



**TEXAS**  
Health and Human  
Services

# COMMUNITY FIRST

## HEALTH PLANS



Tarjeta de descuento en recetas  
médicas para toda la familia



Línea de consejos de enfermeras  
las 24 horas del día



Programas de regalo para  
artículos relacionados con  
la salud

# Manual para Miembros de CHIP

Servicios para Miembros: 1-800-434-2347  
12238 Silicon Drive, Ste. 100 San Antonio, TX 78249

Cubre los condados de Atascosa, Bandera, Bexar, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Wilson.

\*para miembros que califiquen.

¡Si tiene una emergencia, llame al 9-1-1 o vaya de inmediato a la sala de emergencias más cercana!

- Horario de Oficina: 8:30 a.m. a 5 p.m., hora del centro
- De lunes a viernes, excepto los días feriados aprobados por el estado.
- Después de las horas normales de oficina y en los fines de semana, hay enfermeras que contestan el teléfono y le pueden ayudar.

**Números de teléfono**

**Servicios para Miembros:**

Local.....(210) 358-6300  
 Fuera del condado de Bexar (gratis).....1-800-434-2347

- Aprenda como obtener acceso a los beneficios
- Español e Inglés
- Servicios de intérprete
- Línea de consejos de enfermeras las 24 horas
- **Si usted tiene una emergencia, llame al 9-1-1**

Línea local TTY (para personas con problemas de audición).....(210) 358-6080

Fuera del condado de Bexar línea TTY (gratis).....1-800-390-1175

**Servicios de salud mental y abuso de sustancias:**

Llamadas gratis línea directa para crisis..... 1-877-221-2226

- las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Inglés y español
- Hay servicios de intérprete disponibles
- **Si usted tiene una emergencia, marque el 9-1-1**

**Otros teléfonos útiles:**

Línea de Ayuda de CHIP .....1-800-647-6558  
 Servicios de la vista .....(210) 358-6300

**Proveedores Dentales:**

Delta Dental..... 1-866-561-5892  
 DentaQuest ..... 1-800-417-7140  
 MCNA..... 1-800-494-6262

**Direcciones:**

**Community First Health Plans tiene dos oficinas donde le podemos ayudar:**

La oficina administrativa en The Oaks  
 12238 Silicon Drive, Suite 100  
 San Antonio, TX 78249

La oficina comunitaria en Avenida Guadalupe  
 1410 Guadalupe Street, Suite 222  
 San Antonio, TX 78207

Horario de oficina:

La oficina está abierta de lunes a viernes, de las 8:30 a.m. a las 5 p.m., excepto los días feriados aprobados por el estado.

Visite nuestro sitio web en: [www.cfhp.com](http://www.cfhp.com)



Este manual es para todos los miembros de CHIP y del Programa Perinatal de CHIP. Por favor, léalo en su totalidad. Le explica los beneficios que recibirá. También contesta muchas de sus preguntas sobre cómo recibir esos beneficios.

Community First Health Plans (CFHP) es un plan de salud sin fines de lucro, de propietarios locales. Nuestros doctores, hospitales y proveedores se asegurarán de que reciba usted la atención médica que necesita.

### ¿Qué hago si necesito ayuda para entender o leer el Manual para Miembros?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros para que le ayuden. Si necesita el manual en audio, letra más grande, Braille o en otro idioma, ¡solo llame! Nuestro teléfono aparece al pie de cada página.

### Servicios para Miembros

Nuestros representantes de Servicios para Miembros le pueden ayudar de muchas maneras.

- Le ayudan en inglés o español, o encuentran un intérprete que habla su idioma.
- Contestan sus preguntas sobre los beneficios o dónde obtener atención médica.
- Le ayudan a encontrar servicios que puede recibir sin una referencia médica de su Proveedor de Cuidado Primario, como de la vista, de salud mental y abuso de sustancias y de ginecología, y dentales.
- Le ayudan a cambiar de Proveedor de Cuidado Primario.
- Le envían una nueva tarjeta de identificación de Miembro si la pierde o se la roban.
- Resuelven los problemas o las quejas que usted tenga.
- Le ayudan a inscribirse para clases de educación sobre la salud, como resucitación cardiopulmonar.

### Confidencial

Estamos comprometidos a garantizar que su información personal de salud es segura y confidencial. Nuestros médicos y otros proveedores deben hacer lo mismo. Community First utilizará PHI solamente para administrar su plan de salud y cumplir con los requisitos estatales y federales. Su información médica personal no se compartirá con nadie. No lo haremos sin su aprobación expresa por escrito. Usted tiene el derecho a acceder a sus registros médicos. También tiene el derecho de dar su consentimiento por escrito para que ciertos individuos tengan acceso a su PHI. Las autorizaciones que se conceden por usted serán compartidas con las personas específicamente señaladas en su autorización por escrito.

Community First tiene las medidas de seguridad físicas, electrónicas y los procedimientos para proteger su información. También la información oral, escrita o electrónica está protegida. Los reglamentos y procedimientos de Community First exige a los empleados proteger la confidencialidad de su información de salud (PHI). Un empleado sólo puede acceder a su PHI cuando tienen un motivo para hacerlo. Cada empleado debe firmar una declaración de que él o ella entienden las prácticas de privacidad de Community First. Cada año, Community First enviará una notificación a los empleados para recordarles de ésta práctica. Cualquier empleado que no siga las prácticas de privacidad de Community First está sujeto a disciplina. Esto puede incluir hasta el despido. Para obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, por favor visite nuestro sitio web en [www.cfhp.com](http://www.cfhp.com).

### ESTOS SÍMBOLOS REPRESENTAN INFORMACIÓN DEL MIEMBRO PARA:



CHIP Perinatal (Mamá)



CHIP Perinatal Recién Nacido



CHIP y CHIP Perinatal Recién Nacido

## TABLA DE CONTENIDO

---

<b>TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE CFHP</b> .....	<b>10</b>
¿Qué hago si se pierdo la tarjeta de identificación de CFHP o me la roban? .....	10
<b>PARA MIEMBROS DE CHIP</b> .....	<b>12</b>
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud? .....	12
¿A quién llamo? .....	12
<b>MIEMBROS DE CHIP PERINATAL</b> .....	<b>12</b>
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud? .....	12
¿A quién llamo? .....	12
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud? .....	12
¿Cuándo será efectivo el cambio de plan de salud? .....	13
¿Puede pedir CFHP cancelarme la membresía del plan de salud (por incumplimiento, etc.)? .....	13
<b>MIEMBROS DE FAMILIA CON COBERTURA DE CHIP, DE CHIP PERINATAL, Y DE MEDICAID</b>	
<b>PARA CIERTOS RECIÉN NACIDOS</b> .....	<b>13</b>
Para familias que son igual o inferior al 185% del Nivel Federal de Pobreza: .....	13
Para familias que están por encima de 185% a 200% del Nivel Federal de Pobreza: .....	13
<b>PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN</b>	
<b>NACIDOS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP PERINATAL</b> .....	<b>14</b>
¿Qué es un Proveedor de Cuidado Primario? .....	14
¿Qué necesito llevar cuando vaya a mi cita médica/o la cita médica de mi hijo? .....	14
¿Puede ser una clínica, el Proveedor de Cuidado Primario para mí/o para mi hijo? .....	14
¿Cómo cambio de Proveedor de Cuidado Primario? .....	14
¿Cuántas veces puedo cambiar a mi Proveedor de Cuidado Primario o el de de mi hijo? .....	14
¿Cuándo entra en efecto un cambio de Proveedor de Cuidado Primario? .....	15
¿Hay algunas razones por las que se puede negar mi solicitud de cambiar de Proveedor de Cuidado Primario? .....	15
¿Qué pasa si decido ir a otro doctor que no sea mi Proveedor de Cuidado Primario/o el Proveedor de Cuidado Primario de mi hijo? .....	15
¿Puede el Proveedor de Cuidado Primario cambiarme/o cambiar a mi hijo a otro Proveedor de Cuidado Primario? .....	15
¿Cómo obtengo atención médica si está cerrado el consultorio de mi Proveedor de Cuidado Primario/o del Proveedor de Cuidado Primario de mi hijo? .....	15
¿Existen planes de incentivos para doctores? .....	15
<b>BENEFICIOS PARA MIEMBROS DE CHIP Y RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL</b> .....	<b>16</b>
¿Cuáles son los beneficios del Programa CHIP? ¿Hay limitaciones por los servicios que están cubiertos? .....	16
¿Cuáles servicios no están cubiertos? .....	30
<b>EQUIPO MÉDICO DURADERO Y ARTÍCULOS MÉDICOS</b> .....	<b>31</b>
¿Cuáles son los beneficios para los Miembros Recién Nacidos de CHIP Perinatal? ¿Hay limitaciones por los servicios que están cubiertos? .....	38
¿Cuáles servicios no están cubiertos? .....	49

<b>EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME) Y ARTÍCULOS MÉDICOS DE CHIP PERINATAL.....</b>	<b>50</b>
¿Cómo obtengo estos servicios para mí/para mi hijo?.....	56
¿Cuáles beneficios recibe mi bebe al nacer?.....	56
¿Qué beneficios adicionales recibe un Miembro de CFHP? .....	57
¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi o para mi hijo? .....	58
¿Qué son copagos? ¿Cuánto son y cuándo tengo que pagarlos? .....	58
Co-pagos y cuota de inscripción no se aplican a los siguientes grupos:.....	60
Además, no hay ninguna participación en la distribución de los gastos de todos los miembros de CHIP en los siguientes servicios:.....	60
<b>ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS PARA MIEMBROS DE CHIP Y RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL .....</b>	<b>60</b>
¿Qué es una atención médica de rutina? .....	60
¿Qué tan pronto puedo esperar yo/ mi hijo para ser atendidos? .....	60
¿Qué tan pronto me darán/le darán a mi hijo una cita? .....	60
¿Qué es atención médica urgente?.....	60
¿Qué tan pronto me darán/le darán a mi hijo una cita? .....	60
<b>PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIEN NACIDOS DE CHIP PERINATAL .....</b>	<b>61</b>
¿Qué son una emergencia, un padecimiento médico de emergencia y un padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia?.....	61
¿Qué son servicios de emergencia o atención de emergencia? .....	61
¿Qué tan pronto me pueden dar una cita para recibir atención de emergencia? .....	61
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia? .....	61
¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia? .....	62
¿Que es la posestabilización?.....	62
<b>POR MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIEN NACIDOS DE CHIP PERINATAL .....</b>	<b>62</b>
¿Qué significa Medicamente Necesario?.....	62
¿Qué hago si mi hijo o yo nos enfermamos cuando estamos fuera de la ciudad o de viaje? .....	63
¿Qué pasa si estoy/si mi hijo está en otro estado? .....	63
¿Qué hago si mi hijo o yo fuera del país? .....	63
¿Qué es una referencia médica? .....	63
¿Cuáles servicios se pueden recibir sin una referencia médica?.....	63
¿Qué hago si necesito/si mi hijo necesita ver a un doctor especial (especialista)? .....	63
¿Qué tan pronto me darán/le darán a mi hijo una cita con un especialista?.....	63
¿Puedo obtener una segunda opinión?.....	64
¿Cómo recibo ayuda si tengo/mi hijo tiene problemas de salud mental o de drogas? .....	64
¿Necesito una referencia para estos servicios?.....	64
¿Qué son mis beneficios de los medicamentos con receta? .....	64
<b>POR MIEMBROS DE CHIP Y RECIEN NACIDOS DE CHIP PERINATAL .....</b>	<b>64</b>
¿Qué tengo que hacer para que me surtan mis recetas o las de mi hijo? .....	64
¿Cómo encuentro una farmacia dentro de la red?.....	64
¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está dentro de la red?.....	64
¿Qué tengo que llevar a la farmacia? .....	64
¿Y si necesito que me envíen mis medicamentos?.....	65
¿Qué hago si tengo problemas en obtener mis medicamentos? .....	65

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió? .....	65
¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos? .....	65
¿Cómo puedo saber qué medicamentos están cubiertos?.....	65
¿Cómo puedo transferir mis recetas a una farmacia dentro de la red? .....	66
¿Tendré un copago?.....	66
¿Cómo obtengo mi medicina si estoy viajando? .....	66
¿Qué pasa si pagó de su bolsillo una medicina y quiere un reembolso?.....	66
¿Y si necesito Equipo Médico Duradero u Otros Productos Normalmente Encontrados en una Farmacia? .....	66
¿Qué hago si yo necesito o mi hijo necesita un medicamento sin receta para CHIP? .....	66
¿Qué hago si yo necesito o mi hija necesita píldoras anticonceptivas? .....	66
¿Cómo obtengo servicios de la vista para mí/para mi hijo? .....	66
¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo? .....	66
¿Puede alguien interpretar para mí cuando hablo con mi doctor/el doctor de mi hijo?.....	66
¿A quién llamo para pedir los servicios de un intérprete? ¿Cómo hago para tener un intérprete conmigo cuando vaya al consultorio del proveedor? .....	67
¿Con cuánto tiempo de anticipación tengo que llamar? .....	67
<b>PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIEN NACIDOS DE CHIP PERINATAL .....</b>	<b>67</b>
¿Qué hago si necesito/mi hija necesita atención de ginecoobstetricia? ¿Tengo el derecho de escoger a un ginecoobstetra?.....	67
¿Cómo escojo a un ginecoobstetra? .....	67
¿Si no escojo a un ginecoobstetra, ¿puedo tener acceso directo a uno? .....	67
¿Necesito una referencia para servicios? .....	67
¿Qué tan pronto me darán una cita/le darán una cita a mi hija después de llamar al ginecoobstetra para una cita? .....	67
¿Puedo/Puede mi hija seguir viendo a un ginecoobstetra que no forma parte de CFHP?.....	67
¿Qué hago si estoy/mi hija está embarazada (PARA MIEMBROS DE CHIP)? .....	67
¿A quién debo llamar? .....	67
¿Qué otros servicios, actividades y educación ofrece CFHP a las mujeres embarazadas? .....	68
¿A quién llamo si tengo/mi hijo tiene necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude? .....	68
¿Qué hago si recibo un cobro del doctor?.....	68
¿A quién llamo? ¿Qué información van a necesitar? .....	68
¿Qué tengo que hacer si me mudo? .....	68
<b>DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO .....</b>	<b>69</b>
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro? .....	69
<b>PROVEEDORES POR MIEMBROS DE CHIP PERINATAL.....</b>	<b>71</b>
¿Qué necesito llevar cuando vaya a mi cita médica con un proveedor perinatal? .....	71
¿Puede ser una clínica un proveedor perinatal, para recibir atención médica ? .....	71
¿Cómo obtengo atención médica después de las horas de consulta?.....	71

<b>BENEFICIOS PARA MIEMBROS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP .....</b>	<b>71</b>
¿Cuáles son mis beneficios de CHIP Perinatal?.....	71
¿Cómo obtengo estos servicios?.....	81
¿Cuáles servicios no están cubiertos?.....	81
¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados de mi hijo por nacer? .....	82
¿Cuánto tengo que pagar por la atención médica de CHIP Perinatal?.....	83
¿Tengo que pagar los servicios que no son beneficios cubiertos? .....	83
¿Qué beneficios adicionales recibe un Miembro de CFHP? .....	83
¿Cómo obtengo estos servicios?.....	83
<b>ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL.....</b>	<b>83</b>
¿Qué es atención médica periódica? .....	83
¿Qué tan pronto me darán una cita? .....	83
¿Qué es atención médica urgente?.....	83
¿Qué tan pronto me darán una cita? .....	83
<b>PARA MIEMBROS PERINATAL DE CHIP.....</b>	<b>84</b>
¿Qué son una emergencia, un padecimiento médico de emergencia y un padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia?.....	84
¿Qué son servicios de emergencia o atención de emergencia? .....	84
¿Qué tan pronto me pueden dar una cita para recibir atención de emergencia? .....	84
¿Cómo obtengo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de cuidado primario está cerrado? .....	84
<b>PARA MIEMBROS PERINATAL DE CHIP.....</b>	<b>85</b>
¿Qué significa Medicamente Necesario? .....	85
¿Qué pasa si estoy en otro estado? .....	86
¿Qué hago si mi hijo o yo estamos fuera del país?.....	86
¿Qué es una referencia médica? .....	86
¿Cuáles servicios dentro la red se pueden recibir sin una referencia médica? .....	86
¿Qué hago si necesito servicios que no están cubiertos bajo CHIP Perinatal?.....	86
¿Cómo obtengo mis medicamentos? .....	86
¿Cómo busco una farmacia dentro de la red?.....	86
¿Qué pasa si voy a una farmacia que está fuera de la red?.....	86
¿Qué tengo que llevar a la farmacia?.....	87
¿Y si necesito que me envíen mis medicamentos?.....	87
¿Qué hago si tengo problemas en obtener mis medicamentos? .....	87
¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?.....	87
¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió? .....	87
¿Qué hago si necesito un medicamento sin receta? .....	87
¿Qué hago si mi hijo necesita tomar un medicamento con receta por más de 34 días?.....	87
¿Puede alguien interpretar para mí cuando hablo con mi proveedor perinatal?.....	87
¿A quién llamo para pedir los servicios de un intérprete? ¿Cómo hago para tener un intérprete conmigo cuando vaya al consultorio del proveedor?.....	87
¿Con cuánto tiempo de anticipación tengo que llamar? .....	87
¿Cómo escojo un proveedor perinatal? ¿Necesito una referencia médica?.....	87
¿Qué tan pronto me darán una cita el proveedor perinatal después de llamar? .....	87

¿Puedo seguir viendo a un proveedor perinatal que no forma parte de CFHP? .....	88
¿Qué otros servicios, actividades o educación ofrece CFHP?.....	88
¿Qué hago si recibo un cobro del proveedor perinatal?.....	88
¿A quién llamo? ¿Qué información van a necesitar? .....	88
¿Qué tengo que hacer si me mudo? .....	88
<b>DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO .....</b>	<b>88</b>
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro?.....	88
¿Cuándo termina la cobertura bajo CHIP Perinatal? .....	90
¿Me enviara el estado un aviso cuando termine la cobertura de CHIP Perinatal? .....	90
¿Como funciona la renovacion? .....	90
¿Cuales beneficios recibe mi bebe desde su nacimiento? .....	90
¿Puedo escoger al Proveedor Primario de mi bebe antes de que nazca? .....	90
¿A quien debo llamar? ¿Qué información necesitan?.....	90
<b>PARA LOS MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS CHIP PERINATAL, Y DE</b>	
<b>CHIP PERINATAL .....</b>	<b>91</b>
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece CFHP?.....	91
A moverse para tener mejor salud: .....	91
Tenga una rutina de ejercicio: .....	91
La alimentación saludable: .....	92
Salud mental y social: .....	92
Proceso de Administración de Utilización .....	93
Cómo obtener información sobre el proceso de AU y Autorización de Cuidado: .....	93
<b>QUEJAS .....</b>	<b>94</b>
¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién llamo? ¿Puede alguien de CFHP ayudarme a	
presentar una queja?.....	94
Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?.....	94
¿Cuánto tiempo tardará en tramitarse mi queja? .....	94
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja? .....	94
¿Qué hago si no estoy satisfecho con la respuesta a mi queja? .....	94
¿Tengo el derecho de reunirme con el Panel de Apelaciones?.....	94
<b>APELACIONES.....</b>	<b>95</b>
¿Qué puedo hacer si el doctor pide un servicio o medicina para mí que está cubierto,	
pero Community First lo niega o lo limita?.....	95
Un medicamento también se puede negar si: .....	95
¿Cómo me avisarán si se niegan los servicios? .....	95
¿Cuándo tengo el derecho de pedir una apelación? ¿Tengo que hacer la petición por	
escrito? ¿Puede alguien de CFHP ayudarme a presentar la apelación? .....	95
¿Cuáles son los plazos del trámite de apelación?.....	95
¿Qué pasa si los servicios que necesito son para tratar una emergencia o estoy en el hospital? .....	95
¿Qué es una apelación acelerada? .....	95
¿Cuáles son los plazos de una apelación acelerada?.....	95
¿Cómo se pide una apelación acelerada? ¿Quién me puede ayudar a presentar una	
apelación? ¿Tengo que hacer la petición por escrito?.....	95
¿Qué pasa si CFHP niega la petición de una apelación acelerada?.....	95

**ORGANIZACIÓN INDEPENDIENTE DE REVISIÓN (IRO) .....96**

- ¿Qué es una Organización Independiente de Revisión (IRO)? ..... 96
- ¿Cómo pido una revisión de una IRO? ..... 96
- ¿Cuáles son los plazos de este trámite? ..... 96
- ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la decisión definitiva?..... 96

**NUEVA TECNOLOGÍA MÉDICA .....96**

**FRAUDE Y ABUSO ..... 97**

- ¿Cómo denuncio a una persona que está usando indebidamente o abusando del programa o de los servicios?..... 97
- ¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?..... 97
- Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible. .... 97



## TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE CFHP

---

Todas las personas de su familia que estén inscritos en el plan recibirán su propia tarjeta de identificación de CFHP. Si usted no recibe una tarjeta, llame a Servicios para Miembros. Le enviaremos una. Su tarjeta va tener:

- Su nombre o de su hijo
- Su número de miembro
- La fecha efectiva
- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor de cuidado primario
- Los copagos (para miembros de CHIP solamente. Miembros del programa perinatal de CHIP no tienen copagos)
- Como obtener ayuda si tiene una emergencia
- Información de contacto para el departamento de Servicios para Miembros
- Como obtener ayuda en Español

Debe llevar esta tarjeta con usted todo el tiempo. Muestre esta tarjeta para que su doctor sepa que está cubierto por el programa de CHIP.

