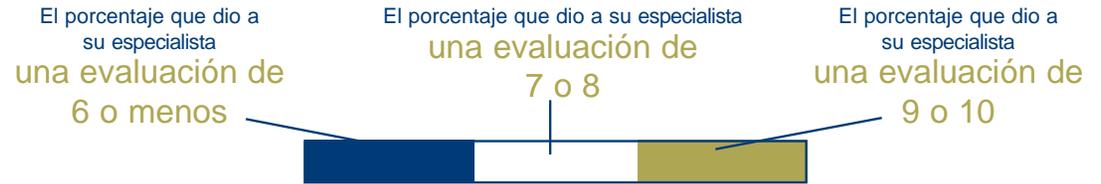


Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

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

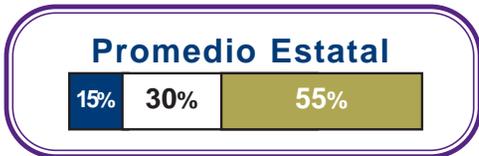


Evaluaciones de los especialistas



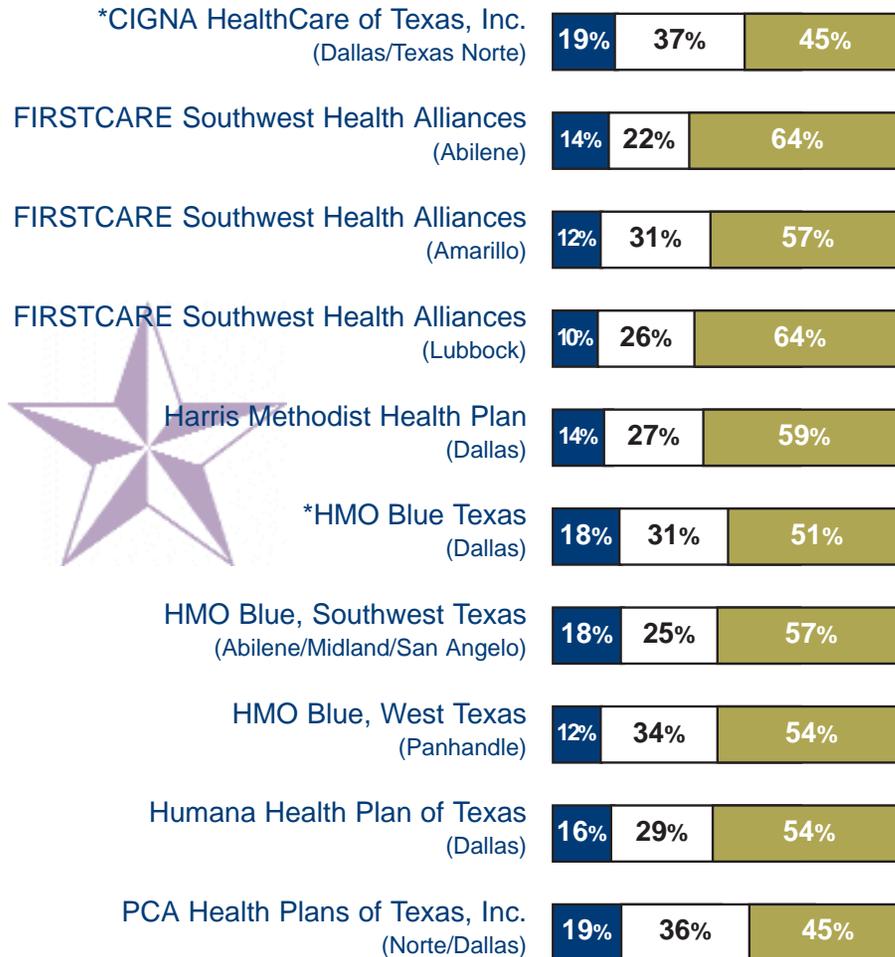
La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les pidió que evaluaran su especialista usando una escala de:

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)



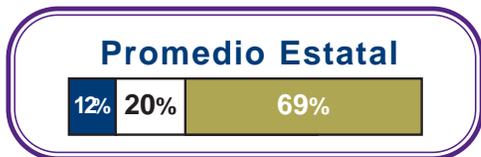
Resultados de la encuesta (CAHPS™ 2.0H)

Consiguiendo la atención médica necesaria



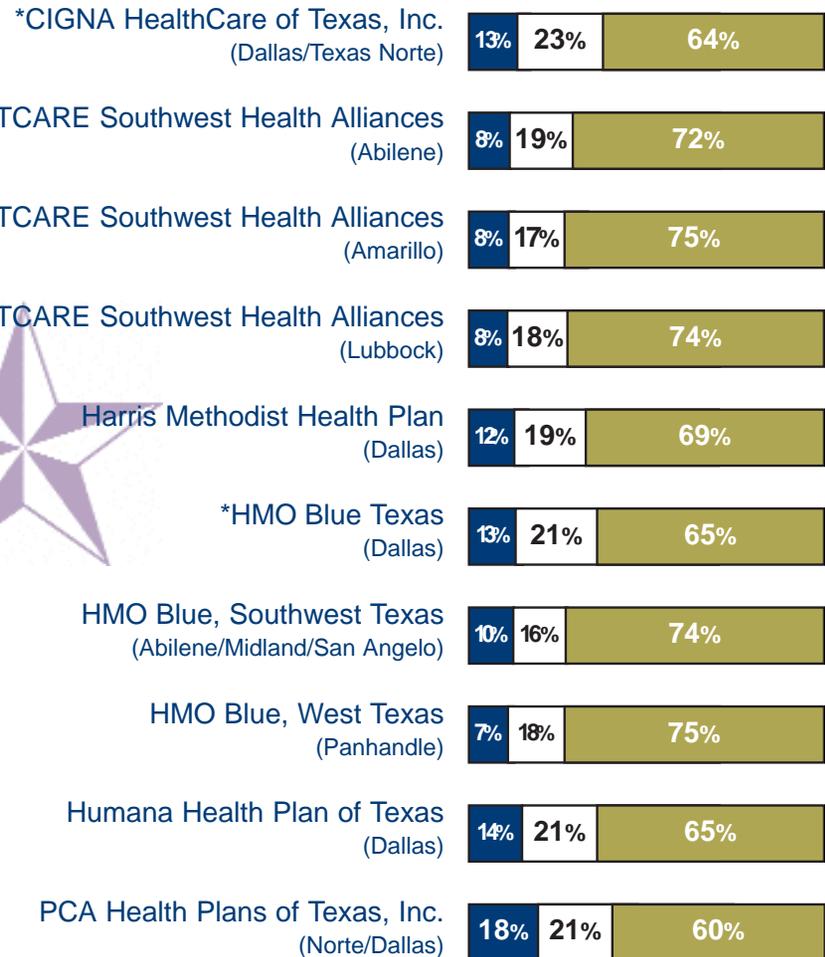
La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les preguntó cuánto habían batallado para:

- 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)