### **¿Qué hago si se pierdo la tarjeta de identificación de CFHP o me la roban?**

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de CFHP y un representante le enviará una nueva. También puede pedir una nueva tarjeta de identificación en el portal seguro de miembro en el sitio web de CFHP en [www.cfhp.com](http://www.cfhp.com).



**COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS** CHIP

Name: \_\_\_\_\_

Member No: \_\_\_\_\_ Group No. \_\_\_\_\_ <Effective Date> \_\_\_\_\_

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_

<PCP Ph. #:> \_\_\_\_\_

Co-Payments: There are no co-payments or cost sharing. | Copagos: No hay copagos ni participación en los gastos.

TDI Navitus Health Solutions BIN:610602

**Directions for what to do in an emergency.** In case of an emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible.

**Instrucciones en caso de emergencia.** En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después del tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

**Member Services Department** (24 hours/7 days a week) inside Bexar County (210) 358-6300 TDD (210) 358-6080, Toll-Free 1-800-434-2347, TDD 1-800-390-1175

**Departamento de Servicios para Miembros** (las 24 horas del día/7 días a la semana) Dentro del condado de Bexar (210) 358-6300, Línea TDD (210) 358-6080, Gratis 1-800-434-2347, Línea TDD 1-800-390-1175

**Behavioral Health | Servicios de Salud Mental Crisis Hotline (Toll-Free), Línea en caso de crisis (gratis):** 1-877-221-2226, 24 hours/7 days a week, 24 horas al día/7 días a la semana

**Notice to Hospitals and Other Providers:** All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call CFHP within 24 hours at (210) 358-6050 or fax to (210) 358-6040.

**Submit professional/other claims to:**  
Community First Health Plans - Claims  
12238 Silicon Drive, Suite 100, San Antonio, Texas 78249  
**For electronic claims submit to Availity: Payer ID = COMMF**

**RX Group:** CFG      **Pharmacy Help Desk:** 1-877-908-6023  
**BIN#:** 610602      **PCN:** MCD



**COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS** CHIP

Name: \_\_\_\_\_ Perinatal 305 Mom

Member No: \_\_\_\_\_ <Effective Date> \_\_\_\_\_

Division No: \_\_\_\_\_

Co-Payments: There are no co-payments or cost sharing. | Copagos: No hay copagos ni participación en los gastos.

TDI Navitus Health Solutions BIN:610602

**Directions for what to do in an emergency.** In case of an emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible.

**Instrucciones en caso de emergencia.** En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después del tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

**Member Services Department** (24 hours/7 days a week) inside Bexar County (210) 358-6300 TDD (210) 358-6080, Toll-Free 1-800-434-2347, TDD 1-800-390-1175

**Departamento de Servicios para Miembros** (las 24 horas del día/7 días a la semana) Dentro del condado de Bexar (210) 358-6300, Línea TDD (210) 358-6080, Gratis 1-800-434-2347, Línea TDD 1-800-390-1175

**Behavioral Health | Servicios de Salud Mental Crisis Hotline (Toll-Free), Línea en caso de crisis (gratis):** 1-877-221-2226, 24 hours/7 days a week, 24 horas al día/7 días a la semana

**Notice to Hospitals and Other Providers:** All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call CFHP within 24 hours at (210) 358-6050 or fax to (210) 358-6040.

**Submit professional/other claims to:**  
Community First Health Plans - Claims  
12238 Silicon Drive, Suite 100, San Antonio, Texas 78249  
**For electronic claims submit to Availity: Payer ID = COMMF**

**Submit hospital claims to:**  
Texas Medicaid & Healthcare Partnership Claims  
PO Box 200555, Austin, Texas 78720-0555

**RX Group#:** CFG      **Pharmacy Information:** 1-877-908-6023  
**BIN#:** 610602      **PCN:** MCD



**COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS** CHIP

Name: \_\_\_\_\_ Perinatal 306 Mom

Member No: \_\_\_\_\_ <Effective Date> \_\_\_\_\_

Division No: \_\_\_\_\_

Co-Payments: There are no co-payments or cost sharing. | Copagos: No hay copagos ni participación en los gastos.

TDI Navitus Health Solutions BIN:610602

**Directions for what to do in an emergency.** In case of an emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible.

**Instrucciones en caso de emergencia.** En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después del tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

**Member Services Department** (24 hours/7 days a week) inside Bexar County (210) 358-6300 TDD (210) 358-6080, Toll-Free 1-800-434-2347, TDD 1-800-390-1175

**Departamento de Servicios para Miembros** (las 24 horas del día/7 días a la semana) Dentro del condado de Bexar (210) 358-6300, Línea TDD (210) 358-6080, Gratis 1-800-434-2347, Línea TDD 1-800-390-1175

**Behavioral Health | Servicios de Salud Mental Crisis Hotline (Toll-Free), Línea en caso de crisis (gratis):** 1-877-221-2226, 24 hours/7 days a week, 24 horas al día/7 días a la semana

**Notice to Hospitals and Other Providers:** All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call CFHP within 24 hours at (210) 358-6050 or fax to (210) 358-6040.

**Submit professional/other claims to:**  
Community First Health Plans - Claims  
12238 Silicon Drive, Suite 100, San Antonio, Texas 78249  
**For electronic claims submit to Availity: Payer ID = COMMF**

**RX Group#:** CFG      **Pharmacy Information:** 1-877-908-6023  
**BIN#:** 610602      **PCN:** MCD



**COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS** CHIP

Name: \_\_\_\_\_ Perinatal Newborn

Member No: \_\_\_\_\_ <Effective Date> \_\_\_\_\_

Division No: \_\_\_\_\_

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_

<PCP Ph. #:> \_\_\_\_\_

Co-Payments: There are no co-payments or cost sharing. | Copagos: No hay copagos ni participación en los gastos.

TDI Navitus Health Solutions BIN:610602

**Directions for what to do in an emergency.** In case of an emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible.

**Instrucciones en caso de emergencia.** En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después del tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

**Member Services Department** (24 hours/7 days a week) inside Bexar County (210) 358-6300 TDD (210) 358-6080, Toll-Free 1-800-434-2347, TDD 1-800-390-1175

**Departamento de Servicios para Miembros** (las 24 horas del día/7 días a la semana) Dentro del condado de Bexar (210) 358-6300, Línea TDD (210) 358-6080, Gratis 1-800-434-2347, Línea TDD 1-800-390-1175

**Behavioral Health | Servicios de Salud Mental Crisis Hotline (Toll-Free), Línea en caso de crisis (gratis):** 1-877-221-2226, 24 hours/7 days a week, 24 horas al día/7 días a la semana

**Notice to Hospitals and Other Providers:** All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call CFHP within 24 hours at (210) 358-6050 or fax to (210) 358-6040.

**Submit professional/other claims to:**  
Community First Health Plans - Claims  
12238 Silicon Drive, Suite 100, San Antonio, Texas 78249  
**For electronic claims submit to Availity: Payer ID = COMMF**

**RX Group#:** CFG      **Pharmacy Information:** 1-877-908-6023  
**BIN#:** 610602      **PCN:** MCD





## PARA MIEMBROS DE CHIP

---

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

Usted puede cambiar de plan de salud:

- Por cualquier motivo dentro de 90 días de inscripción en CHIP
- Por motivo justificado en cualquier momento
- Durante el período anual de reinscripción de CHIP

### ¿A quién llamo?

Para más información, llame gratis a CHIP al 1-800-647-6558.

## MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

---

- **Atención:** Si usted llena ciertos requisitos de ingresos, el bebé será transferido a Medicaid y recibirá 12 meses de cobertura continua de Medicaid a partir de su fecha de nacimiento.
- El bebé seguirá recibiendo servicios por medio del Programa CHIP si usted satisface los requisitos de CHIP Perinatal. El bebé recibirá 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal por medio de su plan de salud, empezando el mes cuando inscribe al bebé por nacer.

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

- Una vez que escoja un plan de salud para su bebé por nacer, el niño tiene que permanecer en este plan de salud hasta que termine la cobertura de CHIP Perinatal del niño. Los 12 meses de cobertura de CHIP Perinatal empiezan cuando inscribe al bebé por nacer en CHIP Perinatal y continúa después del nacimiento del niño.
- Si vive en una área con más de un plan de salud de CHIP, y **no** escoge un plan dentro de 15 días de haber recibido el paquete de inscripción, la HHSC escogerá un plan de salud para su bebé por nacer y le enviará información sobre ese plan de salud. Si la HHSC escoge un plan de salud para su bebé por nacer, usted tendrá 90 días para escoger otro plan de salud si no está contenta con el plan que la HHSC escogió.
- Si tiene hijos con cobertura de CHIP, el plan de salud de ellos tal vez cambie una vez que le aprueben a usted la cobertura de CHIP Perinatal. Cuando aprueben a un miembro de la familia para recibir cobertura de CHIP Perinatal, y esa persona escoge un plan de salud, todos los niños de la familia inscritos en CHIP tendrán que inscribirse en el plan de salud que brindará los servicios de CHIP Perinatal. Los niños tienen que permanecer en el mismo plan de salud hasta que termine el periodo de inscripción del miembro de CHIP Perinatal, o hasta que termine el periodo de inscripción de los otros niños, lo que ocurra al último. En ese momento, usted podrá escoger otro plan de salud para los niños.
- Usted puede pedir un cambio de plan de salud:
  - por cualquier motivo dentro de 90 días de inscribirse en CHIP Perinatal; y
  - por motivo justificado en cualquier momento.

### ¿A quién llamo?

Para más información, llame gratis al 1-800-647-6558.

### ¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Puede cambiar de plan de salud las veces que quiera, pero no más de una vez al mes. Si está en el hospital, no puede cambiar de plan de salud hasta que lo den de alta.

### ¿Cuándo será efectivo el cambio de plan de salud?

Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día primero del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

- Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio entrará en vigor el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigor el 1 de junio.

### ¿Puede pedir CFHP cancelarme la membresía del plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Podemos pedir que se cancele su membresía si usted:

- Se cambia de domicilio fuera del área de servicio.
- Deja de llenar los requisitos de Medicaid.
- Se va a vivir a un hospicio o centro de atención a largo plazo.
- No sigue las normas y procedimientos de CFHP.
- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación de CFHP.
- Es grosero, abusivo o no coopera con el personal de CFHP, con los proveedores de cuidado primario, otros proveedores, o personal de su proveedor.

## **MIEMBROS DE FAMILIA CON COBERTURA DE CHIP, DE CHIP PERINATAL, Y DE MEDICAID PARA CIERTOS RECIÉN NACIDOS**

---

Si eres una miembro de CHIP Perinatal y tiene usted hijos que están cubiertos por CHIP, ellos van a continuar recibiendo beneficios de CHIP, pero van a cambiar al plan de salud que está proporcionando la cobertura de CHIP Perinatal. Copagos, participación en los costos, y la cuotas de inscripción aplican por esos hijos inscritos en la programa CHIP.

### **Para familias que son igual o inferior al 185% del Nivel Federal de Pobreza:**

Si está embarazada y es miembro del programa CHIP Perinatal, su recién nacido será trasladado a la cobertura de Medicaid por 12 meses continuos a partir de la fecha de nacimiento.

### **Para familias que están por encima de 185% a 200% del Nivel Federal de Pobreza:**

Si está embarazada y es miembro del programa CHIP Perinatal, su recién nacido va a continuar recibiendo cobertura del Programa de CHIP como un “Miembro Perinatal Recién Nacido” cuando nazca.





## PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP PERINATAL

Las referencias a “usted”, “mí” o “yo” le corresponden si usted es Miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” corresponden si su hijo es Miembro de CHIP o un recién nacido bajo el programa de Atención Perinatal de CHIP.

### ¿Qué es un Proveedor de Cuidado Primario?

El Proveedor de Cuidado Primario es el doctor o la clínica de su hijo. El Proveedor de Cuidado Primario se encargará de todas las necesidades de atención médica de su hijo. Si su hijo necesita un especialista o alguna prueba, el Proveedor de Cuidado Primario lo pedirá. El Proveedor de Cuidado Primario de su hijo tiene que estar disponible, en persona o por teléfono, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O tiene que haber otro doctor en turno. Si su hijo tiene un problema médico muy grave, usted puede pedir que un especialista sea el Proveedor de Cuidado Primario de su hijo. CFHP tiene que aprobar el especialista. El especialista también tiene que estar dispuesto a ser el Proveedor de Cuidado Primario de su hijo.

### ¿Qué necesito llevar cuando vaya a mi cita médica/o la cita médica de mi hijo?

Lleve la tarjeta de identificación de CHIP. También lleve cualquier información que tenga sobre sus necesidades de atención médica. Esto incluye cualquier medicamento con receta que tome usted o su hijo.

### ¿Puede ser una clínica, el Proveedor de Cuidado Primario para mí/o para mi hijo?

Sí. Escoja una de las clínicas como un Centro de Salud Aprobado a Nivel Federal de nuestro Directorio de Proveedores de CHIP.

### ¿Cómo cambio de Proveedor de Cuidado Primario?

Para obtener una lista de los médicos dentro de la red de Community First, visite nuestro sitio web en [www.cfhp.com](http://www.cfhp.com). Ésta lista se actualiza cada dos semanas. También puede llamar al departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre las calificaciones profesionales de un médico o para la información más actualizada sobre la red de proveedores. Llámenos al (210) 358-6300 ó al número gratis 1-800-434-2347. Un representante del departamento de Servicios para Miembros le ayudará a escoger un nuevo Proveedor de Cuidado Primario. También puede pedir un cambio de Proveedor de Cuidado Primario por medio de nuestro portal seguro para miembros en la red de CFHP visitando [www.cfhp.com](http://www.cfhp.com). Clic en “Ingresar al Portal de Miembro,” clic en “contáctenos,” después en “Envíe una solicitud segura a Servicios para Miembros.” Llene la forma de “Miembro contáctenos” y oprima el botón de envío.

### ¿Cuántas veces puedo cambiar a mi Proveedor de Cuidado Primario o el de de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar el proveedor de cuidado primario o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario, llamándonos gratis al 1-800-434-2347 o escribiéndonos a:

Community First Health Plans  
Atención: Servicios para Miembros  
12238 Silicon Drive, Suite 100  
San Antonio, TX 78249

También puede solicitar un cambio a través de nuestro portal seguro para miembros en el sitio web de Community First Health Plans en [www.cfhp.com](http://www.cfhp.com).

### ¿Cuándo entra en efecto un cambio de Proveedor de Cuidado Primario?

- Si pide el cambio antes del 15 de mes, puede empezar a ver al nuevo Proveedor de Cuidado Primario el primer día del siguiente mes.
- Si pide el cambio después del 15 del mes, tendrá que esperar hasta el primer día del segundo mes siguiente.
- Hasta esa fecha, su Proveedor de Cuidado Primario original tendrá que aprobar cualquier atención de hospital o de especialistas para usted.

### Aquí hay un ejemplo:

- Si usted cambia de Proveedor de Cuidado Primario el 15 de agosto o antes, puede empezar a ver al nuevo Proveedor de Cuidado Primario el día 1 de septiembre.
- Si usted pide el cambio después del 15 de agosto, tendrá que esperar hasta el 1 de octubre para ver al nuevo Proveedor de Cuidado Primario.

### ¿Hay algunas razones por las que se puede negar mi solicitud de cambiar de Proveedor de Cuidado Primario?

CFHP puede negar su solicitud de Proveedor de Cuidado Primario si:

- El Proveedor de Cuidado Primario que escogió no se especializa en el tipo de atención que usted necesita
- El Proveedor de Cuidado Primario que usted escogió ya no acepta a pacientes nuevos
- Usted está en el hospital en el momento hacer la solicitud

### ¿Qué pasa si decido ir a otro doctor que no sea mi Proveedor de Cuidado Primario/o el Proveedor de Cuidado Primario de mi hijo?

Si decide ir a otro doctor, es posible que le pidan pagar la cuenta. O quizás le pidan firmar una forma que dice que pagará la cuenta. Será mejor que vaya al Proveedor de Cuidado Primario de su hijo.

### ¿Puede el Proveedor de Cuidado Primario cambiarme/o cambiar a mi hijo a otro Proveedor de Cuidado Primario?

Sí, lo puede hacer por las siguientes razones:

- Usted falta a tres citas seguidas y no llama para avisar con tiempo.
- Usted no sigue los consejos del doctor.
- Usted es grosero, abusivo o no coopera con el Proveedor de Cuidado Primario de su hijo o con el personal del consultorio.

No obstante, el Proveedor de Cuidado Primario tiene que pedir permiso de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). Usted tiene el derecho de apelar.

### ¿Cómo obtengo atención médica si está cerrado el consultorio de mi Proveedor de Cuidado Primario/o del Proveedor de Cuidado Primario de mi hijo?

Si su hijo tiene un problema urgente, llame primero al consultorio del Proveedor de Cuidado Primario. El Proveedor de Cuidado Primario tiene que atender llamadas telefónicas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Después de las horas de consulta, puede llamar a la línea de consejos de enfermeras de CFHP al (210) 358-6300. También puede llamar gratis al 1-800-434-2347. Una enfermera hablará con usted. La enfermera le puede enviar a un centro de atención urgente. Recuerde, si tiene una emergencia, ¡vaya a la sala de emergencias más cercana!

### ¿Existen planes de incentivos para doctores?

Un plan de incentivos para doctores premia a los doctores cuyos tratamientos reducen o limitan los servicios prestados a las personas cubiertas por CHIP. En este momento, Community First Health Plans no tiene un plan de incentivos para doctores.



## BENEFICIOS PARA MIEMBROS DE CHIP Y RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL

Las referencias a “usted”, “mí” o “yo” le corresponden si usted es Miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” corresponden a su hijo si es Miembro de CHIP o un recién nacido en el programa de Atención Perinatal de CHIP.

**¿Cuáles son los beneficios del Programa CHIP? ¿Hay limitaciones por los servicios que están cubiertos?**  
Los siguientes beneficios son por miembros de CHIP. Para más información sobre el plan de salud, continúe a la página 56.

Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios de hospital para pacientes internos en general graves y de rehabilitación</b></p> <p>Los servicios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de doctores o proveedores que se dan en el hospital</li> <li>• Cuarto semiprivado y alimentación (o cuarto privado si el doctor que lo atiende certifica que es médicamente necesario)</li> <li>• Servicios de enfermería general</li> <li>• Servicios sala de cuidados intensivos (ICU)</li> <li>• Comidas del paciente y dietas especiales</li> <li>• Quirófano, sala de recuperación y otras salas de tratamiento</li> <li>• Anestesia y su administración (componente técnico del centro)</li> <li>• Vendajes esterilizados, bandejas, yesos, tablillas</li> <li>• Medicinas y productos biológicos, sangre o subproductos de la sangre, que no se dan gratis al paciente, y su administración</li> <li>• Radiografías, toma de imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro)</li> <li>• Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico del centro)</li> <li>• Pruebas diagnósticas hechas con máquinas (EEG, EKG, etc.)</li> <li>• Servicio de oxígeno y terapia de inhalación</li> <li>• Radiación y quimioterapia</li> <li>• Acceso a centros perinatales designados Nivel III por DSHS, o a hospitales que satisfacen un nivel de atención equivalente</li> <li>• Servicios de médicos y centros dentro y fuera de la red para mamás y recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Es necesaria</b> la autorización previa para recibir atención que no sea de emergencia, o que se presta después de la estabilización del estado de emergencia.</li> <li>• <b>Es necesaria</b> la autorización previa para los servicios de médicos y centros dentro y fuera de la red para mamás y recién nacidos después de las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y después de las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones.</li> </ul>	<p>Se aplica el nivel correspondiente de copago para pacientes internos por cada hospitalización.</p>



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios hospitalarios, médicos y otros servicios, como la anestesia, relacionados con los servicios dentales</li> <li>• Servicios de paciente interno relacionados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Estos servicios son, entre otros, <ul style="list-style-type: none"> <li>• procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C);</li> <li>• medicamentos adecuados administrados por el proveedor;</li> <li>• ultrasonidos; y</li> <li>• análisis histológicos de muestras de tejidos.</li> </ul> </li> <li>• Servicios odontológicos prequirúrgicos o posquirúrgicos médicamente necesarios para tratar anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se prestan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• labio y/o paladar hendido; o</li> <li>• desviaciones craneofaciales traumáticas, óseas y/o congénitas graves; o</li> <li>• asimetría facial grave como consecuencia de defectos óseos, padecimientos sindrómicos congénitos y/o el desarrollo de un tumor o su tratamiento.</li> </ul> </li> <li>• Implantes quirúrgicos</li> <li>• Otras ayudas artificiales, incluso implantes quirúrgicos</li> <li>• Servicios como paciente interno para realizar una mastectomía y la reconstrucción del seno, incluso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• todas las etapas de reconstrucción del seno afectado;</li> <li>• cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico; y</li> <li>• tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y de edemas linfáticas.</li> </ul> </li> <li>• Los dispositivos que se pueden implantar están cubiertos bajo Servicios para pacientes internos y externos y no cuentan para el límite de equipo médico duradero en 12 meses.</li> </ul>		
<p><b>Servicios en centros de enfermería especializada (incluso en hospitales de rehabilitación)</b></p> <p>Los servicios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuarto semiprivado y alimentación</li> <li>• Servicios de enfermería de rutina</li> <li>• Servicios de rehabilitación</li> <li>• Artículos médicos y el uso de equipo y aparatos proporcionados por el centro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesaria la autorización y una receta médica</li> <li>• Límite de 60 días durante un periodo de 12 meses</li> </ul>	Ninguno



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios integrales de rehabilitación para pacientes externos, servicios de una clínica (entre ellos, los que se dan en un centro de salud) y servicios médicos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios son, entre otros, los siguientes servicios que se dan en una clínica o sala de emergencias del hospital, en una clínica o centro de salud, en un departamento de emergencias en un hospital o en un lugar donde se prestan servicios de salud ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías, toma de imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico)</li> <li>• Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico)</li> <li>• Pruebas diagnósticas hechas con máquina</li> <li>• Servicios de cirugía para pacientes ambulatorios</li> <li>• Medicinas y productos biológicos</li> <li>• Yesos, tablillas, vendajes</li> <li>• Servicios de salud preventivos</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>• Diálisis renal</li> <li>• Servicios respiratorios</li> <li>• Radiación y quimioterapia</li> <li>• Sangre o subproductos de la sangre, que no se dan gratis al paciente y su administración</li> <li>• Servicios del centro y servicios médicos, como la anestesia, relacionados con los servicios dentales, siempre que se prestan en un centro quirúrgico con licencia para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Servicios para pacientes externos relacionados con un (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Estos servicios son, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C);</li> <li>• medicamentos adecuados administrados por el proveedor;</li> <li>• ultrasonidos; y</li> <li>• análisis histológicos de muestras de tejidos.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Puede ser necesaria</b> una autorización previa y una receta médica</li> </ul>	<p>Se aplica el nivel correspondiente de copago para los medicamentos genéricos y de marca.</p>

Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios odontológicos prequirúrgicos o posquirúrgicos médicamente necesarios para tratar anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se prestan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• labio y/o paladar hendido; o</li> <li>• desviaciones craneofaciales traumáticas, óseas o congénitas graves; o</li> <li>• asimetría facial grave como consecuencia de defectos óseos, padecimientos sindrómicos congénitos y/o el desarrollo de un tumor o su tratamiento.</li> </ul> </li> <li>• Implantes quirúrgicos</li> <li>• Otras ayudas artificiales, incluso implantes quirúrgicos</li> <li>• Servicios de paciente externo prestados en la unidad de servicios para pacientes externos de un hospital o en un centro de atención médica para pacientes ambulatorios relacionados con una mastectomía y reconstrucción de seno si son clínicamente apropiados, incluso:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las etapas de reconstrucción del seno afectado;</li> <li>• Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico; y</li> <li>• Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y de edemas linfáticas.</li> </ul> </li> <li>• Los dispositivos que se pueden implantar están cubiertos bajo Servicios para pacientes internos y externos y no cuentan para el límite de equipo médico duradero en 12 meses.</li> </ul>		





Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios profesionales de médicos y asistentes médicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios son, entre otros:</li> <li>• Chequeos preventivos para niños y servicios de salud preventivos recomendados por la Academia Americana de Pediatría (como pruebas de detección temprana para la vista y el oído, e inmunizaciones)</li> <li>• Visitas al consultorio médico, servicios para pacientes internos y externos</li> <li>• Servicios de laboratorio, radiografías, toma de imágenes y patología{5}{6}incluso el componente técnico y su interpretación profesional</li> <li>• Medicinas, productos biológicos y materiales que se dan en el consultorio médico</li> <li>• Pruebas de detección de alergias, sueros e inyecciones</li> <li>• Componente profesional (pacientes internos y externos) de los servicios quirúrgicos, entre ellos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirujanos y auxiliares para procedimientos quirúrgicos, inclusive la atención postoperatoria adecuada</li> <li>• Administración de anestesia por un médico (que no sea el cirujano) o un CRNA</li> <li>• Segunda opinión sobre la necesidad de cirugía</li> <li>• Cirugía que se hace el mismo día en el hospital, sin tener que quedarse la noche</li> <li>• Procedimientos diagnósticos invasivos, como el examen endoscópico</li> </ul> </li> <li>• Servicios médicos basados en el hospital (entre ellos, componentes técnicos y de interpretación realizados por un médico)</li> <li>• Servicios de doctores y profesionales para realizar una mastectomía y la reconstrucción del seno, incluso:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las etapas de reconstrucción del seno afectado;</li> <li>• Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico; y</li> <li>• Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y de edemas linfáticas.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de doctores y centros dentro y fuera de la red para mamás y recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones</li> <li>• Servicios médicos médicamente necesarios para apoyar al dentista que presta servicios dentales, como anestesia general o sedación intravenosa (IV), a un miembro de CHIP.</li> </ul>	<p>Para los servicios de un especialista, puede <b>ser necesaria una autorización</b></p>	<p>Se aplica el nivel correspondiente de copago para visitas al consultorio.</p>



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médicos relacionados con un (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Estos servicios son, entre otros:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C);</li> <li>• medicamentos adecuados administrados por el proveedor;</li> <li>• ultrasonidos; y</li> <li>• análisis histológicos de muestras de tejidos.</li> </ul> </li> <li>• Servicios odontológicos prequirúrgicos o posquirúrgicos médicamente necesarios para tratar anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se prestan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• labio y/o paladar hendido; o</li> <li>• desviaciones craneofaciales traumáticas, óseas y/o congénitas graves; o</li> <li>• asimetría facial grave como consecuencia de defectos óseos, padecimientos sindrómicos congénitos y/o el desarrollo de un tumor y su tratamiento.</li> </ul> </li> </ul>		
<b>Centro de servicios de maternidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubre los servicios de maternidad proporcionadas por un centro de partos con licencia. Limitado a los servicios de las instalaciones (por ejemplo, el labor y de parto).</li> </ul>	Ninguno
<b>Servicios prestados por una partera autorizada o un médico en un centro de partos con licencia.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubre parto prenatal, del parto y los servicios prestados en un centro de partos con licencia.</li> </ul>	Ninguno



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Equipo médico duradero (DME), aparatos protésicos y artículos médicos desechables</b></p> <p>Los servicios cubiertos son, entre otros, DME (equipo que aguanta el uso repetido, y que se usa principalmente y de costumbre para propósitos médicos, por lo general no es útil para la persona que no padece de una enfermedad, lesión o discapacidad y que es apropiado para uso en el hogar), aparatos y artículos que son médicamente necesarios, y que se necesitan para realizar una o más actividades de la vida cotidiana, y que son apropiados para ayudar con el tratamiento de un padecimiento médico. Son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparatos ortopédicos y ortesis</li> <li>• Dispositivos dentales</li> <li>• Aparatos protésicos, como ojos y extremidades artificiales, otros aparatos ortopédicos, y prótesis mamaria externa</li> <li>• Anteojos y lentes de contacto protésicos para controlar enfermedades oftalmológicas graves</li> <li>• Otras ayudas artificiales, incluso implantes quirúrgicos</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Los implantes están cubiertos como Servicios para pacientes internos y externos y no se cuentan para el límite del periodo de 12 meses para equipo médico duradero.</li> <li>• Artículos médicos desechables para ciertos diagnósticos, entre ellos, fórmulas especiales y suplementos alimenticios recetados por el doctor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser necesaria la autorización previa y una receta médica</li> <li>• Límite de \$20,000 durante un periodo de 12 meses, para DME, aparatos protésicos y artículos médicos desechables (los dispositivos que se pueden implantar, artículos y equipos para los diabéticos no cuentan para este límite)</li> </ul>	<p>Ninguno</p>
<p><b>Servicios de salud en la casa y en la comunidad</b></p> <p>Los servicios que se dan en la casa y en la comunidad. Son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusión en la casa</li> <li>• Terapia respiratoria</li> <li>• Visitas de una enfermera particular (R.N., L.V.N.)</li> <li>• Visita de una enfermera especializada, como se define para los propósitos de servicios de salud en casa (puede ser una R.N. o una L.V.N.).</li> <li>• Auxiliar de salud en casa cuando forma parte de un plan de servicios, durante el periodo en que las visitas especializadas han sido aprobadas</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesaria la autorización previa y una receta médica</li> <li>• Estos servicios no pretenden reemplazar al cuidador del niño ni dar relevo al cuidador</li> <li>• Las visitas de enfermeras especializadas se ofrecen de forma interrumpida y no se prestan las 24 horas seguidas</li> <li>• Los servicios no están destinados a sustituir una hospitalización de 24 horas o los servicios en un centro de enfermería especializado.</li> </ul>	<p>Ninguno</p>



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios de salud mental para pacientes internos</b></p> <p>Los servicios que se dan en un hospital psiquiátrico independiente, en unidades psiquiátricas de hospitales de servicios generales de urgencias y en centros administrados por el estado, incluye, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los servicios que no son de emergencia es necesaria la autorización previa</li> <li>• No es necesario una referencia médica del PCP.</li> <li>• Los servicios psiquiátricos como paciente interno, cuando están ordenados por una corte de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salubridad y Seguridad de Texas, relacionadas con las internaciones en centros psiquiátricos ordenadas por la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación de los servicios tiene que presentarse ante la corte que tiene la jurisdicción sobre la materia que se va a determinar.</li> </ul>	<p>Se aplica el nivel correspondiente de copago para pacientes internos.</p>



<b>Tipo de beneficio</b>	<b>Limitaciones</b>	<b>Copago</b>
<p>Servicios de salud mental para pacientes externos</p> <p>Los servicios de salud mental, incluso para enfermedades mentales graves, para pacientes externos incluye, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Las visitas pueden hacerse en una variedad de entornos basados en la comunidad (por ejemplo, en escuelas y en el hogar) o en un centro administrado por el estado.</li><li>• Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.</li><li>• Las visitas de control de medicamentos</li><li>• Tratamiento de rehabilitación durante el día</li><li>• Servicios de tratamiento residencial</li><li>• Servicios de salud mental no tan urgentes para pacientes externos (hospitalización parcial o tratamiento de rehabilitación durante el día</li><li>• Habilidades (desarrollo de habilidades psicoeducacionales)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Puede ser necesaria</b> una autorización previa</li><li>• No es necesario una referencia médica.</li><li>• Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes externos, están ordenado por una corte de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salubridad y Seguridad de Texas, relacionadas con internaciones en centros psiquiátricos ordenadas por la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación de los servicios tiene que presentarse ante la corte que tiene la jurisdicción sobre la materia que se va a determinar.</li></ul>	<p>Se aplica el nivel correspondiente de copago para visitas al consultorio.</p>

Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
	<ul style="list-style-type: none"> <li>El cargo de Proveedor Capacitado en Salud Mental – Servicios Comunitarios (QMHP-CS) está definido por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) en el Título 25, Parte I, Capítulo 412, Subcapítulo G, División 1, Sección 412.303(48) del Código Administrativo de Texas. Los QMHP-CS deben ser proveedores que trabajan por medio de una autoridad local de salud mental contratada por el DSHS o en otra entidad contratada por el DSHS. El QMHP-CS debe ser supervisado por un doctor o profesional de la salud mental con licencia y prestar servicios de acuerdo con las normas del DSHS. Estos servicios son, entre otros, capacitación de habilidades individual o en grupo (que pueden ser componentes de intervenciones tales como tratamiento durante el día y servicios en casa), educación del paciente y de la familia y servicios en caso de crisis.</li> </ul>	





Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes internos</b></p> <p>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes internos son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de tratamiento del abuso de sustancias residenciales y para pacientes internos, por ejemplo, desintoxicación y estabilización de crisis y programas residenciales de rehabilitación las 24 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Es necesaria</b> la autorización previa para los servicios que no son de emergencia.</li> <li>• No es necesario una referencia médica del PCP.</li> </ul>	<p>Se aplica el nivel correspondiente de copago para pacientes internos.aa</p>
<p><b>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes externos</b></p> <p>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes externos son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de prevención e intervención brindados por proveedores médicos y no médicos, como detección, valoración y referencia médica para trastornos de dependencia química.</li> <li>• Servicios intensivo como paciente externo</li> <li>• Hospitalización parcial</li> <li>• Los servicios intensivos para pacientes externos se definen como un servicio organizado no residencial que brinda terapia estructurada individual y en grupo, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida que dura por lo menos 10 horas por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas al día.</li> <li>• El servicio de tratamiento para pacientes externos se define como un servicio que dura por lo menos una o dos horas por semana que brinda terapia estructurada individual y en grupo, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Puede ser necesaria</b> una autorización previa.</li> <li>• No es necesario una referencia médica del PCP.</li> </ul>	<p>Se aplica el nivel correspondiente de copago para visitas al consultorio.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación</b></p> <p>Los servicios de habilitación (el proceso de brindar al niño los medios necesarios para que logre las metas importantes del desarrollo adecuadas para su edad, por medio de la terapia o el tratamiento) y de rehabilitación son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>• Valoración del desarrollo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Es necesaria</b> la autorización y una receta médica</li> </ul>	<p>Ninguno</p>



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios de cuidado de hospicio</b></p> <p>Los servicios de hospicio son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado paliativo, inclusive servicios médicos y de apoyo, para el niño a quien le quedan seis meses o menos de vida, para mantenerlo cómodo durante sus últimas semanas y meses de vida</li> <li>• No afecta el tratamiento de padecimientos no relacionados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesaria la autorización previa y receta médica</li> <li>• Los servicios se basan en el diagnóstico de que se requiere cuidado de hospicio.</li> <li>• Cubre hasta un máximo de 120 días cuando la esperanza de vida es de seis meses.</li> <li>• El paciente que decide recibir los servicios de hospicio, renuncia a su derecho a tratamiento relacionado con la enfermedad terminal; sin embargo, puede cancelar esta decisión en cualquier momento</li> </ul>	<p>Ninguno</p>
<p><b>Servicios de emergencia, entre ellos, servicios hospitalarios, servicios médicos y de ambulancia</b></p> <p>El Plan de Salud no puede exigir una autorización como condición de pago para los padecimientos de emergencia, el trabajo de parto y el parto. Los servicios que están cubiertos son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de emergencia basados en la definición de estado médico de emergencia de cualquier persona prudente</li> <li>• Servicios de la sala de emergencias del hospital, médicos y demás servicios relacionados, las 24 horas del día, los siete días de la semana, prestados por proveedores dentro de la red y fuera de la red</li> <li>• Exámenes de detección</li> <li>• Servicios de estabilización</li> <li>• Acceso a centros de traumatología designados Nivel I y II por el DSHS, o a hospitales que satisfacen un nivel de atención de emergencia equivalente</li> <li>• Transportación de emergencia por tierra, aire o agua</li> <li>• Servicios dentales de emergencia que se limitan a la fractura o la luxación de la mandíbula, daño traumático a los dientes y extirpación de quistes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesaria la autorización de servicios de posestabilización</li> </ul>	<p>Se aplica el nivel correspondiente de copago para visitas a la sala de emergencias cuando no es una emergencia.</p>



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Trasplantes</b></p> <p>Los servicios cubiertos son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo transplante no experimental de órganos y tejidos humanos, según las pautas actuales de la FDA, y toda clase de transplante no experimental de córnea, médula ósea y de células madres periféricas, inclusive los gastos médicos del donante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Es necesaria</b> la autorización</li> </ul>	<p>Ninguno</p>
<p><b>Beneficios para la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de los ojos durante un periodo de 12 meses, sin autorización, para determinar la necesidad y la graduación de lentes correctivos</li> <li>• Un par de anteojos no protésicos durante un periodo de 12 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan de salud puede poner un límite razonable al costo de la montura y los lentes.</li> <li>• No es necesaria una autorización para lentes de policarbonato y de protección cuando son médicamente necesarios como parte de un plan de tratamiento de las enfermedades oculares cubiertas.</li> </ul>	<p>Se aplica el nivel correspondiente de copago para visitas al consultorio.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos no necesitan una receta médica y se limitan a la subluxación de la espina dorsal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No es necesaria</b> una autorización para el límite de 12 citas en un periodo de 12 meses (no importa el número de servicios o las modalidades brindadas en una cita)</li> <li>• <b>Es necesaria</b> una autorización para visitas adicionales.</li> </ul>	<p>Se aplica el nivel correspondiente de copago para visitas al consultorio.</p>
<p><b>Programas para dejar el tabaco</b></p> <p>Cubre hasta un límite de \$100 durante un periodo de 12 meses para un programa aprobado por el plan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No es necesaria</b> la autorización</li> <li>• El plan de salud define qué es un programa aprobado por el plan</li> <li>• Puede que se apliquen los requisitos de un formulario de medicinas.</li> </ul>	<p>Ninguno</p>

Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios de valor agregado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios adicionales de visión</li> <li>• Exámenes físicos gratis para la escuela y los deportes</li> <li>• Tarjeta de descuento en las recetas médicas para toda la familia</li> <li>• Línea de consejos de enfermeras las 24 horas del día</li> <li>• Pases de autobús para ir a citas médicas y clases de educación sobre la salud</li> <li>• Programa de control de peso</li> <li>• Programa de tarjetas de regalo para los miembros</li> <li>• Programa de salud prenatal Healthy Expectations</li> <li>• Programa para dejar de fumar</li> <li>• Estuche de Asma para miembros</li> <li>• Estuche de consejos de emergencia para miembros</li> <li>• Incentivos para el programa de Diabetes</li> <li>• Clases de estilo de vida para adultos</li> <li>• Clases de posparto y de recién nacidos para papás nuevos.</li> <li>• Reproductor MP3 con foros de salud</li> <li>• Festejo para las mujeres embarazadas (baby shower)</li> <li>• Reuniones y consejos para mamás nuevas</li> <li>• Referencias médicas dentales a bajo costo</li> <li>• Ayuda temporal con un teléfono</li> <li>• Incentivos después de haberse dado de alta del hospital</li> <li>• Gratis asientos de seguridad para niños</li> <li>• Clases de seguridad y reparación de bicicletas</li> <li>• Clases de Zumba</li> <li>• Servicios de Notario gratuitos</li> </ul>		Ninguno





### ¿Cuáles servicios no están cubiertos?

- Tratamientos para la infertilidad o servicios reproductivos para pacientes internos y externos; excepto los cuidados prenatales, el trabajo de parto, el parto y la atención relacionada con enfermedades, padecimientos o anomalías del sistema reproductivo.
- Medicamentos anticonceptivos prescritos sólo con el propósito de la atención primaria de la salud reproductiva y preventiva (es decir, no se puede prescribir para la planificación familiar.)
- Artículos de comodidad personal, entre ellos, artículos para la higiene personal que se dan al internarse, teléfono, televisión, fotos de recién nacidos, comidas para las visitas del paciente y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión específica.
- Procedimientos o servicios médicos, quirúrgicos o de la salud, que son experimentales o parte de un estudio y que generalmente no se usan ni se reconocen dentro de la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adversa y tiene derecho a revisión por una Organización de Revisión Independiente (tal como se describe en D, “Evaluación externa de la Organización de Revisión Independiente”).
- Tratamientos o evaluaciones que solicita algún tercero, por ejemplo, para escuelas, empleos, campamentos, cobertura de seguros, la corte o para autorizar los viajes en avión.
- Aparatos dentales solamente para fines cosméticos.
- Servicios de enfermería privada cuando se dan al paciente interno.
- Aparatos mecánicos para reemplazar los órganos, entre ellos, corazones artificiales.
- Servicios y artículos hospitalarios cuando se interna solamente con el propósito de realizar pruebas diagnósticas, a menos que se los haya autorizado el Plan de Salud.
- Pruebas de detección de la próstata y mamografías.
- Cirugía optativa para corregir la vista.
- Procedimientos gástricos para bajar de peso.
- Cirugía y servicios cosméticos solamente con propósitos cosméticos
- Servicios fuera de la red que el Plan de Salud no haya autorizado, a menos que sea atención de emergencia o servicios médicos para mamás y recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones o las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones
- Servicios, artículos, substitutos o suplementos alimenticios que se dan para controlar el peso o para tratar la obesidad, excepto los servicios relacionados con el tratamiento de la obesidad patológica como parte de un plan de tratamiento aprobado por el Plan de Salud
- Los medicamentos prescritos para la pérdida o ganancia de peso
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia
- Inmunizaciones sólo con el propósito de viajar al extranjero
- Cuidado rutinario de los pies, como cuidados higiénicos
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, torcidos o planos y recorte y remoción de callos, callosidades y uñas (esto no se aplica a la remoción de la raíz de la uña o al tratamiento quirúrgico de los padecimientos subyacentes de los callos, callosidades y las uñas encarnadas)
- Reemplazo o reparación de aparatos protésicos y equipo médico duradero debido a mal uso, abuso o pérdida del mismo, cuando está confirmado por el Miembro o el vendedor
- Zapatos ortopédicos correctivos
- Artículos para conveniencia personal
- Los medicamentos de venta libre
- Ortesis usada principalmente para propósitos atléticos o recreativos
- Cuidado de un acompañante (cuidado que ayuda al niño con las actividades de la vida cotidiana, como caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, asearse, preparar una dieta especial y supervisar que toma las medicinas, si normalmente se las toma solo o se las da uno



de los padres. Estos cuidados no requieren la atención continua de personal médico o paramédico entrenado). Esta exclusión no se aplica a los servicios de hospicio.