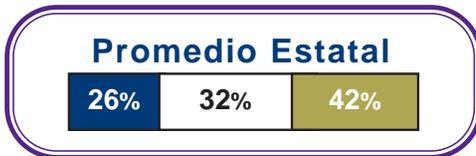


Recibiendo atención médica sin esperas prolongadas



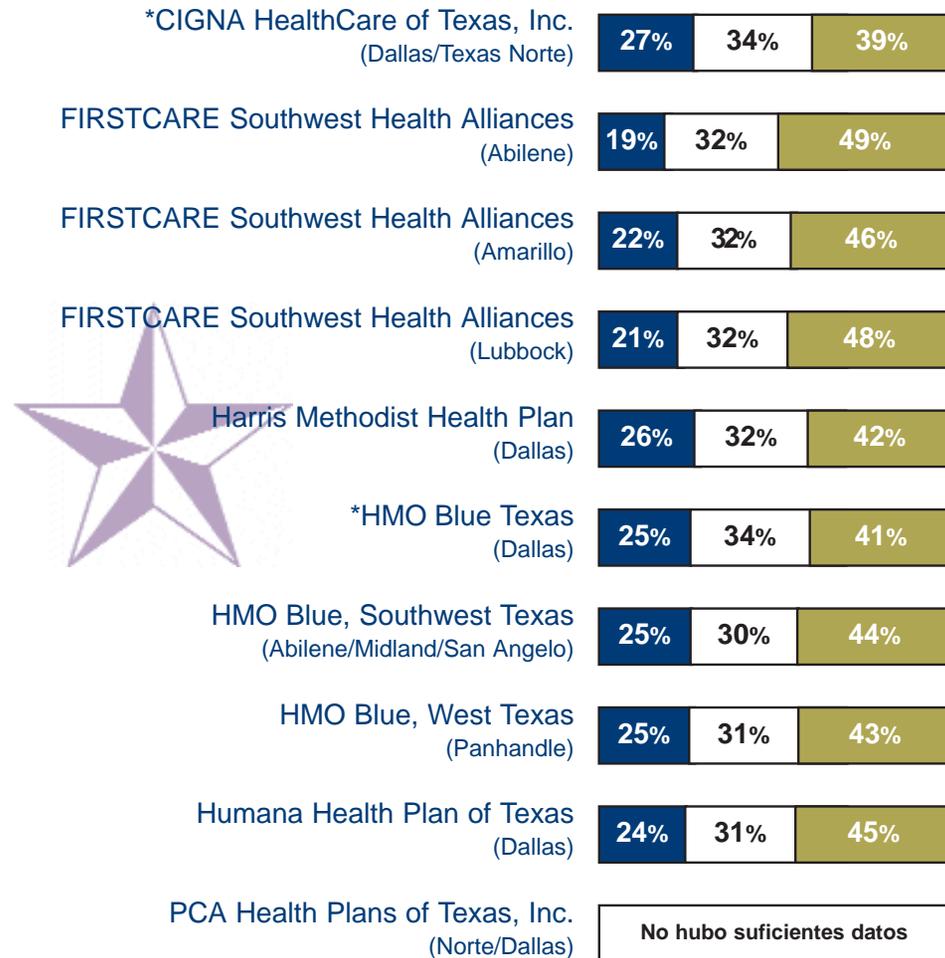
La gráfica muestra como respondieron los encuestados a la pregunta ¿qué tan frecuentemente? :

- 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.



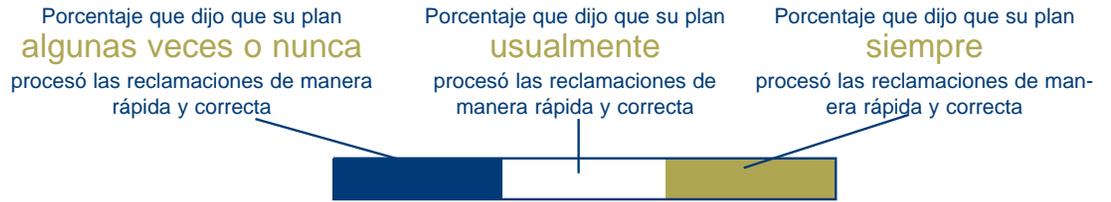
Debido a que las cifras fueron redondeadas, el total de su suma puede no ser 100%.

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



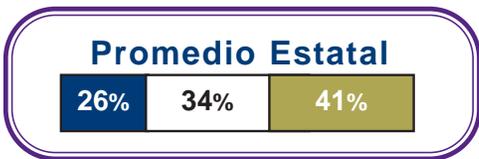
Resultados de la encuesta (CAHPS™ 2.0H)

Manejo de reclamaciones rápido y correcto



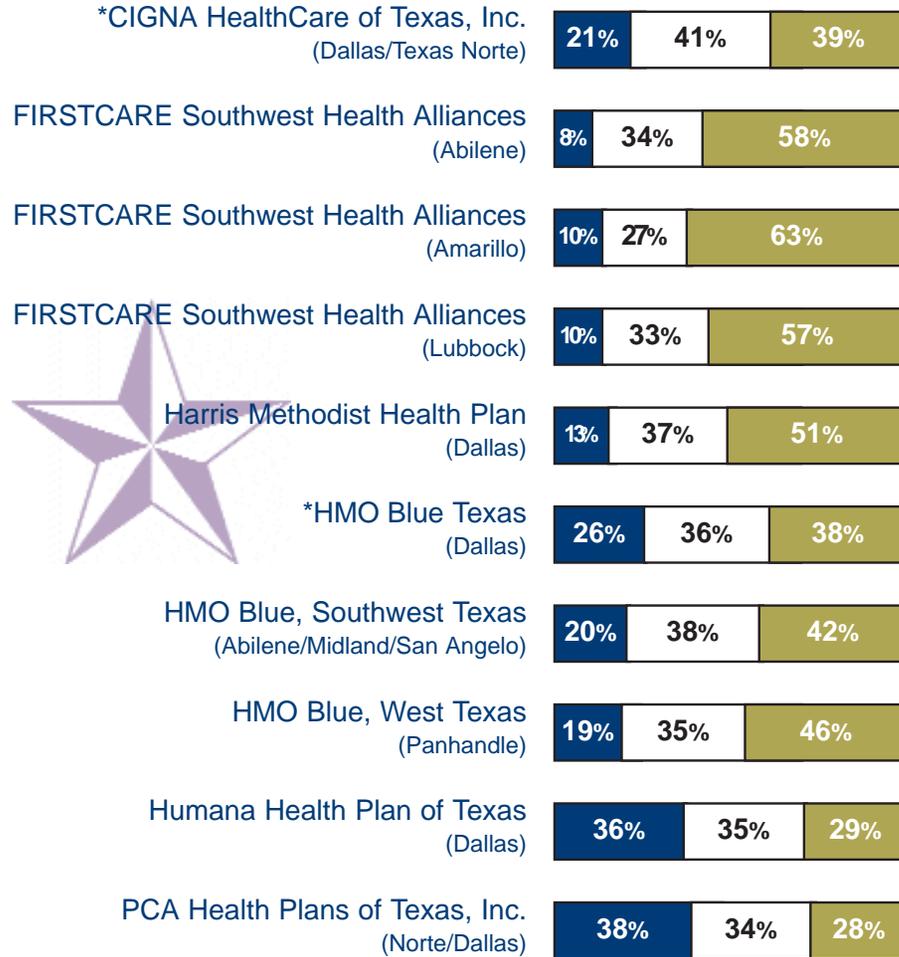
La gráfica muestra como respondieron los encuestados a la pregunta ¿qué tan frecuentemente?:

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



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)

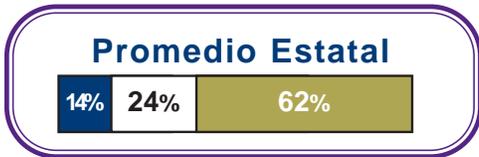


Servicio al cliente eficiente y servicial



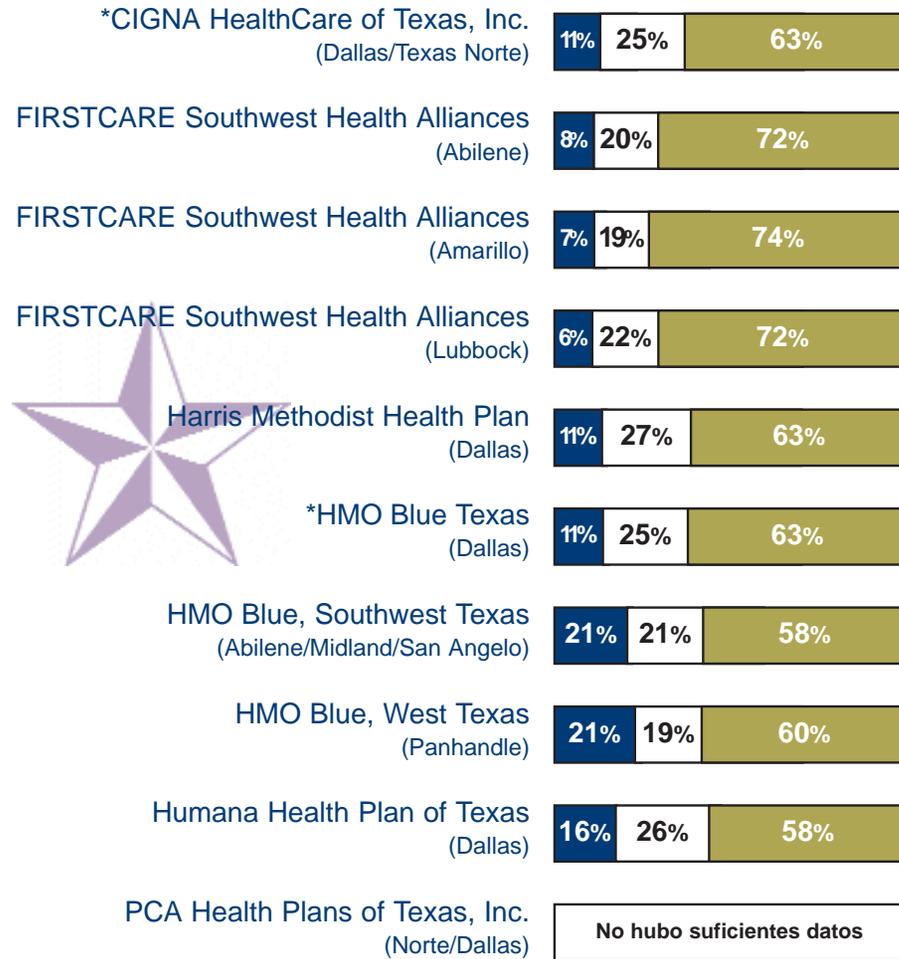
La gráfica muestra cómo respondieron los encuestados cuando se les preguntó qué tanto problema tuvieron para:

- 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.



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)



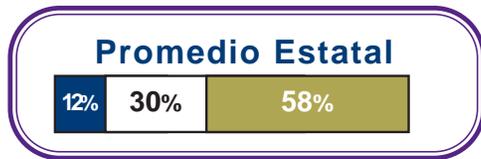
Resultados de la encuesta (CAHPS™ 2.0H)

Doctores que se comunican bien



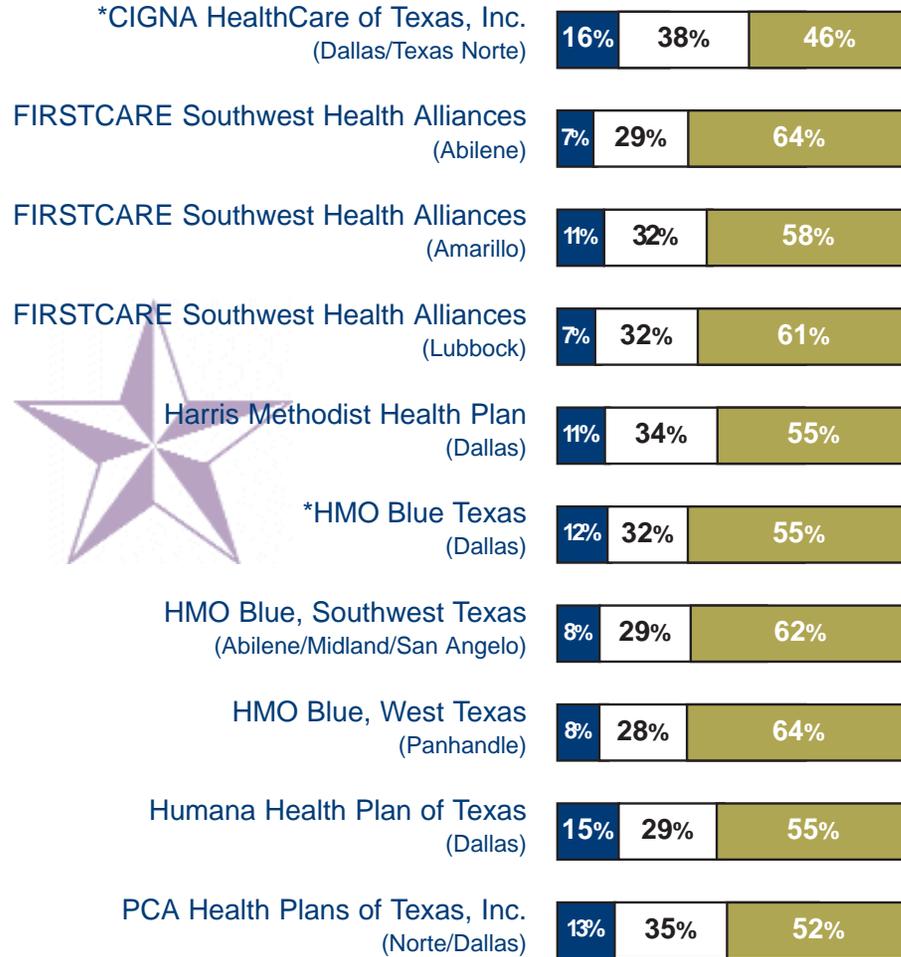
La gráfica muestra como respondieron los encuestados cuando se les preguntó qué tan frecuentemente su doctor y otro proveedor de servicios:

- 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)



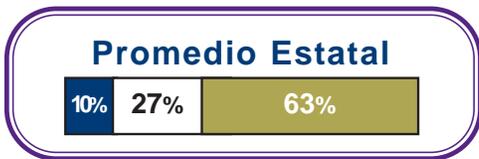
Personal de la oficina médica respetuoso, cortés y servicial