- Limpieza de la casa
- Servicios y atención que se prestan en un centro público que por ley federal, estatal o local debe atender ciertas enfermedades, o la atención prestada mientras está bajo la custodia de las autoridades policiales o judiciales
- Servicios y artículos que recibe de una enfermera que no requieren de tanta capacitación y experiencia.
- Terapia y entrenamiento de la vista
- Reembolso de los servicios de terapia física, ocupacional o del habla prestados en la escuela no está cubierto a menos que lo ordene un doctor o el PCP
- Gastos no médicos de un donante
- Los gastos que corren por cuenta del donante de un órgano cuando la persona que recibe el trasplante no tiene cobertura de este plan de salud.
- La coberta al viajar fuera de Estados Unidos y los territorios estadounidenses, entre ellos (Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, Commonwealth of Northern Mariana Islands, Guam, and American Samoa).

## EQUIPO MÉDICO DURADERO Y ARTÍCULOS MÉDICOS

ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Vendas		X	Excepción: si las proporciona una clínica o agencia de atención médica en casa y dicha entidad se las cobra, se cubren como artículo incidental.
Alcohol, para fricciones		X	Artículo de venta sin receta.
Alcohol, gasas húmedas (para diabéticos)	X		Artículo de venta sin receta, no se cubren a menos que se presente una receta médica al surtirlas.
Alcohol, gasas húmedas	X		Se cubren solamente si se usan con terapia intravenosa (IV) o acceso venoso central.
Epinefrina inyectable (Ana Kit)	X		Juego de inyección propia usado por pacientes altamente alérgicos a la picadura de abeja.
Cabestrillo	X		Surtido como parte de la cita al consultorio.
Pañales (Attends)	X		Cobertura limitada, solo para los niños de 4 años o más cuando los receta un médico y se usan para brindar los cuidados delineados en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto
Vendas		X	
Termómetro basal		X	Artículo de venta sin receta.



Beneficios para Miembros de CHIP y Miembros Recién Nacidos de CHIP Perinatal

ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Pilas, primeras	X		Para equipo médico duradero (DME) cubierto
Pilas, de repuesto	X		Para DME cubierto cuando su repuesto es necesario debido al uso normal.
Betadina		X	Vea Artículos para terapia intravenosa.
Libros		X	
Clinitest (pastillas reactivas)	X		Para el monitoreo de la diabetes.
Bolsas de colostomía			Vea Artículos para ostomía.
Dispositivos de comunicación		X	
Jalea anticonceptiva		X	Artículo de venta sin receta. Los anticonceptivos no se cubren bajo este plan.
Molde craneal		X	
Aparatos dentales	X		Cobertura limitada a los aparatos dentales que se usan para tratar anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica.
Artículos para la diabetes	X		Solución para calibración del monitor, jeringas para insulina, agujas, lancetas, aparatos con lancetas y tiras reactivas a la glucosa.
Pañales/calzones para la incontinencia/toallas absorbentes (Chux)	X		Cobertura limitada, solo para los niños de 4 años o más cuando los receta un médico y se usan para brindar los cuidados delineados en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto
Diafragma		X	Los anticonceptivos no se cubren bajo este plan.
Diastix	X		Para el monitoreo de la diabetes.
Dieta especial		X	
Agua destilada		X	
Artículos para cambiar vendajes, acceso venoso central	X		Jeringas, agujas, Tegaderm, gasas con alcohol, ungüento o gasas de Betadina, cinta adhesiva. Muchas veces, estos artículos se surten en un juego que incluye todos los artículos necesarios para cambiar un vendaje.



ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Artículos para cambiar vendajes, úlceras de decúbito	X		Se cubren solo si recibe atención en casa con cobertura para tratar heridas.
Artículos para cambiar vendajes, secundarios a la terapia intravenosa	X		Se cubren solo si recibe terapia IV en casa.
Artículos para cambiar vendajes, otros		X	
Máscara para polvo		X	
Moldes del oído	X		Hechos a la medida, después de cirugía del oído medio o interno
Electrodos	X		Se cubren cuando se usan con DME cubierto.
Artículos para enemas		X	Artículo de venta sin receta.
Artículos para la alimentación enteral	X		Se cubren artículos necesarios (por ejemplo, bolsas, sondas, conectores, catéteres, etc.). Los productos nutritivos para la alimentación enteral no se cubren excepto los que se recetan para trastornos metabólicos hereditarios, enfermedad o falta de función de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado, o para la malabsorción debido a enfermedad.
Parches para los ojos	X		Se cubren para los pacientes que tienen ambliopía.



Beneficios para Miembros de CHIP y Recién Nacidos de CHIP Perinatal

ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Fórmula		X	<p>Excepción: se cubre solo para trastornos metabólicos hereditarios crónicos, enfermedad o falta de función de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado, o para la malabsorción debido a enfermedad (que se espera dure más de 60 días cuando la receta un médico y el plan la autoriza). La documentación del médico para justificar la receta de fórmula tiene que incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de un trastorno metabólico, disfagia que ocasiona la necesidad médica de una dieta líquida, la presencia de una gastrostomía, o una enfermedad que causa malabsorción que requiere un producto alimenticio médicamente necesario.</li> </ul> <p>No incluye la fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para miembros que se podrían sustentar con una dieta adecuada para su edad.</li> <li>• Usada tradicionalmente para alimentar a los bebés.</li> <li>• En forma de pudín (excepto para los clientes con disfunción motora documentada de la orofaringe que reciben más del 50 por ciento de su consumo calórico diario de este producto).</li> <li>• Para el diagnóstico principal de retraso en el desarrollo, peso insuficiente o falta de crecimiento o para los bebés menores de 12 meses a menos que se documente la necesidad médica y se satisfagan los otros criterios mencionados.</li> </ul> <p>No se cubren los espesantes de alimentos, las compotas para bebés y los demás productos alimenticios normales que se pueden licuar y usar con un sistema enteral y que no son médicamente necesarios; ya sea que se toman oralmente o por medios parenterales.</p>



ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Guantes		X	Excepción: para cambiar el vendaje del acceso venoso central o tratar heridas cuando lo hace una agencia de atención médica en casa.
Agua oxigenada		X	Artículo de venta sin receta.
Artículos para la higiene		X	
Toallas para la incontinencia	X		Cobertura limitada, solo para los niños de 4 años o más cuando las receta un médico y se usan para brindar los cuidados delineados en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto
Artículos para la bomba de insulina (externa)	X		Se cubren los artículos (por ejemplo, juegos de infusión, cuerpo de jeringa y vendajes, etc.) si la bomba es un artículo cubierto.
Juegos de irrigación, para tratar heridas	X		Se cubren si se usan al recibir atención en casa con cobertura para tratar heridas.
Juegos de irrigación, urinaria	X		Se cubren para las personas que tienen una sonda uretral permanente.
Artículos para la terapia intravenosa (IV)	X		Sondas, filtros, casetes, soporte para colgar la bolsa, gasas con alcohol, agujas, jeringas y cualquier otro artículo relacionado necesario para la terapia IV.
Jalea K-Y lubricante		X	Artículo de venta sin receta.
Aparato con lancetas	X		Se limita a un solo aparato.
Lancetas	X		Se cubren para las personas que tienen diabetes.
Med Ejector	X		
Agujas y jeringas, para la diabetes			Vea Artículos para la diabetes
Agujas y jeringas, para la terapia IV y acceso venoso central			Vea Artículos para la terapia intravenosa y Artículos para cambiar vendajes, acceso venoso central.
Agujas y jeringas, otras	X		Se cubren si son para administrar en casa un medicamento intramuscular o subcutáneo cubierto.
Novopen	X		



## Beneficios para Miembros Recién Nacidos de CHIP Perinatal

ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Artículos para la ostomía	X		Se cubren, entre otros: fajas, bolsa reutilizable, bolsas desechables, láminas, borde, piezas de inserción, placas autoadhesivas, filtros, aros, tapones, juegos/mangas de irrigación, cinta adhesiva, productos de preparación cutánea, pastas adhesivas, juegos de drenaje, productos para remover adhesivos y desodorante para la bolsa. No se cubren artículos como: tijeras, desodorantes ambientales, limpiadoras, guantes de hule, gasas, forro para la bolsa, jabones y lociones.
Alimentación parenteral, artículos	X		Se cubren artículos necesarios (por ejemplo, sondas, filtros, conectores, etc.) cuando el Plan de Salud ha autorizado la alimentación parenteral.
Solución salina normal	X		Se cubre: a) cuando se usa para diluir medicamentos para tratamientos con nebulizador; b) como parte de la atención en casa con cobertura para tratar heridas; c) cuando se usa para la irrigación de sondas uretrales permanentes.
Manga protectora para muñón	X		
Calcetines protectores para muñón	X		
Catéter de succión	X		
Jeringas			Vea Agujas y jeringas.
Cinta adhesiva			Vea Artículos para vendar, Artículos para ostomía, Artículos para la terapia intravenosa (IV).
Artículos para traqueostomía	X		Se cubren cánulas, sondas, cierres, fundas, juegos de limpieza, etc.
Toalla interior			Vea Pañales, calzones para la incontinencia, toallas absorbentes (Chux).



ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Bota de compresión Unna	X		Se cubren como parte de la atención en casa para tratar heridas. Se cobra una suma mínima si se aplica durante una cita en el consultorio.
Catéter uretral externo y artículos relacionados		X	Excepción: se cubren cuando los usa un hombre incontinente y tiene una lesión a la uretra que le prohíbe el uso de una sonda uretral permanente y están recetados por el PCP y aprobados por el plan
Sonda uretral permanente y artículos relacionados	X		Se cubren catéteres, bolsas de drenaje con sondas, cubeta de inserción, juego de irrigación y solución salina, si es necesaria.
Catéter uretral intermitente	X		Se cubren los artículos necesarios para la cateterización intermitente o directa.
Prueba de detección de la orina	X		Cuando se determina que es médicamente necesario.
Artículos para urostomía	X		Vea Artículos para la ostomía



**¿Cuáles son los beneficios para los Miembros Recién Nacidos de CHIP Perinatal? ¿Hay limitaciones por los servicios que estan cubiertos?**

Los siguientes beneficios son para miembros recién nacidos de CHIP Perinatal. Para más información sobre el plan de salud, continua a la página 56.

Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios en un hospital general de agudos o de rehabilitación, como paciente interno</b></p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de doctores o proveedores que se dan en el hospital</li> <li>• Cuarto semiprivado y alimentación (o cuarto privado si el doctor que lo atiende certifica que es médicamente necesario)</li> <li>• Servicios de enfermería general</li> <li>• Enfermería especializada cuando sea médicamente necesario</li> <li>• Servicios y sala de cuidados intensivos (ICU)</li> <li>• Comidas del paciente y dietas especiales</li> <li>• Quirófano, sala de recuperación y otras salas de tratamiento</li> <li>• Anestesia y su administración (componente técnico del centro)</li> <li>• Vendajes esterilizados, bandejas, yesos, tablillas</li> <li>• Medicinas y productos biológicos</li> <li>• Sangre o subproductos de la sangre, que no se dan gratis al paciente, y su administración</li> <li>• Radiografías, toma de imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro)</li> <li>• Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico del centro)</li> <li>• Pruebas diagnósticas hechas con máquinas (EEG, EKG, etc.)</li> <li>• Servicio de oxígeno y terapia de inhalación</li> <li>• Radiación y quimioterapia</li> <li>• Acceso a centros perinatales designados Nivel III por DSHS, o a hospitales que satisfacen un nivel de atención equivalente</li> <li>• Servicios de médicos y centros dentro y fuera de la red para mamás y recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones</li> <li>• Servicios hospitalarios, médicos y otros servicios, como la anestesia, relacionados con los servicios dentales</li> <li>• Implantes quirúrgicos</li> <li>• Otras ayudas artificiales, incluso implantes quirúrgicos</li> </ul>	<p>Se exige la autorización previa para un caso que no sea de emergencia o al ser estabilizado de una condición de emergencia.</p> <p>Se exige la autorización previa para servicios proporcionados por médicos o lugares dentro y fuera de la red para madres y recién nacido(s) después de las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y después de las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones.</p>	<p>No se aplican copagos</p>



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios para pacientes de la mastectomía y la reconstrucción del seno incluyen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• todas las etapas de la reconstrucción del seno afectado;</li> <li>• la cirugía y la reconstrucción en el otro seno para producir apariencia simétrica, y</li> <li>• tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>• Los dispositivos que se pueden implantar están cubiertos bajo Servicios para pacientes internos y externos y no cuentan para el límite de equipo médico duradero en 12 meses.</li> <li>• Servicios de ortodoncia pre-quirúrgica o post-quirúrgica para el tratamiento médicamente necesario de las anomalías craneofaciales que requiere intervención quirúrgica y se entregan como parte de un proyecto de plan de tratamiento y claramente definidos para tratar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• labio leporino y / o paladar hendido, o</li> <li>• traumática severa del esqueleto, y / o congénitas craneofaciales desviaciones, o</li> <li>• asimetría facial severa secundaria a defectos del esqueleto, las condiciones congénitas sindrómica y / o el crecimiento del tumor o su tratamiento.</li> </ul> </li> </ul>		
<p><b>Servicios en centros de enfermería especializada (incluso en hospitales de rehabilitación)</b></p> <p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuarto semiprivado y alimentación</li> <li>• Servicios de enfermería de rutina</li> <li>• Servicios de rehabilitación</li> <li>• Artículos médicos y el uso de equipo y aparatos proporcionados por el centro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se exige la autorización y una receta médica</li> <li>• Límite de 60 días durante un periodo de 12 meses</li> </ul>	<p>No se aplican copagos</p>



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios integrales de rehabilitación para pacientes externos, servicios de una clínica (entre ellos, los que se dan en un centro de salud) y servicios médicos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios que se dan en una clínica del hospital, en una clínica o centro de salud, en un departamento de emergencias o en un lugar donde se prestan servicios de salud ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías, toma de imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico)</li> <li>• Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico)</li> <li>• Pruebas diagnósticas hechas con máquina</li> <li>• Servicios de cirugía para pacientes ambulatorios</li> <li>• Medicinas y productos biológicos</li> <li>• Yesos, tablillas, vendajes</li> <li>• Servicios de salud preventivos</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>• Diálisis renal</li> <li>• Servicios respiratorios</li> <li>• Radiación y quimioterapia</li> <li>• Sangre o subproductos de la sangre, que no se dan gratis al paciente y su administración</li> <li>• Servicios del centro y servicios médicos, como la anestesia, relacionados con los servicios dentales, siempre que se prestan en una centro quirúrgico con licencia para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Implantes quirúrgicos</li> <li>• Otros ayudas artificiales, incluso implantes quirúrgicos</li> <li>• Los servicios para pacientes de la mastectomía y la reconstrucción del seno incluyen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• todas las etapas de la reconstrucción de la seno afectado;</li> <li>• la cirugía y la reconstrucción en el otro seno para producir apariencia simétrica, y</li> <li>• tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>• Los dispositivos que se pueden implantar están cubiertos bajo Servicios para pacientes internos y externos y no cuentan para el límite de equipo médico duradero en 12 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser necesaria una autorización previa y receta médica</li> </ul>	<p>Ninguno</p>



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de ortodoncia pre-quirúrgica o post-quirúrgica para el tratamiento médicamente necesario de las anomalías craneofaciales que requiere intervención quirúrgica y se entregan como parte de un proyecto de plan de tratamiento y claramente definidos para tratar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• labio leporino y / o paladar hendido, o</li> <li>• traumática severa del esqueleto, y / o congénitas craneofaciales desviaciones, o</li> <li>• asimetría facial severa secundaria a defectos del esqueleto, las condiciones congénitas sindrómica y / o el crecimiento del tumor o su tratamiento.</li> </ul> </li> </ul>		
<p><b>Servicios profesionales de médicos y asistentes médicos</b></p> <p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeos preventivos para niños y servicios de salud preventivos recomendados por la Academia Americana de Pediatría (como pruebas de detección temprana para la vista y el oído, e inmunizaciones)</li> <li>• Visitas al consultorio médico, servicios para pacientes internos y externos</li> <li>• Servicios de laboratorio, radiografías, toma de imágenes y patología incluso el componente técnico y su interpretación profesional</li> <li>• Medicinas, productos biológicos y materiales que se dan en el consultorio médico</li> <li>• Pruebas de detección de alergias, sueros e inyecciones</li> <li>• Componente profesional (pacientes internos y externos) de los servicios quirúrgicos, entre ellos:</li> <li>• Cirujanos y auxiliares para procedimientos quirúrgicos, inclusive la atención postoperatoria adecuada</li> <li>• Administración de anestesia por un médico (que no sea el cirujano) o un CRNA</li> <li>• Segunda opinión sobre la necesidad de cirugía</li> <li>• Cirugía que se hace el mismo día en el hospital, sin tener que quedarse la noche</li> <li>• Procedimientos diagnósticos invasivos, como el examen endoscópico</li> <li>• Servicios médicos basados en el hospital (entre ellos, componentes técnicos y de interpretación realizados por un médico)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser necesaria la autorización de servicios de especialistas.</li> </ul>	No se aplican copagos



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<ul style="list-style-type: none"><li>• Los servicios para pacientes de la mastectomía y la reconstrucción del seno incluyen:<ul style="list-style-type: none"><li>• todas las etapas de la reconstrucción de la seno afectado;</li><li>• la cirugía y la reconstrucción en el otro seno para producir apariencia simétrica, y</li><li>• tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas.</li></ul></li><li>• Servicios de doctores y centros dentro y fuera de la red para mamás y recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones.</li><li>• Servicios médicos médicamente necesarios para apoyar al dentista que presta servicios dentales, como anestesia general o sedación intravenosa (IV), a un miembro de CHIP.</li><li>• Servicios de ortodoncia pre-quirúrgica o post-quirúrgicas para el tratamiento médicamente necesario de las anomalías craneofaciales que requiere intervención quirúrgica y se entregan como parte de un proyecto de plan de tratamiento y claramente definidos para tratar:<ul style="list-style-type: none"><li>• labio leporino y / o paladar hendido, o</li><li>• traumática severa del esqueleto, y / o congénitas craneofaciales desviaciones, o</li><li>• asimetría facial severa secundaria a defectos del esqueleto, las condiciones congénitas sindrómica y / o el crecimiento del tumor o su tratamiento.</li></ul></li></ul>		
<b>Servicios prestados por una partera autorizada o un médico en un centro de partos con licencia.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cubre los servicios prestados a una entrega recién nacido inmediatamente después.</li></ul>	Ninguno



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Equipo médico duradero (DME), aparatos protésicos y artículos médicos desechables</b></p> <p>Los servicios cubiertos son, entre otros, DME (equipo que aguanta el uso repetido, y que se usa principalmente y de costumbre para propósitos médicos, por lo general no es útil para la persona que no padece de una enfermedad, lesión o discapacidad y que es apropiado para uso en el hogar), aparatos y artículos que son médicamente necesarios, y que se necesitan para realizar una o más actividades de la vida cotidiana, y que son apropiados para ayudar con el tratamiento de un padecimiento médico. Son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparatos ortopédicos y ortesis</li> <li>• Los dispositivos dentales</li> <li>• Los dispositivos protésicos como ojos artificiales, las extremidades, aparatos ortopédicos y prótesis externas de seno</li> <li>• Anteojos y lentes de contacto protésicos para controlar enfermedades oftalmológicas graves</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Artículos médicos desechables para ciertos diagnósticos, entre ellos, fórmulas especiales y suplementos alimenticios recetados por el doctor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser necesaria la autorización y una receta médica</li> <li>• Límite de \$20,000 durante un periodo de 12 meses, para DME, aparatos protésicos y artículos médicos desechables (los artículos y equipos para los diabéticos no son parte de este límite)</li> </ul>	No se aplican copagos
<p><b>Servicios de salud en la casa y en la comunidad</b></p> <p>Los servicios que se dan en la casa y en la comunidad. Son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusión en la casa</li> <li>• Terapia respiratoria</li> <li>• Visitas de una enfermera particular (RN, LVN)</li> <li>• Visita de una enfermera especializada, como se define para los propósitos de servicios de salud en casa (puede ser una RN o una LVN).</li> <li>• Auxiliar de salud en casa cuando forma parte de un plan de servicios, durante el periodo en que las visitas especializadas han sido aprobadas</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se exige la autorización previa y una receta médica</li> <li>• Estos servicios no pretenden reemplazar al cuidador del niño ni dar relevo al cuidador</li> <li>• Las visitas de enfermeras especializadas se ofrecen de forma interrumpida y no se prestan las 24 horas seguidas</li> <li>• Los servicios no pretenden reemplazar los servicios interrumpidos para pacientes internos o de un centro para convalecientes especializado</li> </ul>	No se aplican copagos



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios de salud mental para pacientes internos</b></p> <p>Los servicios que se dan en un hospital psiquiátrico independiente, en unidades psiquiátricas de hospitales de servicios generales de urgencias y en centros administrados por el estado, incluye, entre otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios que no son de emergencia exigen autorización previa</li> <li>• No es necesario una referencia médica del PCP</li> <li>• Cuando los servicios psiquiátricos como paciente interno, están ordenado por una corte de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salubridad y Seguridad de Texas, relacionadas con las internaciones en centros psiquiátricos ordenadas la orden de la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación de los servicios tiene que presentarse ante la corte que tiene la jurisdicción sobre la materia que se va a determinar.</li> </ul>	<p>No se aplican copagos</p>
<p><b>Servicios de salud mental para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios de salud mental, incluso para enfermedades mentales graves, para pacientes externos incluye, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las visitas pueden hacerse en una variedad de entornos basados en la comunidad (por ejemplo, en escuelas y en el hogar) o en un centro administrado por el estado.</li> <li>• Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.</li> <li>• Las visitas de control de medicamentos</li> <li>• Tratamiento de rehabilitación durante el día</li> <li>• Servicios de tratamiento residencial (hospitalización parcial o tratamiento de rehabilitación durante el día)</li> </ul> <p>Habilidades (desarrollo de habilidades psicoeducacionales)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser necesaria una autorización previa No es necesario una referencia médica del PCP.</li> <li>• Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes externos, están ordenados por una corte de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salubridad y Seguridad de Texas, relacionadas con internaciones en centros psiquiátricos ordenadas la orden de la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación de los servicios tiene que presentarse ante la corte que tiene la jurisdicción sobre la materia que se va a determinar.</li> </ul>	<p>No se aplican copagos</p>



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
	<ul style="list-style-type: none"> <li>El cargo de Profesional Capacitado en Salud Mental – Servicios Comunitarios (QMHP-CS) está definido en las normas del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) en el Título 25, Parte I, Capítulo 412, Subcapítulo G, División 1, Sección 412.303(31) del Código Administrativo de Texas. Los QMHP-CS deben ser proveedores que trabajan por medio de una autoridad local de salud mental contratada por el DSHS o de otra entidad contratada por el DSHS. El QMHP-CS tiene que ser supervisado por un doctor o profesional de la salud mental con licencia y prestar servicios de acuerdo con las normas del DSHS. Estos son, entre otros, capacitación de habilidades individual o en grupo (que pueden ser componentes de intervenciones tales como tratamiento durante el día y servicios en casa), educación del paciente y de la familia y servicios en caso de crisis.</li> </ul>	
<p><b>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes internos</b></p> <p>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes internos son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>servicios de tratamiento del abuso de sustancias residenciales y para pacientes internos, por ejemplo, desintoxicación y estabilización de crisis y programas residenciales de rehabilitación las 24 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es necesaria la autorización previa para los servicios que no son de emergencia.</li> <li>No es necesario una referencia médica del PCP.</li> </ul>	No se aplican copagos



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios son, entre otros,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• los servicios de prevención e intervención brindados por proveedores médicos y no médicos, como detección, valoración y referencia médica para trastornos de dependencia química.</li> <li>• Servicios intensivo como paciente externo</li> <li>• Hospitalización parcial</li> <li>• Los servicios intensivos para pacientes externos se definen como un servicio organizado no residencial que brinda terapia estructurada individual y en grupo, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida que dura por lo menos 10 horas por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas al día.</li> <li>• El servicio de tratamiento para pacientes externos se define como un servicio que dura por lo menos una o dos horas por semana que brinda terapia estructurada individual y en grupo, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Puede ser necesaria</b> una autorización previa</li> <li>• No es necesario una referencia medica del PCP.</li> </ul>	<p>No se aplican copagos</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilitación (el proceso de brindar al niño los medios necesarios para que logre las metas importantes del desarrollo adecuadas para su edad, por medio de la terapia o el tratamiento) y servicios de rehabilitación que son, entre otros:</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>• Valoración del desarrollo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se exigen la autorización previa y una receta médica</li> </ul>	<p>No se aplican copagos</p>
<p><b>Servicios de cuidado de hospicio</b></p> <p>Los servicios de hospicio son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de cuidados paliativos, incluyendo médicos y equipo de apoyo, para aquellos niños que tienen seis meses o menos para vivir, para mantener a los pacientes cómodos durante las últimas semanas y meses antes de la muerte</li> <li>• Los servicios de tratamiento, incluido el tratamiento en relación con la enfermedad terminal, no son afectados por la elección de los servicios de cuidados de hospicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Es necesaria</b> una autorización previa y una receta médica</li> <li>• Los servicios se basan en el diagnóstico de que se requiere cuidado de hospicio.</li> <li>• Cubre hasta un máximo de 120 días cuando la esperanza de vida es de seis meses.</li> <li>• El paciente que decide recibir los servicios de hospicio, renuncia a su derecho a tratamiento relacionado con la enfermedad terminal; sin embargo, puede cancelar esta decisión en cualquier momento</li> </ul>	<p>No se aplican copagos</p>



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios de emergencia, entre ellos, servicios hospitalarios, servicios médicos y de ambulancia</b></p> <p>El Plan de Salud no puede exigir una autorización como condición de pago para los padecimientos de emergencia, el trabajo de parto y el parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios que están cubiertos son, entre otros:</li> <li>• Servicios de emergencia basados en la definición de estado médico de emergencia de cualquier persona prudente</li> <li>• Servicios de la sala de emergencias del hospital, médicos y demás servicios relacionados, las 24 horas del día, los siete días de la semana, prestados por proveedores dentro y fuera de la red</li> <li>• Exámenes de detección</li> <li>• Servicios de estabilización</li> <li>• Acceso a centros de traumatología designados Nivel I y II por el DSHS, o a hospitales que satisfacen un nivel de atención de emergencia equivalente</li> <li>• Transportación de emergencia por tierra, aire o agua</li> <li>• Servicios dentales de emergencia que se limitan a la fractura o la luxación de la mandíbula, daño traumático a los dientes y extirpación de quistes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se exige la autorización previa de servicios de posestabilización</li> </ul>	<p>No se aplican copagos</p>
<p><b>Transplantes</b></p> <p>Los servicios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo transplante no experimental de órganos y tejidos humanos, según las pautas actuales de la FDA, y toda clase de transplante no experimental de córnea, médula ósea y de células madres periféricas, inclusive los gastos médicos del donante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se exige la autorización.</li> </ul>	<p>No se aplican copagos</p>
<p><b>Beneficios para la vista</b></p> <p>Los servicios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de los ojos durante un periodo de 12 meses, sin autorización, para determinar la necesidad y la graduación de lentes correctivos</li> <li>• Un par de anteojos no protésicos durante un periodo de 12 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan de salud puede poner un límite razonable al costo de la montura y los lentes.</li> <li>• No es necesaria una autorización para lentes de policarbonato y de protección cuando son médicamente necesarios como parte de una plan de tratamiento de las enfermedades oculares cubiertas.</li> </ul>	<p>No se aplican copagos</p>



Tipo de beneficio	Limitaciones	Copago
<b>Servicios quiroprácticos</b>  Los servicios médicamente necesarios no necesitan una receta médica y se limitan a la subluxación de la espina dorsal	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No es necesaria</b> una autorización para el límite de 12 citas en un periodo de 12 meses (no importa el número de servicios o las modalidades brindadas en una cita)</li><li>• Se exige una autorización para visitas adicionales.</li></ul>	No se aplican copagos
<b>Programas para dejar el tabaco</b>  Cubre hasta un límite de \$100 durante un periodo de 12 meses para un programa aprobado por el plan	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No es necesaria</b> la autorización</li><li>• El plan de salud define qué es un programa aprobado por el plan</li><li>• Puede que se apliquen los requisitos de un formulario de medicinas.</li></ul>	No se aplican copagos
<b>Servicios de administración y coordinación de casos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estos servicios incluyen promoción, información, administración de casos, coordinación de casos y envío a servicios comunitarios.</li></ul>	No se aplican copagos
<b>Servicios de valor agregado</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tarjeta de descuento en las recetas médicas para toda la familia</li><li>• Línea de consejos de enfermeras las 24 horas del día</li><li>• Pases de autobús para ir a citas médicas y clases de educación sobre la salud</li><li>• Vacunas gratis contra la gripe para miembros del Programa CHIP Perinatal</li><li>• Programa de salud prenatal Healthy Expectations</li><li>• Clases de posparto y de recién nacidos para papás nuevos.</li><li>• Reproductor MP3 con foros de salud</li><li>• Festejo para las mujeres embarazadas (baby shower)</li><li>• Reuniones y consejos para mamás nuevas</li><li>• Ayuda temporal con un teléfono</li><li>• Incentivos después de haberse dado de alta del hospital</li><li>• Gratis asientos de seguridad para niños</li><li>• Servicios de Notario gratis</li></ul>		Ninguno



## ¿Cuáles servicios no están cubiertos?

Con la excepción de la primera bala, todas las siguientes exclusiones corresponden con las del programa CHIP.

- Tratamientos para la infertilidad o servicios reproductivos para pacientes internos y externos; excepto los cuidados prenatales, el trabajo de parto, el parto y la atención relacionada con enfermedades, padecimientos o anomalías del sistema reproductivo.
- Medicamentos anticonceptivos prescritos sólo con el propósito de la atención primaria de la salud reproductiva y preventiva (es decir, no se puede prescribir para la planificación familiar).
- Artículos de comodidad personal, entre ellos, artículos para la higiene personal que se dan al internarse, teléfono, televisión, fotos de recién nacidos, comidas para las visitas del paciente y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión específica.
- Procedimientos o servicios médicos, quirúrgicos o de la salud, que son experimentales o parte de un estudio y que generalmente no se usan ni se reconocen dentro de la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adversa y tiene derecho a revisión por una Organización de Revisión Independiente (tal como se describe en D, “Evaluación externa de la Organización de Revisión Independiente”).
- Tratamientos o evaluaciones que solicita algún tercero, por ejemplo, para escuelas, empleos, campamentos, cobertura de seguros, la corte o para autorizar los viajes en avión.
- Servicios de enfermería privada cuando se dan al paciente interno.
- Aparatos mecánicos para reemplazar los órganos, entre ellos, corazones artificiales.
- Servicios y artículos hospitalarios cuando se interna solamente con el propósito de realizar pruebas diagnósticas, a menos que se los haya autorizado el Plan de Salud.
- Pruebas de detección de la próstata y mamografías.
- Cirugía optativa para corregir la vista.
- Procedimientos gástricos para bajar de peso.
- Cirugía y servicios cosméticos solamente con propósitos cosméticos.
- Los dispositivos dentales exclusivamente para uso cosmético.
- Servicios fuera de la red que el Plan de Salud no haya autorizado, a menos que sea atención de emergencia o servicios médicos para mamás y recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones o las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones
- Servicios, artículos, substitutos o suplementos alimenticios que se dan para controlar el peso o para tratar la obesidad, excepto los servicios relacionados con el tratamiento de la obesidad patológica como parte de un plan de tratamiento aprobado por el Plan de Salud
- Los medicamentos prescritos para la pérdida o ganancia de peso
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia
- Inmunizaciones sólo con el propósito de viajar al extranjero
- Cuidado rutinario de los pies, como cuidados higiénicos (cuidado de los pies de rutina no incluyen las tratamiento de lesiones o complicaciones de la diabetes).
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, torcidos o planos y recorte y remoción de callos, callosidades y uñas (esto no se aplica a la remoción de la raíz de la uña o al tratamiento quirúrgico de los padecimientos subyacentes de los callos, callosidades y las uñas encarnadas)
- Reemplazo o reparación de aparatos protésicos y equipo médico duradero debido a mal uso, abuso o pérdida del mismo, cuando está confirmado por el Miembro o el vendedor
- Zapatos ortopédicos correctivos
- Artículos para conveniencia personal
- Los medicamentos de venta libre
- Ortesis usada principalmente para propósitos atléticos o recreativos



- Cuidado de un acompañante (cuidado que ayuda al niño con las actividades de la vida cotidiana, como caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, asearse, preparar una dieta especial y supervisar que toma las medicinas, si normalmente se las toma solo o se las da uno de los padres. Estos cuidados no requieren la atención continua de personal médico o paramédico entrenado). Esta exclusión no se aplica a los servicios de hospicio.
- Limpieza de la casa
- Servicios y atención que se prestan en un centro público que por ley federal, estatal o local debe atender ciertas enfermedades, o la atención prestada mientras está bajo la custodia de las autoridades policiales o judiciales
- Servicios y artículos que recibe de una enfermera que no requieren de tanta capacitación y experiencia.
- Terapia y entrenamiento de la vista
- Reembolso de los servicios de terapia física, ocupacional o del habla prestados en la escuela no está cubierto a menos que lo ordene un doctor o el PCP
- Gastos no médicos de un donante
- Los gastos incurridos como donante de un órgano cuando el destinatario no está cubierto por este plan de salud.

Cobertura mientras viaja fuera de los Estados Unidos y territorios de los EE.UU. (incluyendo Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE.UU., la Comunidad de Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Americana).

### **EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME) Y ARTÍCULOS MÉDICOS DE CHIP PERINATAL**

**Nota: El DME y ARTÍCULOS MÉDICOS no son un beneficio cubierto para los miembros de CHIP Perinatal, pero sí son un beneficio para los recién nacidos que tienen CHIP perinatal.**

<b>ARTÍCULO</b>	<b>CUBIERTO</b>	<b>EXCLUÍDO</b>	<b>COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS</b>
Vendas		X	Excepción: si las proporciona una clínica o agencia de atención médica en casa y dicha entidad se las cobra, se cubren como artículo incidental.
Alcohol, para fricciones		X	Artículo de venta sin receta.
Alcohol, gasas húmedas (para diabéticos)	X		Artículo de venta sin receta, no se cubren a menos que se presente una receta médica al surtirlas.
Alcohol, gasas húmedas	X		Se cubren solamente si se usan con terapia intravenosa (IV) o acceso venoso central.
Epinefrina inyectable (Ana Kit)	X		Juego de inyección propia usado por pacientes altamente alérgicos a la picadura de abeja.
Cabestrillo	X		Surtido como parte de la cita al consultorio.



ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Pañales (Attends)	X		Cobertura limitada, solo para los niños de 4 años o más cuando los receta un médico y se usan para brindar los cuidados delineados en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto
Vendas		X	
Termómetro basal		X	Artículo de venta sin receta.
Pilas, primeras	X		Para equipo médico duradero (DME) cubierto
Pilas, de repuesto	X		Para DME cubierto cuando su repuesto es necesario debido al uso normal.
Betadina		X	Vea Artículos para terapia intravenosa.
Libros		X	
Clinitest (pastillas reactivas)	X		Para el monitoreo de la diabetes.
Bolsas de colostomía			Vea Artículos para ostomía.
Dispositivos de comunicación		X	
Jalea anticonceptiva		X	Artículo de venta sin receta. Los anticonceptivos no se cubren bajo este plan.
Molde craneal		X	
Dispositivos dentales	X		Se limita la cobertura a los dispositivos dentales utilizados para el tratamiento de anomalías craneofaciales que requieren una intervención quirúrgica.
Artículos para la diabetes	X		Solución para calibración del monitor, jeringas para insulina, agujas, lancetas, aparatos con lancetas y tiras reactivas a la glucosa.
Pañales/calzones para la incontinencia/toallas absorbentes (Chux)	X		Cobertura limitada, solo para los niños de 4 años o más cuando los receta un médico y se usan para brindar los cuidados delineados en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto.
Diafragma		X	Los anticonceptivos no se cubren bajo este plan.
Diastix	X		Para el monitoreo de la diabetes.
Dieta especial		X	



**Beneficios para Miembros Recién Nacidos de CHIP Perinatal**

ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Agua destilada		X	
Artículos para cambiar vendajes, acceso venoso central	X		Jeringas, agujas, Tegaderm, gasas con alcohol, ungüento o gasas de Betadina, cinta adhesiva. Muchas veces, estos artículos se surten en un juego que incluye todos los artículos necesarios para cambiar un vendaje.
Artículos para cambiar vendajes, úlceras de decúbito	X		Se cubren solo si recibe atención en casa con cobertura para tratar heridas.
Artículos para cambiar vendajes, secundarios a la terapia intravenosa	X		Se cubren solo si recibe terapia IV en casa.
Artículos para cambiar vendajes, otros		X	
Máscara para polvo		X	
Moldes del oído	X		Hechos a la medida, después de cirugía del oído medio o interno
Electrodos	X		Se cubren cuando se usan con DME cubierto.
Artículos para enemas		X	Artículo de venta sin receta.
Artículos para la alimentación enteral	X		Se cubren artículos necesarios (por ejemplo, bolsas, sondas, conectores, catéteres, etc.). Los productos nutritivos para la alimentación enteral no se cubren excepto los que se recetan para trastornos metabólicos hereditarios, enfermedad o falta de función de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado, o para la malabsorción debido a enfermedad.
Parches para los ojos	X		Se cubren para los pacientes que tienen ambliopía.



ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Fórmula		X	<p><b>Excepción:</b> se cubre solo para trastornos metabólicos hereditarios crónicos, enfermedad o falta de función de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado, o para la malabsorción debido a enfermedad (que se espera dure más de 60 días cuando la receta un médico y el plan la autoriza). La documentación del médico para justificar la receta de fórmula tiene que incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de un trastorno metabólico, disfagia que ocasiona la necesidad médica de una dieta líquida, la presencia de una gastrostomía, o una enfermedad que causa malabsorción que requiere un producto alimenticio médicamente necesario.</li> </ul> <p>No incluye la fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para miembros que se podrían sustentar con una dieta adecuada para su edad.</li> <li>• Usada tradicionalmente para alimentar a los bebés.</li> <li>• En forma de pudín (excepto para los clientes con disfunción motora documentada de la orofaringe que reciben más del 50 por ciento de su consumo calórico diario de este producto).</li> <li>• Para el diagnóstico principal de retraso en el desarrollo, peso insuficiente o falta de crecimiento o para los bebés menores de 12 meses a menos que se documente la necesidad médica y se satisfagan los otros criterios mencionados.</li> </ul> <p>No se cubren los espesantes de alimentos, las compotas para bebés y los demás productos alimenticios normales que se pueden licuar y usar con un sistema enteral y que no son médicamente necesarios; ya sea que se toman oralmente o por medios parenterales.</p>



Beneficios para Miembros Recién Nacidos de CHIP Perinatal

ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Guantes		X	<b>Excepción:</b> para cambiar el vendaje del acceso venoso central o tratar heridas cuando lo hace una agencia de atención médica en casa.
Agua oxigenada		X	Artículo de venta sin receta.
Artículos para la higiene		X	
Toallas para la incontinencia	X		Cobertura limitada, solo para los niños de 4 años o más cuando las receta un médico y se usan para brindar los cuidados delineados en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto
Artículos para la bomba de insulina (externa)	X		Se cubren los artículos (por ejemplo, juegos de infusión, cuerpo de jeringa y vendajes, etc.) si la bomba es un artículo cubierto.
Juegos de irrigación, para tratar heridas	X		Se cubren si se usan al recibir atención en casa con cobertura para tratar heridas.
Juegos de irrigación, urinaria	X		Se cubren para las personas que tienen una sonda uretral permanente.
Artículos para la terapia intravenosa (IV)	X		Sondas, filtros, casetes, soporte para colgar la bolsa, gasas con alcohol, agujas, jeringas y cualquier otro artículo relacionado necesario para la terapia IV.
Jalea K-Y lubricante		X	Artículo de venta sin receta.
Aparato con lancetas	X		Se limita a un solo aparato.
Lancetas	X		Se cubren para las personas que tienen diabetes.
Med Ejector	X		
Agujas y jeringas, para la diabetes			Vea Artículos para la diabetes
Agujas y jeringas, para la terapia IV y acceso venoso central			Vea Artículos para la terapia intravenosa y Artículos para cambiar vendajes, acceso venoso central.
Agujas y jeringas, otras	X		Se cubren si son para administrar en casa un medicamento intramuscular o subcutáneo cubierto.
Novopen	X		



ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Artículos para la ostomía	X		Se cubren, entre otros: fajas, bolsa reutilizable, bolsas desechables, láminas, borde, piezas de inserción, placas autoadhesivas, filtros, aros, tapones, juegos/mangas de irrigación, cinta adhesiva, productos de preparación cutánea, pastas adhesivas, juegos de drenaje, productos para remover adhesivos y desodorante para la bolsa. No se cubren artículos como: tijeras, desodorantes ambientales, limpiadoras, guantes de hule, gasas, forro para la bolsa, jabones y lociones.
Alimentación parenteral, artículos	X		Se cubren artículos necesarios (por ejemplo, sondas, filtros, conectores, etc.) cuando el Plan de Salud ha autorizado la alimentación parenteral.
Solución salina normal	X		Se cubre: a) cuando se usa para diluir medicamentos para tratamientos con nebulizador; b) como parte de la atención en casa con cobertura para tratar heridas; c) cuando se usa para la irrigación de sondas uretrales permanentes.
Manga protectora para muñón	X		
Calcetines protectores para muñón	X		
Catéter de succión	X		
Jeringas			Vea Agujas y jeringas.
Cinta adhesiva			Vea Artículos para vendar, Artículos para ostomía, Artículos para la terapia intravenosa (IV).
Artículos para traqueostomía	X		Se cubren cánulas, sondas, cierres, fundas, juegos de limpieza, etc.
Toalla interior			Vea Pañales, calzones para la incontinencia, toallas absorbentes (Chux).