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



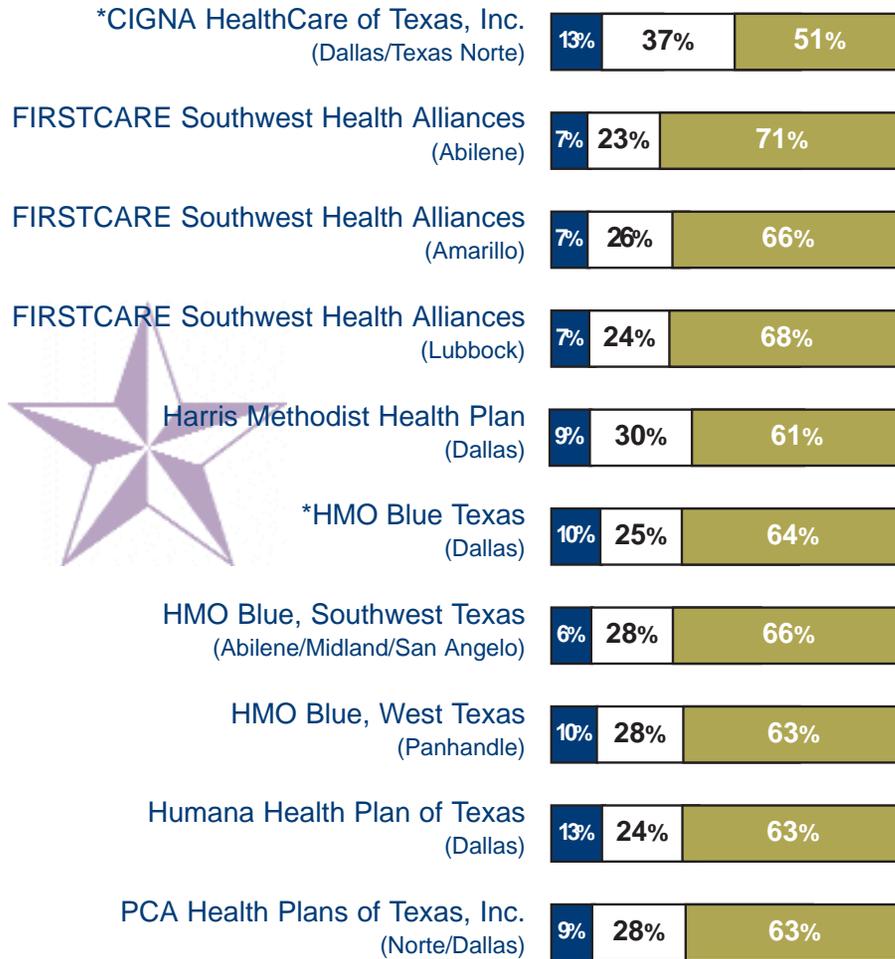
La gráfica muestra cómo respondieron los encuestados cuando se les preguntó qué tan frecuentemente el personal del consultorio:

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



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 = 45%		
Aetna US Healthcare (Houston)	46%	Humana Health Plan of Texas (Houston)	54%
Aetna US Healthcare (San Antonio)	43%	Humana Health Plan of Texas (San Antonio)	57%
Aetna US Healthcare of North Texas (Dallas/Ft Worth)	48%	Mercy Health Plans of Missouri, Inc. (Laredo)	32%
AmeriHealth of Texas, Inc. (Houston)	19%	MethodistCare (Southeast)	44%
Amil International (Austin)	43%	MSCH HMO (Houston)	39%
CIGNA HealthCare of Texas, Inc. (Dallas/North Texas)	54%	ONE Health Plan of Texas, Inc. (Dallas)	27%
CIGNA HealthCare of Texas, Inc. (Houston/South Texas)	52%	ONE Health Plan of Texas, Inc. (Houston)	29%
Community First Health Plans, Inc. (San Antonio MSA)	36%	PacifiCare of Texas (Dallas)	48%
Community Health Choice, Inc. (Houston)	43%	PacifiCare of Texas (Houston)	48%
Exclusive Healthcare, Inc. (Dallas)	NCR	PacifiCare of Texas (San Antonio)	57%
FIRSTCARE Southwest Health Alliances (Abilene)	56%	Parkland Community Health Plan (Northeast)	40%
FIRSTCARE Southwest Health Alliances (Amarillo)	59%	PCA Health Plans of Texas, Inc. (Central/Austin)	52%
FIRSTCARE Southwest Health Alliances (Lubbock)	57%	PCA Health Plans of Texas, Inc. (Gulf Coast/Houston)	43%
FIRSTCARE Southwest Health Alliances (Waco)	54%	PCA Health Plans of Texas, Inc. (North/Dallas)	42%
Harris Methodist Health Plan (Dallas)	37%	PCA Health Plans of Texas, Inc. (South/San Antonio)	47%
HealthPlan of Texas, dba Heritage Health Plan (Tyler)	42%	Presbyterian Health Plan of El Paso (El Paso)	44%
HMO Blue Texas (Austin)	49%	Prudential HealthCare (Austin)	46%
HMO Blue Texas (Beaumont/Lufkin)	51%	Prudential HealthCare (Corpus Christi)	44%
HMO Blue Texas (Corpus Christi)	50%	Prudential HealthCare (El Paso)	47%
HMO Blue Texas (Dallas)	43%	Prudential HealthCare (Houston)	40%
HMO Blue Texas (Houston)	47%	Prudential HealthCare (North Texas)	46%
HMO Blue Texas (San Antonio)	40%	Prudential HealthCare (San Antonio)	41%
HMO Blue, Central/South Texas (Austin/Corpus Christi/Rio Grande/San Antonio)	42%	Scott and White Health Plan (Central Texas)	62%
HMO Blue, El Paso (El Paso)	38%	Seton Health Plan, Inc. (Austin)	NCR
HMO Blue, Northeast Texas (Dallas/Ft Worth/Tyler)	38%	Texas Health Choice (Dallas)	46%
HMO Blue, Southeast Texas (Houston)	40%	Texas Health Choice (Houston)	37%
HMO Blue, Southwest Texas (Abilene/Midland/San Angelo)	50%	UnitedHealthcare of Texas, Inc. (Austin/San Antonio)	41%
HMO Blue, West Texas (Panhandle)	48%	UnitedHealthcare of Texas, Inc. (Corpus Christi/Houston)	41%
Humana Health Plan of Texas (Austin)	60%	UnitedHealthcare of Texas, Inc. (Dallas)	37%
Humana Health Plan of Texas (Corpus Christi)	57%	Valley Health Plans (Harlingen)	43%
Humana Health Plan of Texas (Dallas)	53%		

NCR = No cumplieron con los requisitos de reporte



Datos de Quejas

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

Datos de quejas

Las tablas y gráficas a continuación le ofrecen información sobre la cantidad de quejas que los proveedores médicos, pacientes y otros han presentado ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI) durante el período del 1º de julio de 1999 al 30 de junio de 2000. Sin importar la determinación que TDI les asignó, todas las quejas en contra de los HMOs cuyo proceso ha concluido están incluidas. La Oficina del Asesor Legal Público de Seguros (OPIC) no hace auditorías ni verifica la veracidad de estos datos. Es importante tomar en cuenta que los datos de quejas publicados en el sitio electrónico de TDI son instantáneos. Al ir terminando el proceso de las quejas se van añadiendo al trimestre del calendario en el cual fueron recibidas. Como resultado, las fuentes de datos del trimestre más reciente tienden a cambiar al ir añadiéndose las quejas cuyo proceso se termina. Esto puede crear dificultades para terceros que intentan replicar las estadísticas utilizadas en este reporte.

Durante el período 2000 del reporte (de julio 1999 a junio 2000) la cantidad anual de quejas aumentó el 14%. Desde el último reporte TDI aumentó el número de categorías de quejas. Esto provocó que en la fuente de datos aumentara la cantidad promedio de los aspectos relacionados a una queja. Este cambio en la clasificación podría distorsionar la tendencia, y posiblemente sobreestimar, el nivel de aumento en la suma total de las quejas por afiliado en el transcurso del período de reporte. En ausencia de más cambios al contenido de la fuente de datos de quejas publicada por TDI, esto no debe causar ningún problema para continuar este reporte.

La tabla a continuación enumera los motivos más comunes por los que se presentaron las quejas, por porcentaje del total.

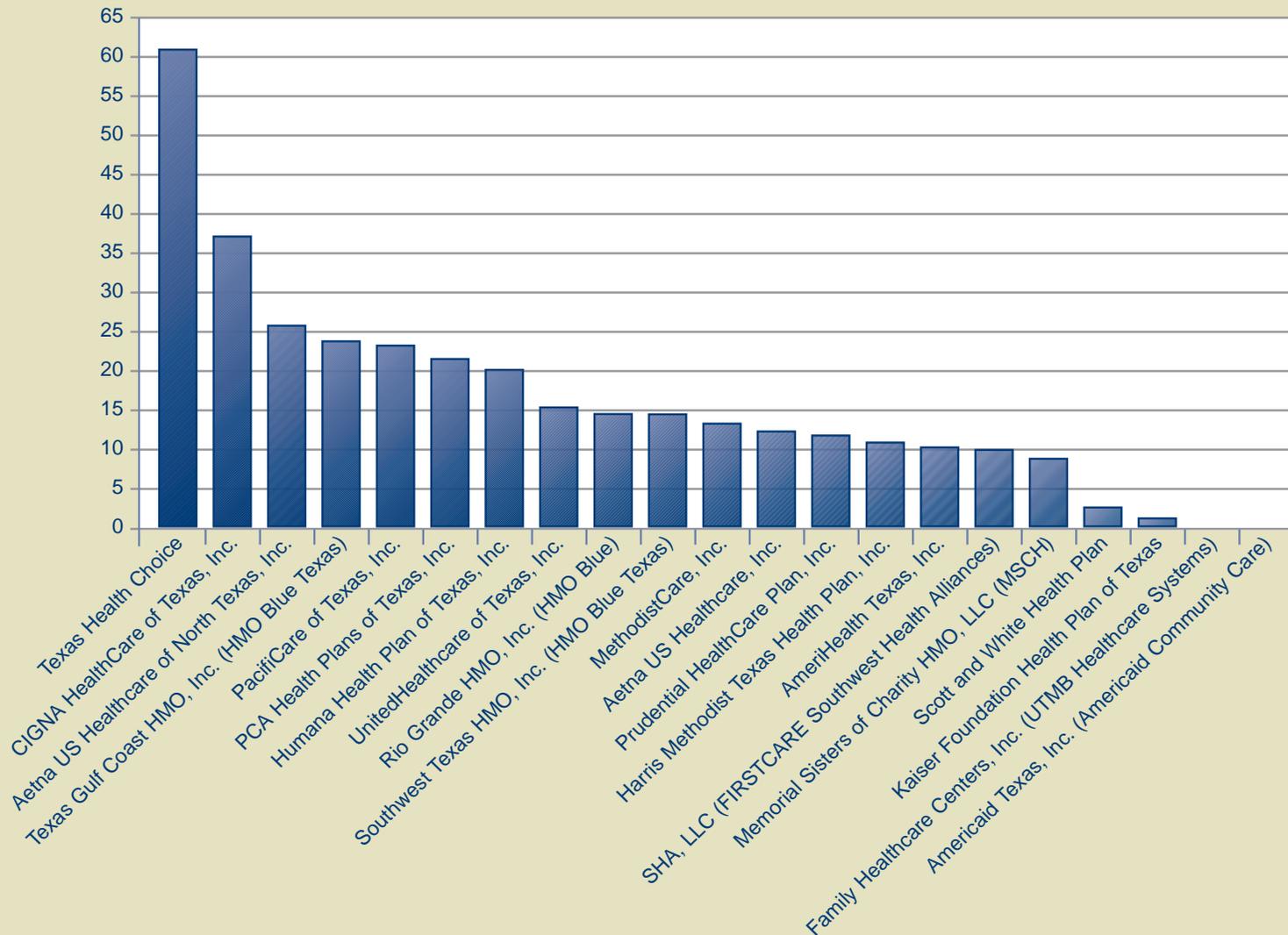
Motivo de las quejas	%
Demoras en el manejo de las reclamaciones	27%
Rechazo de reclamación o falta de pago (quejas de paciente o proveedor por rechazo de cobertura para el servicio de atención de salud)	20%
Cobros de saldos (cobros inadecuados hechos al paciente por gastos que se espera pague el HMO)	10%
Oferta insatisfactoria de liquidación (con frecuencia se deben a que los proveedores de servicios de salud que están insatisfechos con el pago que hace el HMO)	8%
Acceso a atención médica (usualmente se deben al funcionamiento del método de "médico portero" que usan los HMOs o a la burocracia interna)	7%

Fuente: Departamento de Seguros de Texas
1º de julio de 1999 al 30 de junio de 2000.

Aunque las estadísticas comparativas de casi todos los planes cuyos datos estaban disponibles fueron incluidas en las tablas de Totales de Datos de Quejas, es posible que sea difícil comparar los planes con un pequeño número de afiliados. Esto se debe a las extremas variaciones en el factor de quejas entre estos planes.

Quejas de los pacientes* por cada 10,000 afiliados

Planes con más de 50,000 Afiliados



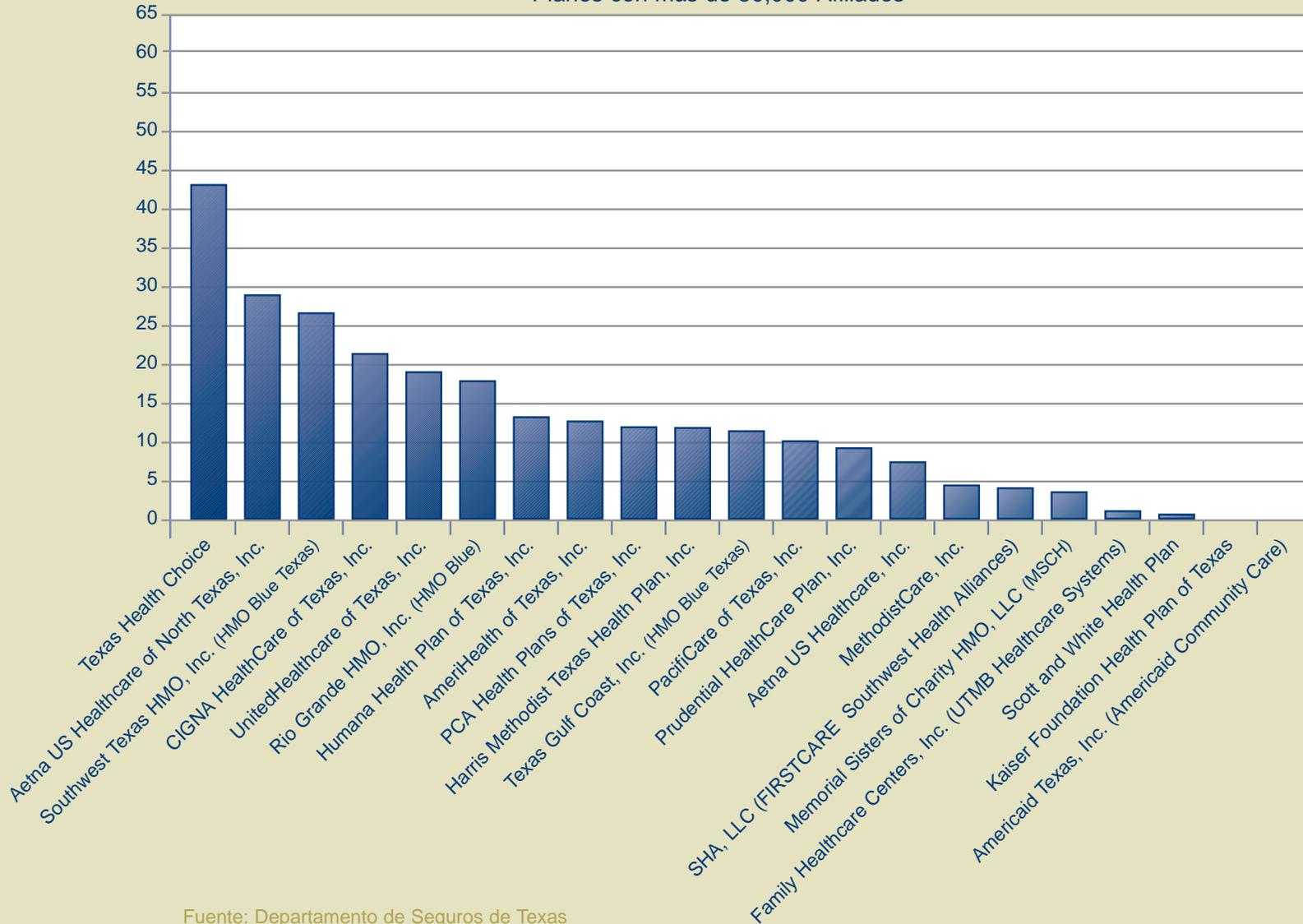
Fuente: Departamento de Seguros de Texas
1º de julio de 1999 al 30 de junio de 2000.