ARTÍCULO	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/DISPOSICIÓN DEL CONTRATO PARA MIEMBROS
Bota de compresión Unna	X		Se cubren como parte de la atención en casa para tratar heridas. Se cobra una suma mínima si se aplica durante una cita en el consultorio.
Catéter uretral externo y artículos relacionados		X	Excepción: se cubren cuando los usa un hombre incontinente y tiene una lesión a la uretra que le prohíbe el uso de una sonda uretral permanente y están recetados por el PCP y aprobados por el plan
Sonda uretral permanente y artículos relacionados	X		Se cubren catéteres, bolsas de drenaje con sondas, cubeta de inserción, juego de irrigación y solución salina, si es necesaria.
Catéter uretral intermitente	X		Se cubren los artículos necesarios para la cateterización intermitente o directa.
Prueba de detección de la orina	X		Cuando se determina que es médicamente necesario.
Artículos para urostomía			Vea Artículos para la ostomía

**¿Cómo obtengo estos servicios para mí/para mi hijo?**

Llame a Servicios para Miembros. Con gusto explicaremos cómo puede obtener estos servicios usted o su hijo.

**¿Cuáles beneficios recibe mi bebe al nacer?**

Su bebe puede recibir beneficios por la programa CHIP como explicado en esta manual para miembros.

## ¿Qué beneficios adicionales recibe un Miembro de CFHP?

### Miembros de CHIP:

- Servicios adicionales de visión
- Tarjeta de descuento en las recetas médicas para toda la familia
- Exámenes físicos para la escuela y los deportes
- Línea de consejos de enfermeras las 24 horas del día
- Pases de autobús para visitas al médico o clases de salud
- Programa de Control de peso
- Programas de Tarjeta de Regalo para Miembros
- Programa de salud prenatal Healthy Expectations
- Programa para dejar de fumar
- Estuche de Asma para los miembros
- Funda de almohada para el Asma
- Estuche de Consejos de emergencia para miembros
- Programa de incentivo de diabetes
- Clases de estilo de vida para adultos
- Clases de Postparto y recién nacidos para papás nuevos
- Reproductor MP3 con foros de salud
- Referencias dentales a bajo costo
- Ayuda temporal de un teléfono
- Incentivos después de haberse dado de alta del hospital
- Gratis asientos de seguridad para niños
- Clases de seguridad y reparación de bicicletas
- Clases de Zumba
- Servicios de Notario gratuitos

### Miembros de CHIP Perinatal:

- Tarjeta de descuento en las recetas médicas para toda la familia
- Línea de consejos de enfermeras las 24 horas del día
- Pases de autobús gratis para visitas al médico o clases de salud
- Vacunas gratis contra la gripe para miembros del Programa CHIP Perinatal
- Programa de salud prenatal Healthy Expectations
- Clases de Postparto y de recién nacidos para papás nuevos
- Reproductor MP3 con foros de salud
- Festejo para mujeres embarazadas
- Reuniones y consejos de nuevas mamás
- Ayuda temporal de un teléfono
- Incentivos después de haberse dado de alta del hospital
- Gratis asientos de seguridad para niños
- Servicios de Notario gratis
- Ayuda adicional para las mujeres embarazadas
- Servicios de salud y bienestar
- Programas de regalo
- Ayuda para los miembros con Asma
- Visitas en persona para las mujeres embarazadas
- Programas de Tarjeta de Regalo para Miembros
- Ayuda adicional para las mujeres embarazadas
- Visitas en casa





- Servicios de salud y bienestar
- Programas de recreación

## Beneficios para Miembros de CHIP y Miembros Recién Nacidos de CHIP Perinatal

### ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi o para mi hijo?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros. Con mucho gusto le explicaremos cómo puede obtener estos beneficios.

### ¿Qué son copagos? ¿Cuánto son y cuándo tengo que pagarlos?

Los copagos para servicios médicos o medicamentos con receta se pagan cuando su hijo reciba el servicio. Algunos servicios no tienen copago. Hay una lista de los copagos en la tarjeta de identificación de CHIP de su hijo. Asegúrese de presentar la tarjeta de identificación cuando vaya a buscar servicios para su hijo. Vea la tabla a continuación.



<b>Participación en los Costos de CHIP</b>	
<b>Cuotas de inscripción (para el período de inscripción de 12 meses):</b>	<b>Cargo:</b>
En o por debajo de 150% del NFP *	\$0
Por encima de 150% hasta e incluyendo 185% del NFP	\$35
Por encima de 185% hasta e incluyendo 200% del NFP	\$50
<b>Copagos (por visita):</b>	
<b>Cargo:</b>	
En o por debajo de 100% del NFP	
Visita de oficina	\$3
Visitas a la sala de emergencia que no son de emergencia	\$3
Medicamentos genéricos	\$0
Medicamentos de marca	\$3
Co-pago de facilidad, hospitalización	\$15
Tapa de participación en los gastos	5% (del ingreso familiar)***
Por encima de 100% hasta e incluyendo 150% NFP	
Visita de oficina	\$5
Visitas a la sala de emergencia que no son de emergencia	\$5
Medicamentos genéricos	\$0
Medicamentos de marca	\$5
Co-pago de facilidad, hospitalización (para cada admisión)	\$35
Tapa de participación en los gastos	5% (del ingreso familiar)***
Por encima de 150% hasta e incluyendo 185% NFP	
Visita de oficina	\$20
Visitas a la sala de emergencia que no son de emergencia	\$75
Medicamentos genéricos	\$10
Medicamentos de marca	\$35
Co-pago de facilidad, hospitalización (para cada admisión)	\$75
Tapa de participación en los gastos	5% (del ingreso familiar)***
Por encima 185% hasta e incluyendo 200% FPL	
Visita de oficina	\$25
Visitas a la sala de emergencia que no son de emergencia	\$75
Medicamentos genéricos	\$10
Medicamentos de marca	\$35
Co-pago de facilidad, hospitalización (para cada admisión)	\$125
Tapa de participación en los gastos	5% (del ingreso familiar)***

\*El Nivel Federal de Pobreza (NFP) se refiere a los requisitos de ingresos establecidos anualmente por el gobierno federal.

\*\* Comenzando el 1 de marzo 2012, los miembros de CHIP estarán obligados a pagar una visita al consultorio médico por cada visita al dentista que no es preventiva.

\*\*\* Por un plazo de 12 meses de la cobertura.

**Co-pagos y cuota de inscripción no se aplican a los siguientes grupos:**

- Miembros de CHIP Perinatal
- Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal
- Miembros de CHIP Nativos de América
- Miembros de CHIP Nativos de Alaska

**Además, no hay ninguna participación en la distribución de los gastos de todos los miembros de CHIP en los siguientes servicios:**

- Bienestar del bebé
- Bienestar del niño
- Atención Preventiva
- Atención relacionada con el embarazo

**ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS PARA MIEMBROS DE CHIP Y RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL**

---

Las referencias a “usted”, “mí”, o “yo” le corresponden si usted es Miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” o “mi hija” corresponden a su hijo si es Miembro de CHIP o un recién nacido en el programa de Atención Perinatal de CHIP.

**¿Qué es una atención médica de rutina?**

Atención de rutina es la atención que recibe su hijo cuando va al doctor para un examen. También se refiere a las citas cuando su hijo está enfermo. Las inmunizaciones son parte de la atención médica de rutina.

**¿Qué tan pronto puedo esperar yo/ mi hijo para ser atendidos?**

Usted o su hijo puede esperar ser visto por su Proveedor de Cuidado Primario, él o ella lo atenderá dentro de un plazo de dos semanas después de que usted llame para una cita rutinaria.

**¿Qué tan pronto me darán/le darán a mi hijo una cita?**

Puede anticipar que el Proveedor de Cuidado Primario de usted o de su hijo lo verá dentro de 2 semanas después de su llamada para programar una cita periódica.

**¿Qué es atención médica urgente?**

Existe un problema médico urgente cuando su hijo se enferma o se lesiona y necesita tratamiento lo más pronto posible. Llame primero al Proveedor de Cuidado Primario de su hijo, a cualquier hora, día o noche. Es posible que le envíe a un centro de atención urgente.

**¿Qué tan pronto me darán/le darán a mi hijo una cita?**

Puede esperar ser atendido dentro de 24 horas si necesita atención urgente.



### ¿Qué son una emergencia, un padecimiento médico de emergencia y un padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia?

La atención de emergencia es un servicio cubierto. Se presta atención de emergencia para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia.

“Padecimiento médico de emergencia” significa un padecimiento que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que una persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, podría deducir que el padecimiento, la enfermedad o la lesión del niño es de tal naturaleza que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

- Poner en grave peligro la salud del niño;
- Ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
- Ocasionar disfunción grave de cualquier órgano vital o parte del cuerpo;
- Sufrir desfiguración grave; o
- En el caso de una joven embarazada, poner en grave peligro la salud del niño por nacer.

“Padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia” significa cualquier padecimiento (sin importar la naturaleza o causa del padecimiento), que, según la opinión de una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina:

- Requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el niño podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; o
- Hace que el niño sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

### ¿Qué son servicios de emergencia o atención de emergencia?

“Servicios de emergencia” y “atención de emergencia” significan los servicios médicos que prestan dentro o fuera de la red de los doctores, los proveedores o el personal del departamento de emergencias de un hospital, institución independiente o un centro comparable, para evaluar y estabilizar padecimientos médicos o de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen exámenes de detección u otras evaluaciones exigidos por leyes estatales o federales, que sean necesarios para determinar si existe un padecimiento médico, de salud mental o de abuso de sustancias de emergencia.

### ¿Qué tan pronto me pueden dar una cita para recibir atención de emergencia?

Lo atenderán lo más pronto posible. Quizás tenga que esperar si su padecimiento no es grave. Si tiene una lesión que pone su vida en peligro, recibirá atención inmediatamente.

### ¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

El plan médico de CHIP de su hijo pagará algunos servicios dentales de emergencia proporcionados en un hospital, centro de atención de urgencia o centro de cirugía ambulatoria, como los servicios de:

- Luxación mandibular.
- Traumatismo de los dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales provenientes de los dientes o las encías.
- Tratamiento y aparatos correctivos de anomalías craneofaciales.
- Medicamentos para cualquiera de los padecimientos anteriores.



El plan médico de CHIP también cubre los servicios dentales que su hijo reciba en el hospital, centro de atención de urgencia o centro de cirugía ambulatoria. Esto incluye servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia.

### **¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?**

Durante las horas normales de oficina, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de horas de oficina del dentista primario, llámenos al 1-800-434-2347.

### **¿Que es la posestabilización?**

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por CHIP que lo mantienen en una condición estable después de recibir atención médica de emergencia.

## **POR MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIEN NACIDOS DE CHIP PERINATAL**

---

### **¿Qué significa Medicamente Necesario?**

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinatal tienen que ajustarse a la definición de “medicamente necesario” de CHIP.

### **Medicamente necesario significa:**

1. Servicios de atención médica que:
  - a. son razonables y se necesitan para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o tratar padecimientos médicos que provocan dolor o sufrimiento, deformaciones del cuerpo o limitación de alguna función, que causan o empeoran una discapacidad, que provocan enfermedad o ponen en riesgo la vida del miembro;
  - b. se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
  - c. cumplen con las reglas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
  - d. son consistentes con el diagnóstico del miembro;
  - e. son los menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficacia;
  - f. no son experimentales o investigadores; y
  - g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y
2. Los servicios de salud mental y abuso de sustancias que:
  - a. son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o evitar que los problemas de salud empeoren;
  - b. cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental;
  - c. se prestan en los lugares más apropiados y menos restrictivos en donde los servicios pueden ser proporcionados con seguridad;
  - d. son el nivel más apropiado o prestación de los servicios que pueden ser proporcionados con seguridad;
  - e. No se pueden omitir sin afectar negativamente la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
  - f. No son experimentales o de investigación; y
  - g. No son principalmente para la conveniencia del Miembro o Proveedor.

Los servicios médicamente necesarios tienen que prestarse en el lugar más apropiado y seguro, y no se podrían omitir sin afectar la salud física del niño o la calidad de la atención brindada.

### **¿Qué hago si mi hijo o yo nos enfermamos cuando estamos fuera de la ciudad o de viaje?**

Si usted o su hijo necesitan atención médica cuando están de viaje, llámenos gratis al 1-800-434-2347 y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia cuando están de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al 1-800-434-2347.

### **¿Qué pasa si estoy/si mi hijo está en otro estado?**

CFHP paga por las emergencias donde quiera que esté en los Estados Unidos. Si tiene una emergencia, no tiene que llamar primero a su Proveedor de Cuidado Primario. Nada más busque ayuda. Llame a su Proveedor de Cuidado Primario dentro de las 24 horas después de la emergencia. Si no puede hacerlo, llame lo más pronto posible.

Si no está en casa y tiene un problema urgente, tiene que llamar al Proveedor de Cuidado Primario. También puede llamar a CFHP. Tenemos una Línea de Consejos de Enfermeras después de las horas de consulta. Tiene que llamar primero antes de recibir atención. Si necesita tratamiento de seguimiento, el Proveedor de Cuidado Primario lo coordinará. Por favor, de ser posible, regrese al área de servicio de CFHP para recibir la atención de seguimiento. Si está demasiado enfermo para viajar, llame al 1-800-434-2347 para avisarle a CFHP.

### **¿Qué hago si mi hijo o yo fuera del país?**

CHIP no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

### **¿Qué es una referencia médica?**

El Proveedor de Cuidado Primario le da una referencia médica cuando cree que usted debe ver a un especialista o necesita un tratamiento especial. Se requiere la aprobación de Community First. El Proveedor de Cuidado Primario coordinará los servicios para usted. Es importante que usted espere hasta que todo el papeleo esté completo. Tiene que estar completo antes de ir a una cita con referencia médica.

El personal del consultorio del Proveedor de Cuidado Primario generalmente hace las citas por usted. Si tiene alguna pregunta sobre una referencia médica, por favor, llame a Servicios para Miembros.

### **¿Cuáles servicios se pueden recibir sin una referencia médica?**

- Servicios de salud mental y abuso de sustancias
- Servicios de ginecoobstetricia
- Servicios de la vista de un oftalmólogo
- Servicios de planificación familiar

Si necesita ayuda para encontrar a un doctor o hacer una cita, llame a CFHP.

### **¿Qué hago si necesito/si mi hijo necesita ver a un doctor especial (especialista)?**

Si necesita ver a un especialista, el Proveedor de Cuidado Primario lo enviará. Su Proveedor de Cuidado Primario lo enviará a alguien que participa en el plan de CFHP.

### **¿Qué tan pronto me darán/le darán a mi hijo una cita con un especialista?**

Debe ser atendido dentro de 2 semanas después de que llame para la cita. Si tiene un problema urgente, lo deben atender dentro de 48 horas. Los doctores de Community First tienen que cumplir con plazos específicos. Si no consigue una cita dentro del plazo mencionado, llame a Servicios para Miembros para que le ayuden.

### **¿Puedo obtener una segunda opinión?**

Sí, puede obtener una segunda opinión. El segundo doctor tiene que pertenecer a nuestra red. Llame a Servicios para Miembros para que le ayuden a encontrar a otro doctor.

### **¿Cómo recibo ayuda si tengo/mi hijo tiene problemas de salud mental o de drogas? ¿Necesito una referencia para estos servicios?**

Llame al (210) 358-6300 si su hijo necesita ayuda para un problema de salud mental. Puede llamar gratis al 1-800-434-2347. También puede llamar si su hijo tiene un problema con las drogas. Puede llevar a su hijo para que reciba servicios de salud mental y abuso de sustancias. No necesita una referencia para servicios del Proveedor de Cuidado Primario de su hijo.

### **¿Qué son mis beneficios de los medicamentos con receta?**

La mayoría de los medicamentos que su médico receta están cubiertos. Su receta debe ser llenada por una farmacia que acepte CHIP. Si tiene algún problema para que le surtan las recetas, llámenos al 1-800-434-2347. Un representante de Servicios para Miembros le ayudará.

## **POR MIEMBROS DE CHIP Y RECIEN NACIDOS DE CHIP PERINATAL**

---

### **¿Qué tengo que hacer para que me surtan mis recetas o las de mi hijo?**

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado por usted.

Las exclusiones son, entre otras: medicamentos anticonceptivos recetados solo para propósitos de la prevención de embarazo y medicamentos para aumentar o bajar de peso.

Es posible que tenga que hacer un copago por cada receta surtida, según sus ingresos. Los adultos como los niños pueden obtener tantas recetas como sean médicamente necesarias. Los miembros CFHP no se limitan a 3 recetas por mes. Para medicamentos recetados cubiertos por CFHP, puede ir a cualquier farmacia que acepte CFHP para surtir su receta.

Es bueno usar la misma farmacia cada vez que necesite medicamentos. Así, el farmacéutico sabrá acerca de los problemas que pueden ocurrir si toma más de un medicamento. Si usa otra farmacia, debe informar al farmacéutico sobre cualquier otro medicamento que esté tomando.

### **¿Cómo encuentro una farmacia dentro de la red?**

Llame a Servicios para Miembros para encontrar una farmacia dentro de la red. También puede encontrar una lista de farmacias en el sitio web de CFHP. Visítenos en [www.cfhp.com](http://www.cfhp.com).

### **¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está dentro de la red?**

Si va a una farmacia que no está dentro de la red, es posible que el medicamento recetado no va estar cubierto. Es posible que usted vaya estar responsabilizado por los cargos. Usted necesita llevar su receta médica a una farmacia que acepte CFHP.

### **¿Qué tengo que llevar a la farmacia?**

Tiene que llevar su receta(s) médica(s) o frasco de medicina(s) y su tarjeta de identificación de CFHP. Enseñe su tarjeta a la farmacia.

### **¿Y si necesito que me envíen mis medicamentos?**

Es posible que le puedan enviar sus medicamentos si la medicina califica para el envío por correo. CFHP trabaja con Navitus para los beneficios de farmacia. La compañía del programa de envío de medicamentos por correo es Wellpartner. Puede ser posible enviarle sus medicamentos a su casa. Esto se puede hacer por medio de algunas farmacias. Para más información favor de llamar a Servicios para Miembros.

### **¿Qué hago si tengo problemas en obtener mis medicamentos?**

Llame a Servicios para Miembros al (210) 358-6300 ó al número gratis al 1-800-434-2347. Podemos trabajar con usted y su farmacia para estar seguros que obtenga el medicamento que necesita.

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

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que le den un suministro de emergencia para 3 días de su medicamento o el de su hijo.

Llame a Community First Health Plans al 1-800-434-2347 para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

### **¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?**

Llame a Servicios para Miembros por ayuda al (210) 358-6000 ó al número gratis 1-800-434-2347.

### **¿Cómo puedo saber qué medicamentos están cubiertos?**

CFHP usa el Programa de Medicina de Vendedor estatal (VDP, por sus siglas en inglés) la lista de medicinas de las cuales su doctor puede elegir. Esto incluye todas las medicinas cubiertas por Medicaid y CHIP.

Para ver una lista del formulario de medicamento de Texas vaya a:

[www.txvendordrug.com/formulary/formulary-search.asp](http://www.txvendordrug.com/formulary/formulary-search.asp).