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

Datos de quejas

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

Planes con más de 50,000 Afiliados

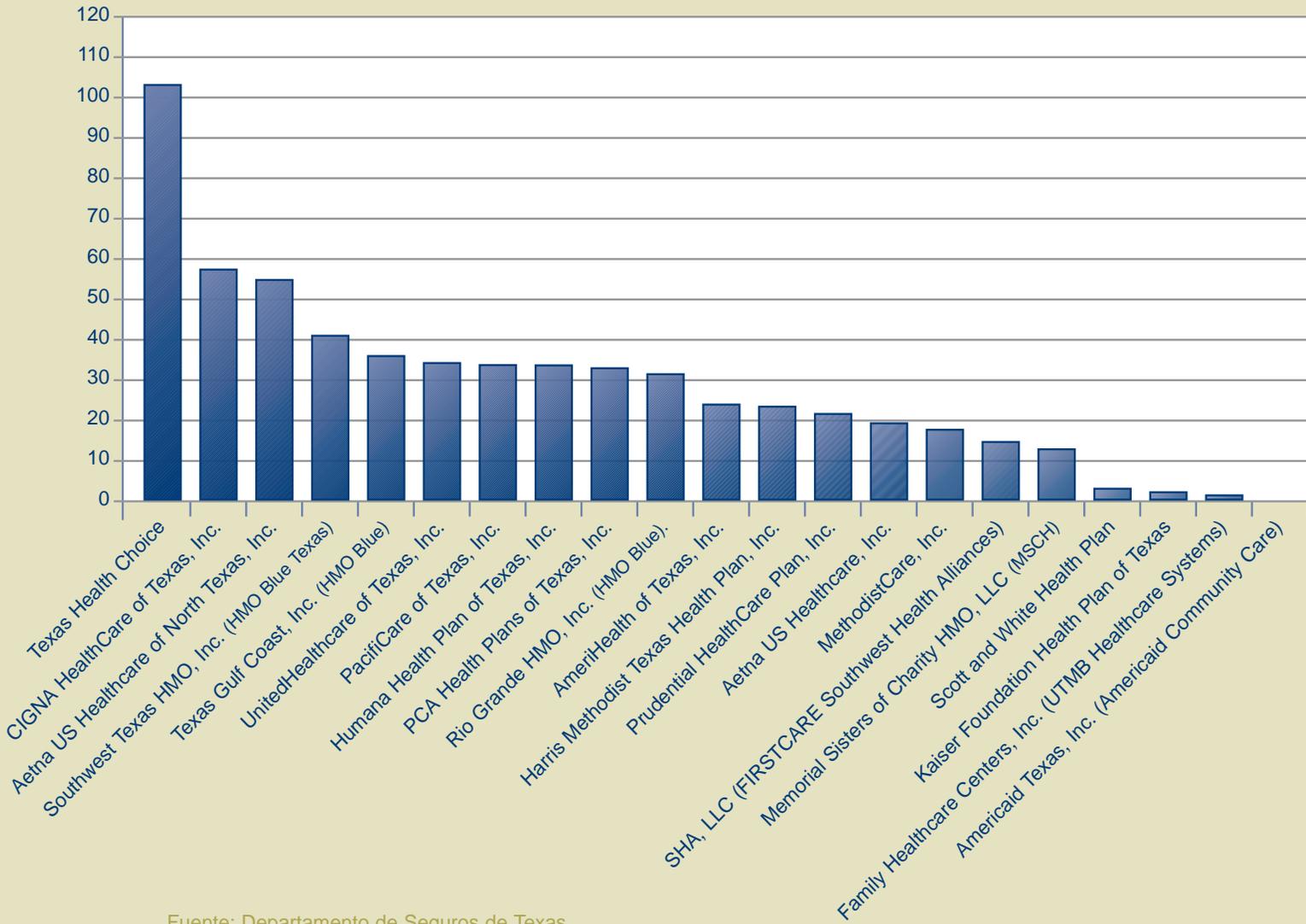


Fuente: Departamento de Seguros de Texas
1º de julio de 1999 al 30 de junio de 2000.

* 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



Fuente: Departamento de Seguros de Texas
1º de julio de 1999 al 30 de junio de 2000.

Totales de datos de quejas

del 1º de julio de 1999 al 30 de junio de 2000
HMOs Servicios Basicos con más de 50,000 afiliados

	Total de afiliados hasta Diciembre de 1999	Quejas de proveedores	Quejas de los pacientes	Quejas combinadas (Paciente/Proveedor)	Quejas de proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de proveedores por cada 10,000 afiliados
Aetna US Healthcare of North Texas, Inc.	137,761	404	357	761	29.33	25.91	55.24
Aetna US Healthcare, Inc.	181,765	140	230	370	7.70	12.65	20.36
Americaid Texas, Inc.	106,693	-	-	-	-	-	-
AmeriHealth of Texas, Inc.	51,301	65	54	119	12.67	10.53	23.20
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	92,182	193	341	534	20.94	36.99	57.93
Family Health Centers, Inc.	54,552	3	-	3	0.55	-	0.55
Harris Methodist Texas Health Plan, Inc.	294,171	355	326	681	12.07	11.08	23.15
Humana Health Plans of Texas, Inc.	275,290	369	555	924	13.40	20.16	33.56
Kaiser Foundation Health Plan of Texas	112,024	-	11	11	-	0.98	0.98
Memorial Sisters of Charity HMO, L.L.C. (MSCH HMO)	96,843	37	90	127	3.82	9.29	13.11
Methodist Care, Inc.	60,314	27	82	109	4.48	13.60	18.07
PacifiCare of Texas, Inc.	176,741	186	419	605	10.52	23.71	34.23
PCA Health Plans of Texas, Inc. ¹	79,741	97	169	266	12.16	21.19	33.36
Prudential HealthCare Plan, Inc.	529,234	508	656	1,164	9.60	12.40	21.99
Rio Grande HMO, Inc. (HMO Blue, Central, El Paso, NE, S, SE TX)	173,775	308	256	564	17.72	14.73	32.46
Scott and White Health Plan	153,367	2	36	38	0.13	2.35	2.48
SHA, L.L.C. (FIRSTCARE)	97,764	41	100	141	4.19	10.23	14.42
Southwest Texas HMO, Inc. (HMO Blue Texas) ²	205,204	537	301	838	26.17	14.67	40.8
Texas Gulf Coast HMO, Inc. (HMO Blue Texas) ³	402,977	478	964	1,442	11.86	23.92	35.78
Texas Health Choice	125,455	536	763	1,299	42.72	60.82	103.54
UnitedHealthcare of Texas, Inc.	299,816	582	458	1,040	19.41	15.28	34.69
TOTAL / PROMEDIO ⁴ SERVICIOS BASICOS Planes > 50,000 Afiliados)	3,706,970	4,868	6,168	11,036	11.41	14.72	26.13

Anotaciones

- 1 PCA Health Plans of Texas, Inc. se fusionó con Humana Health Plans of Texas, Inc.
- 2 Antes NYLCare Health Plans of the Southwest, Inc.
- 3 Antes NYLCare Health Plans of the Gulf Coast, Inc.
- 4 El promedio de proporción de quejas más de 50,000 afiliados se calculó excluyendo el valor alto y bajo en cada columna.