Cuando hay un medicamento genérico disponible, será cubierto si se encuentra en el formulario del Programa de Medicina de Vendedor estatal. Los medicamentos genéricos son iguales a los medicamentos de marca así como aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).

Algunas recetas requieren aprobación previa.

Una medicina de aprobación previa requiere que su médico presente datos clínicos para apoyar la necesidad de la medicina. El farmacéutico le notificará si una medicina que su doctor le ha prescrito requiere una aprobación previa. Si esto sucede, póngase en contacto con su médico y pídale que presentar la solicitud del medicamento y los datos clínicos a CFHP.

Algunos medicamentos requieren de un paso edicional. Un paso de edición requiere el proceso y el fracaso de otra medicina antes de la aprobación de la medicina solicitada. Si el farmacéutico le notifica que su medicina requiere de un paso edicional, póngase en contacto con su proveedor y pida tratar primero las otras medicinas.

Su receta será surtida con un suministro de 30 días.



### **¿Cómo puedo transferir mis recetas a una farmacia dentro de la red?**

Si usted necesita transferir sus recetas, todo lo que tiene que hacer es:

- Llame a la farmacia dentro de la red más cercana y dé la información necesaria al farmacéutico o
- Traiga su envase de su receta a la nueva farmacia, y ellos se encargarán del resto.

### **¿Tendré un copago?**

Quizás tengas que pagar un copago por cada receta dependiendo de sus ingresos.

### **¿Cómo obtengo mi medicina si estoy viajando?**

CFHP tiene farmacias dentro de la red en los 50 estados.

Si usted necesita surtir su medicamento mientras está de vacaciones, llame a su médico y pida una nueva receta para llevar con usted.

### **¿Qué pasa si pagó de su bolsillo una medicina y quiere un reembolso?**

Si usted ha pagado por una medicina, por favor llame a CFHP al número (210) 358-6300 ó al número gratis 1-800-343-2347 para recibir ayuda con el reembolso.

### **¿Y si necesito Equipo Médico Duradero u Otros Productos Normalmente Encontrados en una Farmacia?**

Algunos productos que se encuentran normalmente en la farmacia y equipo médico duradero están cubiertos. Para todos los miembros, CFHP paga por nebulizadores, suministros de ostomía, y otros suministros y equipo cubiertos si son médicamente necesarios. Para los niños (desde el nacimiento hasta los 20), CFHP paga por medicamentos prescritos médicamente necesarios, pañales, fórmula, y algunas vitaminas y minerales.

Llame al (210) 358-6300 o 1-800-434-2347 para más información sobre estos beneficios.

### **¿Qué hago si yo necesito o mi hijo necesita un medicamento sin receta para CHIP?**

La farmacia no puede darle un medicamento sin receta como parte de sus beneficios de CHIP o los de su hijo. Si usted o su hijo necesitan un medicamento sin receta, tendrá que pagar por él.

### **¿Qué hago si yo necesito o mi hija necesita píldoras anticonceptivas?**

La farmacia no puede darle a usted o su hija píldoras anticonceptivas para prevenir el embarazo. Solo puede obtener píldoras anticonceptivas si son para tratar un padecimiento médico.

### **¿Cómo obtengo servicios de la vista para mí/para mi hijo?**

Los servicios de la vista están cubiertos. Si son médicamente necesarios, los anteojos también están cubiertos. Su hijo puede recibir un examen de los ojos cada año. Llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta.

### **¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?**

El plan dental de CHIP de su hijo ofrece servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Llame al plan dental del niño para aprender más sobre los servicios dentales que ofrecen.

Community First Health Plans cubre los servicios dentales de emergencia que su hijo reciba en el hospital. Esto incluye servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia.

### **¿Puede alguien interpretar para mí cuando hablo con mi doctor/el doctor de mi hijo?**

Sí.

## **¿A quién llamo para pedir los servicios de un intérprete? ¿Cómo hago para tener un intérprete conmigo cuando vaya al consultorio del proveedor?**

Llame a Servicios para Miembros y nos encargaremos de los arreglos para que un intérprete le ayude durante la cita.

## **¿Con cuánto tiempo de anticipación tengo que llamar?**

Usted tiene que llamarnos por lo menos 24 horas antes de la cita.

## **PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIEN NACIDOS DE CHIP PERINATAL**

---

### **¿Qué hago si necesito/mi hija necesita atención de ginecoobstetricia? ¿Tengo el derecho de escoger a un ginecoobstetra?**

**AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER:** Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra para usted o su hija sin una referencia médica de su proveedor de cuidado primario o el de su hija. Un ginecoobstetra le puede brindar:

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

Community First Health Plans le permite a usted o su hija escoger a cualquier ginecoobstetra, esté o no en la misma red que su proveedor de cuidado primario o el de su hija.

### **¿Cómo escojo a un ginecoobstetra?**

Usted puede encontrar una lista de los ginecoobstetras disponibles en el Directorio de Proveedores de CHIP. O puede ver nuestro sitio web en [www.cfhp.com](http://www.cfhp.com). También nos puede llamar y le ayudaremos a escoger a un doctor.

### **¿Si no escojo a un ginecoobstetra, ¿puedo tener acceso directo a uno?**

Sí, si no escoge a un ginecoobstetra, de todas maneras tendrá acceso directo a uno.

### **¿Necesito una referencia para servicios?**

No necesita una referencia para servicios de su Proveedor de Cuidado Primario. No necesita comunicarse con CFHP.

### **¿Qué tan pronto me darán una cita/le darán una cita a mi hija después de llamar al ginecoobstetra para una cita?**

Debe tener una cita dentro de 2 semanas después de su llamada.

### **¿Puedo/Puede mi hija seguir viendo a un ginecoobstetra que no forma parte de CFHP?**

Si no está embarazada, tendrá que escoger a otro ginecoobstetra que participe en CFHP. Llámenos y le ayudaremos a escoger a un doctor.

### **¿Qué hago si estoy/mi hija está embarazada (PARA MIEMBROS DE CHIP)?**

Su hija puede ver a un ginecoobstetra de CFHP. No necesita una referencia para servicios del Proveedor de Cuidado Primario. No necesita comunicarse con CFHP.

### **¿A quién debo llamar?**

Llame a Servicios para Miembros y le ayudaremos a escoger a un doctor.



### **¿Qué otros servicios, actividades y educación ofrece CFHP a las mujeres embarazadas?**

CFHP tiene un programa prenatal especial. Hay regalos para las mujeres que terminen las clases de educación. Llame a Servicios para Miembros para más información.

### **¿A quién llamo si tengo/mi hijo tiene necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude?**

CFHP ofrece servicios a los Miembros con necesidades médicas especiales. Llame a Servicios para Miembros y le ayudaremos a encontrar a un administrador de casos que le ayude.

### **¿Qué hago si recibo un cobro del doctor?**

No debe recibir ningún cobro por los servicios cubiertos por CHIP.

- Es posible que reciba un cobro si consulta a un doctor que no participa en CFHP.
- También es posible que reciba un cobro por el tratamiento brindado en una sala de emergencias si no tenía una emergencia.

Si paga por servicios cubiertos, llámenos cuanto antes. Tiene apenas 90 días después de pagar los servicios para pedirle a CFHP que le reembolse.

### **¿A quién llamo? ¿Qué información van a necesitar?**

Servicios para Miembros le puede ayudar a saber qué hacer. Cuando llame, asegúrese de tener a la mano una copia del cobro.

### **¿Qué tengo que hacer si me mudo?**

Tan pronto tenga su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de Community First Health Plans al 1-800-434-2347. Antes de recibir servicios de CHIP en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Community First Health Plans, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Community First Health Plans, hasta que la HHSC cambie su dirección.

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

### ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro?

#### DERECHOS:

1. Usted tiene el derecho de obtener información acerca de Community First, sus servicios, sus proveedores y de los derechos y responsabilidades de miembros.
2. Usted tiene el derecho de obtener información correcta y fácil de entender para ayudarle a tomar mejores decisiones sobre el plan de salud y los doctores, hospitales y otros proveedores de su hijo.
3. Usted tiene el derecho de recibir información del plan de salud si utiliza una “red limitada de proveedores”. Esta red consiste en un grupo de doctores y otros proveedores que solo envían a los pacientes a otros doctores del mismo grupo. “Red limitada de proveedores” quiere decir que usted no puede ver a todos los doctores que forman parte del plan de salud. Si el plan de salud utiliza “redes limitadas”, asegúrese de que el proveedor de cuidado primario de su hijo y cualquier especialista que quiera ver estén en la misma “red limitada”.
4. Usted tiene el derecho de saber cómo se les paga a los doctores. Algunos reciben un pago fijo sin importar las veces que usted tenga cita. Otros reciben pagos basados en los servicios que prestan a su hijo. Usted tiene el derecho de saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
5. Usted tiene el derecho de saber cómo decide el plan de salud si un servicio está cubierto o es médicamente necesario. Usted tiene el derecho de saber qué personas en el plan de salud deciden esas cosas.
6. Usted tiene el derecho de saber el nombre y dirección de los hospitales y otros proveedores del plan de salud.
7. Usted tiene el derecho de escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente larga para que su hijo pueda obtener la atención adecuada cuando la necesita.
8. Si un doctor dice que su hijo tiene necesidades médicas especiales o una discapacidad, es posible que pueda tener a un especialista como el proveedor de cuidado primario del niño. Pregunte al plan de salud acerca de esto.
9. Los niños a quienes les diagnostican necesidades médicas especiales o una discapacidad tienen el derecho de recibir atención especializada.
10. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el doctor que lo atiende sale del plan de salud, su hijo tal vez pueda seguir viendo a ese doctor durante 3 meses, y el plan de salud tiene que continuar pagando esos servicios. Pregunte al plan cómo funciona esto.
11. Su hija tiene el derecho de ver a cualquier ginecoobstetra (OB/GYN) participante sin una referencia médica de su proveedor de cuidado primario y sin preguntar primero al plan de salud. Pregunte al plan cómo funciona esto. Algunos planes exigen que escoja a un OB/GYN antes de verlo sin una referencia médica.
12. Su hijo tiene el derecho de recibir servicios de emergencia si usted tiene motivos razonables para creer que la vida del niño corre peligro, o que el niño podría sufrir algún daño grave si no recibe atención cuanto antes. La cobertura de emergencias está disponible sin antes preguntar al plan de salud. Quizás tenga que hacer un copago según sus ingresos. (Add the following sentence if the MCO is a CHIP Perinatal Program provider: No se aplican copagos al Programa de CHIP Perinatal.)
13. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en las decisiones sobre la atención médica de su hijo.
14. Usted tiene el derecho de hablar en nombre de su hijo en todas las decisiones de tratamiento.
15. Usted tiene el derecho de pedir una segunda opinión de otro doctor del plan de salud sobre el tipo de tratamiento que necesita su hijo.





16. Usted tiene el derecho de recibir un trato justo del plan de salud y de los doctores, hospitales y otros proveedores.
17. Usted tiene el derecho de hablar en privado con los doctores y otros proveedores de su hijo, y de que los expedientes dentales de su hijo se mantengan confidenciales. Usted tiene el derecho de ver y copiar los expedientes médicos de su hijo y de pedir que se hagan cambios a esos expedientes.
18. Usted tiene derecho a un trámite imparcial y rápido para resolver los problemas con el plan de salud y con los doctores, hospitales y otros proveedores del plan que brindan servicios a su hijo. Si el plan de salud dice que no pagará un servicio o beneficio cubierto que el doctor del niño piensa que es médicamente necesario, usted tiene el derecho de conseguir que otro grupo, aparte del plan de salud, le diga si el doctor o el plan de salud tenía la razón.
19. Usted tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que atienden a su hijo pueden aconsejarle sobre el estado de salud, la atención médica y el tratamiento de su hijo. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
20. Usted tiene derecho a saber que sólo usted es responsable de pagar copagos permitidos por los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle que pague ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
21. Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones en cuanto a los reglamentos de los derechos y responsabilidades de miembros de Community First.

### **RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

Usted y el plan de salud tienen interés en que la salud de su hijo mejore. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades.

1. Usted tiene que tratar de tener hábitos sanos. Anime a su hijo a evitar el tabaco y a tener una dieta saludable.
2. Usted tiene que participar en las decisiones del doctor sobre los tratamientos de su hijo.
3. Usted tiene que trabajar con los doctores y otros proveedores del plan de salud para escoger tratamientos para su hijo que todos han aceptado.
4. Si tiene algún desacuerdo con el plan de salud, usted tiene que tratar de resolverlo primero por medio del trámite de quejas del plan de salud.
5. Usted tiene que aprender qué es lo que el plan de salud cubre y no cubre. Lea el Manual para Miembros para entender cómo funcionan las reglas.
6. Si hace una cita para su hijo, tiene que tratar de llegar al consultorio del doctor a tiempo. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
7. Si su hijo tiene CHIP, usted es responsable de pagar al doctor y a otros proveedores los copagos que les debe. Si su hijo recibe servicios del Programa de CHIP Perinatal, no tendrá ningún copago para ese niño.
8. Usted tiene que denunciar el mal uso de los servicios de CHIP o CHIP Perinatal por los proveedores de atención médica, otros miembros o los planes de salud.
9. Usted tiene que hablar con el proveedor sobre los medicamentos que le recete.
10. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar información a Community First o a sus proveedores (lo más que sea posible) y necesario para prestar atención.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

## PROVEEDORES POR MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

---

### ¿Qué necesito llevar cuando vaya a mi cita médica con un proveedor perinatal?

Lleve la tarjeta de identificación de CFHP.

### ¿Puede ser una clínica un proveedor perinatal, para recibir atención médica ?

Sí. Escoja una de las clínicas como un Centro de Salud Aprobado a Nivel Federal de nuestro Directorio de Proveedores de CHIP:

- Local Public Health Clinics
- Rural Health Clinics
- Federally Qualified Health Centers

### ¿Cómo obtengo atención médica después de las horas de consulta?

Llame primero su proveedor perinatal si tiene un problema urgente. El doctor tiene que atender llamadas telefónicas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Después de las horas de consulta, puede llamar a la línea de consejos de enfermeras de CFHP al (210) 358-6300. También puede llamar gratis al 1-800-434-2347. Una enfermera hablará con usted. La enfermera le puede enviar a un centro de atención urgente. Recuerde, si tiene una emergencia, ¡vaya a la sala de emergencias más cercana!

## BENEFICIOS PARA MIEMBROS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP

---

### ¿Cuáles son mis beneficios de CHIP Perinatal?

Los siguientes beneficios son por miembros del Programa Perinatal CHIP. Para mas informacion sobre el plan de salud, continua a la página 81.





Prestaciones cubiertas	Limitaciones	Copagos
<p><b>Paciente hospitalizado, cuidados generales y agudos</b></p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios cubiertos prestados por el hospital y que son médicamente necesarios</li><li>• Sala de operaciones, recuperación y otras salas para tratamiento.</li><li>• Anestesia y administración (componente técnico de las instalaciones).</li><li>• Los servicios quirúrgicos médicamente necesarios se limitan a los servicios que se relacionan directamente con el nacimiento del bebé por nacer y servicios relacionados con el aborto espontáneo o un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero).</li><li>• Servicios para pacientes hospitalizados relacionados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto que murió en el útero). Estos servicios son, entre otros:<ul style="list-style-type: none"><li>• procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C),</li><li>• medicamentos adecuados administrados por el proveedor,</li><li>• ultrasonidos y</li><li>• análisis histológicos de muestras de tejidos.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Para bebés de CHIP en el período perinatal, de familias con ingresos hasta el 185% del Nivel Federal de Pobreza, los cargos de las instalaciones son una prestación que no está cubierta. Los cargos por servicios profesionales relacionados con el trabajo de parto con nacimiento se consideran prestaciones cubiertas.</li><li>• Para bebés de CHIP en el período perinatal con ingresos arriba de 185% hasta e incluyendo el 200% del Nivel Federal de Pobreza, los beneficios se limitan a los gastos de servicios profesionales y costos de los centros asociados con el trabajo de parto hasta el nacimiento.</li></ul>	Ninguno
<p><b>Hospital integral para pacientes externos, Clínica (incluyendo el centro médico) y Centro de cuidados médicos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios incluyen los siguientes servicios prestados en la clínica de un hospital o sala de emergencias, una clínica o centro médico, departamento de emergencias con sede en un hospital o una instalación de cuidados médicos para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Radiografías, imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede ser necesaria una autorización previa y una receta médica</li><li>• Los servicios radiológicos y de laboratorio se limitan a los servicios que se relacionan directamente con los cuidados antes del parto y/o el nacimiento del bebé por nacer que tiene cobertura, hasta el nacimiento.</li></ul>	Ninguno



<b>Prestaciones cubiertas</b>	<b>Limitaciones</b>	<b>Copagos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios patológicos y de laboratorio (componente técnico).</li> <li>• Pruebas diagnósticas con equipos de gabinete.</li> <li>• Fármacos, medicamentos y productos biológicos que sean médicamente necesarios y fármacos inyectados.</li> <li>• Servicios para pacientes externos relacionados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Estos servicios son, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C),</li> <li>• medicamentos adecuados administrados por el proveedor,</li> <li>• ultrasonidos y</li> <li>• análisis histológicos de muestras de tejidos.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El ultrasonido del útero de una mujer embarazada es una prestación cubierta del Programa Perinatal de CHIP cuando se indica médicamente. El ultrasonido podría ser indicado cuando se sospecha de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso en el desarrollo del feto, determinación de la edad de gestación, el aborto espontáneo o un embarazo no viable.</li> <li>• Amniocentésis, Cordocentésis, Transfusión Intrauterina del Feto (“FIUT”, en inglés) y Guía Ultrasonica para Cordocentésis y “FIUT”, son prestaciones cubiertas del Programa Perinatal de CHIP con un diagnóstico apropiado.</li> <li>• Las pruebas de laboratorio para el Programa Perinatal de CHIP se limitan a: las pruebas no estresantes, pruebas de estrés de la contracción, de hemoglobina o hematocrito que se repiten una vez cada trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo; o cuenta sanguínea completa (CBC, en inglés), análisis de orina para detección de proteína y glucosa en cada visita, tipo de sangre y tamizado de anticuerpo RH; repetición del tamizado de anticuerpos para las mujeres con Rh negativo a las 28 semanas, seguido de la administración de inmunoglobulina RHO si se indica; título de anticuerpo de rubéola,</li> </ul>	



## Beneficios para Miembros de CHIP Perinatal

Prestaciones cubiertas	Limitaciones	Copagos
	<p>serología para sífilis, antígeno de superficie de la hepatitis B, citología cervical, prueba de embarazo, prueba para detección de gonorrea, cultivo de orina, prueba de células falciformes, prueba de tuberculosis (TB), tamizado del anticuerpo del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), prueba de Clamidia, otras pruebas de laboratorio no especificadas pero que se consideran médicamente necesarias, y tamizado de marcador múltiple para defectos del tubo neural (si la cliente inicia los cuidados entre las 16 y 20 semanas); tamizado para la diabetes gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; otras pruebas de laboratorio según se indiquen por la condición médica de la cliente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios quirúrgicos asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto, que murió en el útero) se consideran prestaciones cubiertas.</li></ul>	



Prestaciones cubiertas	Limitaciones	Copagos
<p><b>Servicios profesionales del médico/profesionales paramédicos</b></p> <p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios del médico que sean médicamente necesarios se limitan a los cuidados prenatales y después del parto y/o el nacimiento del bebé por nacer que tiene cobertura, hasta el nacimiento.</li> <li>• Visitas al consultorio del médico, servicios para pacientes hospitalizados y externos.</li> <li>• Servicios de laboratorio, radiografías, imágenes y patología, incluyendo el componente técnico y/o la interpretación profesional.</li> <li>• Medicamentos médicamente necesarios, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico.</li> <li>• Componente profesional (paciente hospitalizado/paciente externo) de los servicios quirúrgicos, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos relacionados directamente con el trabajo de parto con nacimiento del bebé por nacer que tiene cobertura, hasta el nacimiento.</li> <li>• Administración de anestesia por el médico (que no sea el cirujano) o la enfermera anestesista registrada.</li> <li>• Procedimientos diagnósticos invasivos directamente relacionados con el trabajo de parto con nacimiento del bebé por nacer.</li> <li>• Los servicios quirúrgicos asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Servicios de un médico con sede en el hospital (incluyendo los componentes técnicos e interpretativos realizados por el médico).</li> </ul> </li> <li>• Servicios profesionales relacionados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto que murió en el útero). Estos servicios son, entre otros: procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C), medicamentos adecuados administrados por el proveedor, ultrasonidos y análisis histológicos de muestras de tejidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser necesaria la autorización de servicios de especialistas</li> <li>• Componente profesional del ultrasonido del útero de una mujer embarazada cuando se indique médicamente porque se sospecha de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso en el desarrollo del feto o determinación de la edad de gestación.</li> <li>• Componente profesional de Amniocentésis, Cordocentésis, Transfusión Intrauterina del Feto (“FIUT”, en inglés) y Guía Ultrasonica para Amniocentésis, Cordocentésis y “FIUT”.</li> </ul>	<p>Ninguno</p>