Anotaciones de explicación adicional

- 1) Fuente de datos: Departamento de Seguros de Texas ICIS datos de quejas se obtuvo del sitio en la Red del Departamento para ser utilizado en este proyecto. Las quejas se contaron como sigue: a) *Owner = HMO*, b) *Subject of Complaint no = ERISA*, c) *Line of Coverage = Group A & H*
- 2) Asuntos múltiples reportados bajo una sola queja se contaron bajo quejas múltiples. Este método es diferente al usado por TDI; por lo tanto las sumas de quejas en este documento no reconcilian con las sumas de TDI, las cuales se pueden obtener públicamente.

Totales de datos de quejas

del 1º de julio de 1999 al 30 de junio de 2000
HMOs Servicios Basicos con menos de 50,000 afiliados

	Total de afiliados hasta Diciembre de 1999	Quejas de proveedores	Quejas de los pacientes	Quejas combinadas (Paciente/ Proveedor)	Quejas de proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de proveedores por cada 10,000 afiliados	Quejas de proveedores por cada 10,000 afiliados
Amcare Health Plans of Texas, Inc. ¹	6,702	11	119	130	16.41	117.56	193.97
AmeriHealth HMO of Texas, Inc. ²	45,124	23	10	33	5.10	2.22	7.31
Amil International (Texas), Inc.	12,485	18	14	32	14.42	11.21	25.63
Community First Health Plans, Inc.	31,765	2	6	8	0.63	1.89	2.52
Community Health Choice, Inc.	19,866	45	45	90	22.65	22.65	45.30
Cook Children's Health Plan	552	-	-	-	-	-	-
Healthcare Partners Plans, L.C. ³	15,049	-	-	-	-	-	-
HealthFirst HMO, Inc.	16,517	4	19	3	2.42	11.50	13.93
HealthPlan of Texas, Inc.	11,968	11	-	11	9.19	-	9.19
Healthsource North Texas, Inc. ⁴	8,680	7	3	10	8.06	3.46	11.52
Mercy Health Plans of Missouri, Inc.	7,698	2	-	2	2.60	-	2.60
MetroWest Health Plan, Inc	2,815	-	1	1	-	3.55	3.55
Mid-Con Health Plans, Inc. (HMO Blue) ⁵	19,256	1	2	3	0.52	1.04	1.56
ONE Health Plan, Inc.	37,401	34	36	70	9.09	9.63	18.72
Parkland Community Health Plan, Inc.	35,375	-	1	1	-	0.28	0.28
Physicians Care HMO, Inc.	214	-	-	-	-	-	-
Presbyterian Health Plan, Inc.	14,123	3	13	16	2.12	9.20	11.33
Seton Health Plan, Inc.	10,757	2	19	21	1.86	17.66	19.52
Superior Healthplan, Inc.	3,469	-	-	-	-	-	-
Texas Children's Health Plan, Inc.	19,012	-	-	-	-	-	-
Texas Universities Health Plans, Inc.	1,824	10	2	12	54.82	10.96	65.79
Unicare of Texas Health Plans, Inc.	238	2	8	10	84.03	336.13	420.17
Universal Healthplan, Inc.	218	-	-	-	-	-	-
Valley Health Plan, Inc.	7,264	1	-	1	1.38	-	1.38
Vista Health Plan, Inc.	12,567	-	-	-	-	-	-
Wellcare Health Plans of Texas ⁶	5,365	145	329	474	270.27	613.23	883.50
West Texas Health Plans, L.C. (HMO Blue, West Texas)	18,942	8	14	14	4.22	3.17	7.39
TOTAL / MEDIO SERVICIOS BASICOS ⁷	365,246	329	633	962	2.12	2.22	7.31

Anotaciones:

1 Antes Foundation Health, A Texas Health Plan

2 AmeriHealth HMO of Texas Inc. se fusionó con AmeriHealth of Texas, Inc.

3 Healthcare Partners Plan, L.C. se fusionó con HealthFirst HMO, Inc.

4 Healthsource North Texas, Inc. se fusionó con Cigna HealthCare of Texas, Inc.

5 Mid-Con Health Plans, Inc. se fusionó con Rio Grande HMO, Inc.

6 Wellcare Health Plans of Texas antes fue Certus Healthcare, L.L.C.

7 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 solicitar que una Organización de Revisión Independiente o IRO (*Independent Review Organization*) examine la 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. Los planes de salud están obligados a pagar por el IRO y obedecer lo que el IRO decida.

Para más información sobre el proceso de los IROs favor de llamar a TDI al (888) 834-2476. En Austin llame al 322-3400.

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 cómo presentar quejas y sobre los derechos del paciente, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al (800) 252-3439. En Austin llame al 463-6500.

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. Los planes ERISA que participan voluntariamente en este proceso deben obedecer las decisiones del IRO.

Apelaciones ante la Organización de Revisión Desde el 1º de septiembre de 1999 hasta el 31 de agosto de 2000

	Casos	Casos resueltos a favor del HMO	Casos resueltos a favor del paciente/afiliado	Casos resueltos parcialmente a favor del HMO y del paciente	Casos pendientes
Aetna US Healthcare	20	7	8	4	1
AmeriHealth HMO of North Texas	2	1	1	0	0
AmeriHealth of Texas	12	4	6	2	0
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	3	2	1	0	0
Community First Health Plans, Inc.	1	0	1	0	0
FIRSTCARE Southwest Health Alliances (SHA, LLC)	5	2	3	0	0
	70	37	31	2	0
Harris Methodist Health Plan	2	1	1	0	0
HealthFirst HMO	1	0	0	1	0
Heritage Health Plan (HealthPlan of Texas, Inc.)	9	5	2	2	0
HMO Blue	12	9	2	0	1
Humana/PCA Health Plans of Texas	1	1	0	0	0
MSCH (Memorial Sisters of Charity)	10	7	2	1	0
NYLCare Health Plans of the Gulf Coast, Inc.	1	1	0	0	0
NYLCare Health Plans of the Southwest, Inc.	3	1	2	0	0
ONE Health Plan of Texas, Inc.	3	2	0	0	1
PacifiCare of Texas	40	19	16	2	3
Prudential HealthCare	2	1	0	1	0
Scott and White Health Plan	2	2	0	0	0
Texas Health Choice	20	13	4	0	3
UnitedHealthcare of Texas, Inc.	219	115	80	15	9

Fuente: TDI IRO Datos de 9/18/00 donde:
Payor Classification = HMO
Date Request Received by TDI = > 8/31/99 y < 9/1/00

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 33).



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

Las cifras
están basadas en la inscripción
que terminó en marzo de 2000.

HMO	Área de Servicio	Afiliados	Porción del Mercado
Aetna US Healthcare, Inc. (Incluso Aetna N. TX y Prudential)	Todo el estado	839,438	21.36%
Blue Cross Blue Shield of Texas, Inc. (Incluso todos planes HMO Blue)	Todo el estado	838,329	21.34%
UnitedHealthcare of Texas, Inc.	Todo el estado	323,387	8.23%
Humana Health Plan of Texas, Inc.	Todo el estado	320,932	8.17%
Harris Methodist Texas Health Plan, Inc.	Dallas	247,987	6.31%
PacifiCare of Texas, Inc.	Todo el estado	192,611	4.90%
Scott and White Health Plan	TX Central	147,713	3.76%
CIGNA HealthCare of Texas, Inc.	Todo el estado	118,925	3.03%
Texas Health Choice	Todo el estado	117,712	3.00%
Americaid Texas, Inc.	Todo el estado	111,645	2.84%
Memorial Sisters of Charity HMO, L.L.C. (MSCH HMO)	Houston	98,864	2.52%
SHA, L.L.C. (FIRSTCARE)	Todo el estado	91,823	2.34%
MethodistCare, Inc.	Houston/TX SE	81,872	2.08%
Family Health Centers, Inc. (UTMB)	Galveston	54,925	1.40%
AmeriHealth of Texas, Inc.	Todo el estado	46,686	1.19%
ONE Health Plan of Texas, Inc.	Todo el estado	45,477	1.16%
Parkland Community Health Plan, Inc.	TX NE	38,280	0.97%
Community First Health Plans, Inc.	San Antonio	36,088	0.92%
Superior Healthplan, Inc.	Austin	27,986	0.71%
Texas Children's Health Plan, Inc.	Houston	22,407	0.57%
Community Health Choice, Inc.	Houston	19,353	0.49%
Vista Health Plan, Inc.	Austin	15,637	0.40%
Seton Health Plan, Inc.	Austin	15,035	0.38%
Presbyterian Health Plan, Inc.	Todo el estado	14,890	0.38%
HealthPlan of Texas, Inc. dba Heritage Health Plans	Tyler	12,174	0.31%
Amil International (Texas), Inc.	Austin	10,844	0.28%
Mercy Health Plans of Missouri, Inc.	Todo el estado	8,551	0.22%
Valley Health Plan, Inc.	Harlingen	7,753	0.20%
HealthFirst HMO, Inc.	Tyler	6,980	0.18%
Amcare Health Plans of Texas, Inc. (antes Foundation Health)	Todo el estado	6,434	0.16%
MetroWest Health Plan, Inc.	Dallas/Ft. Worth	3,067	0.08%
Wellcare Health Plans of Texas (antes Certus Healthcare)	Corpus Christi	2,454	0.06%
Texas Universities Health Plan, Inc.	Todo el estado	1,900	0.05%
Cook Children's Health Plan	Dallas	588	0.01%
Universal Healthplan, Inc.	Houston	175	0.00%
Physicians Care HMO, Inc.	Dallas	142	0.00%
TOTAL SERVICIOS BASICOS		3,929,064	100%

Source:

Fuente de datos:

Reporte de Datos de HMOs en Texas/TDI

Servicios básicos - Primer trimestre de 2000

Números de Teléfonos de Servicio al Cliente

		Mercy Health Plans of Missouri, Inc. MethodistCare MetroWest Health Plan, Inc.	1-800-617-3433 1-800-313-0555 1-888-924-8852
Aetna US Healthcare of North Texas Aetna US Healthcare Amcare Health Plans of Texas, Inc. <i>(antes Foundation Health, A Texas Health Plan, Inc.)</i>	1-800-992-7947 1-800-992-7948 1-800-782-8373	MSCH HMO (Memorial Sisters of Charity HMO, LLC) ONE Health Plan of Texas, Inc. PacifiCare of Texas	1-800-776-2885 1-800-866-3136 1-800-825-9355
Americaid Community Care (Americaid Texas, Inc.) AmeriHealth of Texas, Inc. Amil International	1-800-600-4441 1-888-671-5278 1-888-349-2645	Parkland Community Health Plan, Inc. PCA Health Plans of Texas, Inc. <i>Ahora Humana Health Plan of Texas</i> Physicians Care HMO, Inc.	1-888-672-2277 1-800-860-1385
CIGNA HealthCare of Texas, Inc. Community First Health Plans, Inc. Community Health Choice, Inc.	1-800-238-8801 1-800-434-2347 1-888-760-2600	Presbyterian Health Plan of El Paso Principal Health Care of Texas <i>Ahora United Healthcare of Texas, Inc.</i> Prudential HealthCare	1-800-356-2219 1-800-261-2645
Cook Children's Health Plan Driscoll Children's Health Plan FIRSTCARE Southwest Health Alliances (SHA, LLC)	1-800-964-2247 1-877-324-3627 1-800-365-1051	Scott and White Health Plan Seton Health Plan, Inc. Superior Healthplan, Inc.	1-800-321-7947 1-800-749-7404 1-512-451-6446
Harris Methodist Texas Health Plan <i>(adquirido por PacifiCare of Texas)</i> HealthFirst HMO Healthsource North Texas, Inc. <i>Ahora CIGNA HealthCare of Texas, Inc.</i>	1-800-825-9355 1-800-303-5155	Texas Children's Health Plan, Inc. Texas Health Choice TUHP (Texas Universities Health Plan, Inc.)	1-800-990-8247 1-800-466-8397 1-800-811-0560
Heritage Health Plan (HealthPlan of Texas, Inc.) HMO Blue Texas (Southwest Texas HMO, Inc.) <i>(antes NYLCARE Health Plans of the Southwest, Inc.)</i> HMO Blue Texas (Texas Gulf Coast HMO, Inc.) <i>(antes NYLCARE Health Plans of the Gulf Coast, Inc.)</i>	1-903-531-4447 1-800-486-3040 1-800-833-5318	UnitedHealthcare of Texas, Inc. Universal Healthplan, Inc. UTMB Healthcare Systems (Family Health Centers, Inc.)	1-800-411-1145 1-713-847-0910 1-800-310-7500
HMO Blue, C/DFW/NE/S/SE/SW (Rio Grande HMO, Inc.) HMO Blue, West Texas (West Texas Health Plans, LC) Humana Health Plan of Texas	1-800-831-0576 1-800-468-2602 1-800-448-6262	Valley Health Plans Vista Health Plan, Inc. Wellcare Health Plans of Texas <i>(antes Certus Healthcare, LLC)</i> WellChoice (Comprehensive Health Services of Texas, Inc.)	1-956-389-2273 1-800-852-1040 1-888-223-7887 1-800-559-9355

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
(512) 794-6862
www.tdh.state.tx.us/hcf/mcstart.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 Medicare. TDH recaba información sobre el funcionamiento del cuidado de salud que

proveen las compañías. 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 desarrollado por el Comité Nacional de Verificación de la Calidad (NCQA) el cual es un comité que opera sin el intento de lucro. El HEDIS® fue diseñado para permitir hacer las comparaciones del desempeño de los HMOs.

TexCare Partnership

P.O. Box 149276
Austin, Texas 78714-9276
1-800-647-6558
www.texcarepartnership.com

TexCare Partnership ofrece tres programas de seguro de salud para los niños: el Seguro de Salud para los Niños de Texas (CHIP), Medicaid para los Niños de Texas y la Corporación Niños Saludables de Texas (que en la actualidad está siendo descontinuado). TexCare Partnership ofrece seguro de salud para los niños a un precio que acuerda con los presupuestos de las familias en Texas.

Texas Department on Aging (TDoA)

P.O. Box 12786
Austin, Texas 78711
(512) 424-6840
www.tdoa.state.tx.us

El Departamento de Personas de Edad Avanzada en Texas (TDoA) fue establecido para administrar los programas financiados por medio de la Ley Americanos de Edad Avanzada que fue

(continúa en la próxima página)

(continuación de la página 31)

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 contribuir a la sociedad.

Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP)
1-800-252-9240 (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. Los consejeros de beneficios ayudan a descifrar la confusión del papeleo y a obtener respuestas a preguntas 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
1-888-398-3927
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, o 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
(800) 252-3645;
In Austin, 476-6431
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
In Austin 397-6400
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
(410) 786-3000
www.hcfa.gov

La Administración para el Financiamiento del Cuidado de Salud (HCFA) es la agencia del gobierno federal responsable por la vigilancia del programa nacional Medicare, incluso los HMOs Medicare y otras organizaciones Medicare de cuidado de salud administrado. 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

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**