Prestaciones cubiertas	Limitaciones	Copagos
Los servicios de maternidad del Centro	Cubre los servicios de maternidad proporcionadas por un centro de partos con licencia. Limitado a los servicios de las instalaciones (por ejemplo, el trabajo de parto) Se aplica sólo a miembros de CHIP Perinatal (feto) con ingresos en 186% del NPF a 200% del NPF.	Ninguno
<b>Servicios prestados por una partera autorizada o un médico en un centro de partos con licencia</b>	Cubre parto prenatal, del parto y los servicios prestados en un centro de partos con licencia. Los servicios prenatales con sujeción a las siguientes limitaciones: Los servicios están limitados a una visita inicial y las posteriores prenatales (ante-parto) las visitas de atención que incluyen: <ul style="list-style-type: none"><li>• (1) Un (1) visita cada cuatro (4) semanas para las primeras 28 semanas de embarazo o; (2) un (1) visita cada dos (2) a tres (3) semanas a partir de 28 a 36 semanas de embarazo, y (3) un (1) visita por semana a partir de las 36 semanas de la entrega.</li></ul> Visitas más frecuentes son permitidas como médicamente necesario. Los beneficios se limitan a: Límite de 20 visitas prenatales y dos (2) visitas posparto (máximo dentro de 60 días) sin documentación de una complicación del embarazo. Visitas más frecuentes pueden ser necesarios para embarazos de alto riesgo. De alto riesgo las visitas prenatales no se limitan a 20 visitas por embarazo.	Ninguno



<b>Prestaciones cubiertas</b>	<b>Limitaciones</b>	<b>Copagos</b>
	<p>Documentación de apoyo a la necesidad médica debe mantenerse y está sujeta a revisión retrospectiva. Visitas después de la visita inicial debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• interina la historia (los problemas, el estado civil, el estado del feto);</li><li>• examen físico (peso, presión arterial, la posición de fundalheight, del feto y el tamaño, la frecuencia cardíaca fetal, extremidades) y</li><li>• pruebas de laboratorio (análisis de orina para cada visita de proteínas y glucosa, hematocrito o hemoglobina repetida una vez al trimestre y en la 32-36 semanas de embarazo, detección de marcadores múltiples de anomalías fetales que se ofrecen a las 16-20 semanas de embarazo; pantalla de repetición de anticuerpos para las mujeres Rh negativas en el 28 semanas, seguido por la administración de globulina inmune Rho si está indicado, la pantalla de la diabetes gestacional en las semanas 24-28 del embarazo, y otras pruebas de laboratorio según la condición médica del cliente).</li></ul>	



Prestaciones cubiertas	Limitaciones	Copagos
<p><b>Cuidados prenatales y servicios y artículos médicos para la familia antes del embarazo</b></p> <p>Los servicios cubiertos se limitan a una consulta inicial y consultas subsiguientes de cuidados prenatales (antes del parto) que incluyen:</p> <p>Una consulta cada cuatro semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo; una consulta cada dos a tres semanas de las 28 a las 36 semanas de embarazo; y una consulta por semana de las 36 semanas hasta el nacimiento. Se permiten consultas más frecuentes según sea médicamente necesario.</p>	<p>No se requiere de autorización previa.</p> <p>Límite de 20 consultas prenatales y 2 consultas después del parto (máximo durante un período de 60 días) sin documentación de una complicación de embarazo. Consultas más frecuentes podrían ser necesarias para los embarazos de alto riesgo. Las consultas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. La documentación que compruebe la necesidad médica deberá mantenerse en los expedientes del médico y está sujeta a revisión retrospectiva.</p> <p>Las consultas después de la consulta inicial deberán incluir: Historia después de la consulta inicial (problemas, estado materno, estado del feto), examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo uterino, posición fetal y tamaño, frecuencia cardíaca del feto, extremidades) y pruebas de laboratorio (análisis de orina para detección de proteína y glucosa en cada visita; pruebas de hematocrito o hemoglobina repetidas una vez al trimestre y a las 32-36 semanas del embarazo; el tamizado de marcador múltiple para anormalidades fetales se ofrece a las 16-20 semanas de embarazo; repetición del tamizado de anticuerpos para las mujeres con Rh negativo a las 28 semanas, seguido de la administración de la inmunoglobulina RHO</p>	<p>Ninguno</p>



Prestaciones cubiertas	Limitaciones	Copagos
	si se indica; tamizado para diabetes gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; y otras pruebas de laboratorio según se indique por la condición médica de la cliente).	
<p><b>Servicios de emergencia, incluyendo los hospitales de emergencias, médicos y servicios de ambulancia</b></p> <p>El Plan de Salud no puede requerir autorización como condición de pago para las emergencias relacionadas al trabajo de parto y el nacimiento.</p> <p>Los servicios cubiertos se limitan a los servicios de emergencia que están directamente relacionados con el nacimiento del bebé por nacer que tiene cobertura, hasta el nacimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de emergencia basados en la definición de una persona prudente, no profesional, de lo que es una condición de salud de emergencia.</li> <li>• Examen de tamizado médico para determinar una emergencia cuando está directamente relacionada con el nacimiento del bebé por nacer que tiene cobertura.</li> </ul>	Los servicios para después del nacimiento o las complicaciones que resulten en la necesidad de servicios de emergencia para la madre de un bebé de CHIP por nacer, no se consideran prestaciones cubiertas.	Ninguno
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del bebé por nacer que tiene cobertura.</b></li> <li>• El transporte de emergencia por tierra, aire y agua para trabajo de parto y amenaza de trabajo de parto, se considera una prestación cubierta.</li> <li>• Servicios de emergencia relacionados con (a) el aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto que murió en el útero). Estos servicios son, entre otros: procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C), medicamentos adecuados administrados por el proveedor, ultrasonidos y análisis histológicos de muestras de tejidos.</li> </ul>		
<p><b>Servicios de manejo de casos</b></p> <p>Los servicios de manejo de casos se consideran una prestación cubierta para el bebé por nacer.</p>	Estos servicios cubiertos incluyen extensión a la comunidad, manejo de casos, coordinación de cuidados y referencia comunitaria.	Ninguno



<b>Prestaciones cubiertas</b>	<b>Limitaciones</b>	<b>Copagos</b>
<b>Servicios de coordinación de cuidados</b>  Los servicios de coordinación de cuidados se consideran una prestación cubierta para el bebé por nacer.		Ninguno
<b>Beneficios de medicamentos</b>  Los servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><li>• Los medicamentos para pacientes ambulatorios y los materiales, que contiene los medicamentos para pacientes ambulatorios dispensadas por el farmacéutico y el proveedor administrado-y productos biológicos, y</li><li>• Los medicamentos y los materiales de siempre en un entorno hospitalario.</li></ul>	Los servicios deben ser médicamente necesario para el feto.	Ninguno
<b>Servicios de valor agregado</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tarjeta de descuento en las recetas médicas para toda la familia</li><li>• Línea de consejos de enfermeras las 24 horas del día</li><li>• Pases de autobús para ir a citas médicas y clases de educación sobre la salud</li><li>• Vacunas gratis contra la gripe para miembros del Programa CHIP Perinatal</li><li>• Programa de salud prenatal Healthy Expectations</li><li>• Clases de posparto y de recién nacidos para papás nuevos.</li><li>• Reproductor MP3 con foros de salud</li><li>• Festejo para las mujeres embarazadas (baby shower)</li><li>• Reuniones y consejos para mamás nuevas</li><li>• Ayuda temporal con un teléfono</li><li>• Incentivos después de haberse dado de alta del hospital</li><li>• Gratis asientos de seguridad para niños</li><li>• Servicios de Notario gratis</li></ul>		Ninguno

## ¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a Servicios para Miembros. Con gusto explicaremos cómo puede obtener estos servicios usted.

## ¿Cuáles servicios no están cubiertos?

### SERVICIOS QUE SE EXCLUYEN DEL DE CHIP PERINATAL

- Para bebés de CHIP en el período perinatal con ingresos iguales o inferiores al 185% del Nivel Federal de Pobreza, los cargos hospitalarios no son un beneficio cubierto si se asocia con la admisión inicial perinatal del recién nacido. “Admisión inicial perinatal del recién nacido”, se refiere a la hospitalización asociada con el nacimiento.
- Los tratamientos para pacientes hospitalizados y externos que no sean cuidados prenatales, trabajo de parto con nacimiento y los cuidados después del parto que se relacionan con el bebé por nacer que tiene cobertura, hasta el nacimiento. Los servicios relacionados con el pré-termino, trabajo de parto falso o de otro tipo que no resulte en un nacimiento, son servicios que se excluyen.
- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados.
- Servicios de salud mental para pacientes externos.
- Equipo médico perdurable u otros dispositivos para remedio que se relacionen médicamente.
- Artículos médicos desechables.
- Servicios de cuidados para la salud en el hogar y basados en la comunidad.
- Servicios de cuidados de enfermería.
- Servicios dentales.
- Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias de pacientes hospitalizados y servicios de tratamiento residencial para el abuso de sustancias.
- Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias de los pacientes externos.
- Terapia física, terapia ocupacional y servicios para personas con trastornos del habla, audición y el lenguaje.
- Cuidados de hospicio.
- Instalación de enfermeras registradas y servicios hospitalarios de rehabilitación.
- Servicios de emergencia que no sean los que se relacionan directamente con el nacimiento de un bebé por nacer que tiene cobertura.
- Servicios de trasplantes.
- Programas para dejar de usar tabaco.
- Servicios quiroprácticos.
- Transporte médico que no esté directamente relacionado con el trabajo de parto o la amenaza de trabajo de parto y/o el nacimiento de un bebé por nacer que tiene cobertura.
- Artículos para la comodidad personal incluyendo, entre otros, estuches para el cuidado personal que se entregan al momento de admisión a los pacientes que se van a hospitalizar, teléfono, televisión, fotografías del recién nacido, comidas para los huéspedes del paciente y otros artículos que no se requieren para el tratamiento específico relacionado con el trabajo de parto y el nacimiento o los cuidados después del parto.
- Procedimiento o servicios experimentales y/o de investigación médica, quirúrgica o de otros cuidados médicos que, por lo general, no se usan ni reconocen dentro de la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adversa y tiene derecho a revisión por una Organización de Revisión Independiente (tal como se describe en D, “Evaluación externa de la Organización de Revisión Independiente”).
- Tratamiento o evaluaciones requeridas por terceros, incluyendo, entre otras, las que son para las escuelas, un empleo, permiso para vuelo, campamentos, seguro o un tribunal.
- Servicios de enfermería privada cuando se llevan a cabo para un paciente hospitalizado o en una instalación de enfermeras registradas.





- Dispositivos mecánicos para reemplazo de órganos incluyendo, entre otros, un corazón artificial.
- Servicios y artículos hospitalarios cuando el confinamiento es únicamente para fines diagnósticos y no es parte del trabajo de parto y nacimiento.
- Tamizado de la próstata y mamografía.
- Cirugía opcional para corregir la vista.
- Procedimientos gástricos para bajar de peso.
- Los dispositivos dentales exclusivamente para uso cosmético.
- Cirugía plástica/servicios cosméticos con fines cosméticos solamente.
- Servicios fuera de la red que no están autorizados por el Plan de Salud, salvo para cuidados de emergencia relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del bebé por nacer que tiene cobertura.
- Servicios, artículos, reemplazo de comidas o suplementos proporcionados para control de peso o el tratamiento de la obesidad.
- Los medicamentos prescritos para la pérdida o ganancia de peso
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia.
- Inmunizaciones sólo para viajar al extranjero.
- Cuidado rutinario de los pies, tal como el cuidado higiénico (cuidado rutinario de los pies no incluye tratamiento de lesiones o complicaciones de la diabetes).
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, sobrecargados o planos y el corte o escisión de callos, callosidades y uñas de los dedos de los pies (esto no se aplica a la extirpación de la raíz de la uña o el tratamiento quirúrgico de las condiciones que causan callos, callosidades o uñas enterradas).
- Zapatos ortopédicos correctivos.
- Artículos para la comodidad.
- Los medicamentos de venta libre
- Ortética utilizada principalmente para fines atléticos o recreativos.
- Cuidados de custodia (cuidados que ayudan con las actividades de la vida diaria, tales como la ayuda para caminar, subirse y bajarse de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, usar el excusado, preparación de una dieta especial y la supervisión de los medicamentos que por lo general se autoadministran o son proporcionados por el proveedor de cuidados. Este tipo de cuidado no requiere la atención continua de personal médico capacitado o personal paramédico).
- Trabajo doméstico.
- Servicios de instalaciones públicas y cuidados para las condiciones que la ley federal, estatal o local requiere que sean proporcionados en una instalación pública o los cuidados proporcionados mientras está en la custodia de las autoridades legales.
- Servicios o artículos recibidos de una enfermera, que no requieren la habilidad y capacitación de una enfermera.
- Capacitación para la vista, terapia para la vista o servicios para la vista.
- El reembolso por servicios de terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla administrados en la escuela, no está cubierto.
- Gastos no médicos de un donador.
- Cargos incurridos como donador de un órgano.
- Cobertura mientras viaja fuera de los Estados Unidos y territorios de los EE.UU. (incluyendo Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE.UU., la Comunidad de Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Americana).

### ¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados de mi hijo por nacer?

La mayoría los medicamentos recetados que su médico le dice que necesita están cubiertos. Su receta debe ser surtida por una farmacia que acepte CHIP. Si tienes problemas para surtir sus recetas, llámenos al 1-800-434-2347. Un representante de servicios para miembros le ayudará.



### **¿Cuánto tengo que pagar por la atención médica de CHIP Perinatal?**

Para los miembros de CHIP Perinatal, no hay copagos ni participación en los gastos.

### **¿Tengo que pagar los servicios que no son beneficios cubiertos?**

Si, usted tendrá que pagar por los servicios que obtiene, si no están cubiertos bajo el Programa CHIP Perinatal.

### **¿Qué beneficios adicionales recibe un Miembro de CFHP?**

- Tarjeta de descuento en las recetas médicas para toda la familia
- Línea de consejos de enfermeras las 24 horas del día
- Pases de autobús para ir a citas médicas y clases de educación sobre la salud
- Vacunas gratis contra la gripe para miembros del Programa CHIP Perinatal
- Programa de salud prenatal Healthy Expectations
- Clases de posparto y de recién nacidos para papás nuevos.
- Reproductor MP3 con foros de salud
- Festejo para las mujeres embarazadas (baby shower)
- Reuniones y consejos para mamás nuevas
- Ayuda temporal con un teléfono
- Incentivos después de haberse dado de alta del hospital
- Gratis asientos de seguridad para niños
- Servicios de Notario gratis

### **¿Cómo obtengo estos servicios?**

Llame a Servicios para Miembros. Con gusto le explicaremos cómo puede obtener estos servicios usted.

## **ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL**

---

### **¿Qué es atención médica periódica?**

Atención periódica es la atención que recibe cuando va al doctor para un examen. También se refiere a las citas cuando estás enferma. Las inmunizaciones son parte de la atención periódica.

### **¿Qué tan pronto me darán una cita?**

Puede anticipar que el Proveedor Perinatal de usted lo verá dentro de 2 semanas después de su llamada para programar una cita periódica.

### **¿Qué es atención médica urgente?**

Existe un problema médico urgente cuando usted se enferma o se lesiona y necesita tratamiento lo más pronto posible. Llame primero su proveedor perinatal, a cualquier hora, día o noche. Es posible que le envíen a un centro de atención urgente.

### **¿Qué tan pronto me darán una cita?**

Puede esperar ser atendido dentro de 24 horas si necesita atención urgente.



## PARA MIEMBROS PERINATAL DE CHIP

### ¿Qué son una emergencia, un padecimiento médico de emergencia y un padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia?

La atención de emergencia es un servicio cubierto si está directamente relacionada con el bebé por nacer, hasta el parto. Se presta atención de emergencia para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia. Un “padecimiento médico de emergencia” es un padecimiento que se manifiesta con síntomas agudos de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que una persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre la salud y la medicina, podría deducir que el padecimiento, la enfermedad o la lesión es de tal naturaleza que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

- peligro grave a la salud del bebé por nacer;
- problemas graves a las funciones corporales que se relacionan con el bebé por nacer;
- disfunción grave de cualquier órgano vital o parte del cuerpo que pudiera afectar al bebé por nacer;
- desfiguración grave al bebé por nacer; o
- en el caso de una mujer embarazada, peligro grave a la salud de la mujer o del niño por nacer.

“Padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia” significa cualquier padecimiento (sin importar la naturaleza o causa del padecimiento), que, según la opinión de una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina:

- requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual la madre del bebé por nacer podría representar un peligro inmediato para el bebé por nacer u otras personas; o
- hace que la mamá del bebé por nacer sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

### ¿Qué son servicios de emergencia o atención de emergencia?

“Servicios de emergencia” o “Atención de emergencia” son servicios cubiertos de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un padecimiento médico o de salud mental y abuso de sustancias de emergencia, entre ellos los servicios de atención de posestabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del bebé.

### ¿Qué tan pronto me pueden dar una cita para recibir atención de emergencia?

Lo atenderán lo más pronto posible. Quizás tenga que esperar si su padecimiento no es grave. Si tiene una lesión que pone su vida en peligro, recibirá atención inmediatamente.

### ¿Cómo obtengo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de cuidado primario está cerrado?

En primer lugar, llame a su Proveedor de Cuidado Primario si tiene un problema urgente. El médico tiene que contestar el teléfono las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede llamar a CFHP después de horas de oficina a la línea de asesoramiento de enfermeras al (210) 358-6300. También puede llamar a nuestro número gratis al 1-800-434-2345. Una enfermera hablará con usted. La enfermera le puede enviar a un centro de atención urgente. En caso de emergencia, vaya a la sala de emergencia más cercana.



### ¿Qué significa Medicamento Necesario?

Los servicios cubiertos por CHIP Perinatal tienen que ajustarse a la definición de “medicamento necesario” de CHIP Perinatal.

### Servicios médicamente necesarios son servicios de salud:

#### Físicos que:

- son razonables y se necesitan para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o tratar padecimientos médicos que provocan dolor o sufrimiento, malformación del cuerpo o limitación de alguna función, que causan o empeoran una discapacidad, que provocan enfermedad en un bebé por nacer o ponen en riesgo la vida del bebé por nacer;
- se prestan en un lugar apropiado donde se ofrece el nivel adecuado de atención médica para tratar el padecimiento del bebé por nacer;
- cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica emitidas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
- son consecuentes con el diagnóstico del bebé por nacer; y
- son lo menos invasivos o restrictivos posible para lograr un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
- no son experimentales ni de estudio; y
- no son principalmente para la conveniencia de la mamá del bebé por nacer o del proveedor de atención médica.

#### De salud mental y abuso de sustancias que:

- son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o evitar que los problemas de salud empeoren;
- cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental;
- no son experimentales ni de estudio; y
- no son principalmente para la conveniencia de la mamá del bebé por nacer o del proveedor de atención médica.

**Los servicios médicamente necesarios** tienen que prestarse en el lugar más adecuado y menos restrictivo, y donde el nivel o suministro de los servicios es el más apropiado y seguro, los cuales no se podrían omitir sin afectar negativamente la salud física del bebé por nacer o la calidad de la atención brindada.

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

Si usted necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al 1-800-434-2347 y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si usted necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al 1-800-434-2347.



### **¿Qué pasa si estoy en otro estado?**

CFHP paga por las emergencias donde quiera que esté en los Estados Unidos. Si tiene una emergencia, no tiene que llamar primero a su Proveedor Perinatal. Nada más busque ayuda. Llame a su Proveedor Perinatal dentro de las 24 horas después de la emergencia. Si no puede hacerlo, llame lo más pronto posible.

Si no está en casa y tiene un problema urgente, tiene que llamar al Proveedor Perinatal. También puede llamar a CFHP. Tenemos una Línea de Consejos de Enfermeras después de las horas de consulta. Tiene que llamar primero antes de recibir atención. Si necesita tratamiento de seguimiento, el Proveedor Perinatal lo coordinará. Por favor, de ser posible, regrese al área de servicio de CFHP para recibir la atención de seguimiento. Si está demasiado enfermo para viajar, llame al 1-800-434-2347 para avisarle a CFHP.

### **¿Qué hago si mi hijo o yo estamos fuera del país?**

CHIP no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

### **¿Qué es una referencia médica?**

El Proveedor Perinatal le da una referencia médica cuando cree que usted debe ver a un especialista o necesita un tratamiento especial. El Proveedor Perinatal coordinará los servicios para usted. Es importante que usted espere hasta que todo el papeleo esté completo. Tiene que estar completo antes de programar la cita con una referencia médica.

El personal del consultorio del Proveedor Perinatal generalmente programa las citas por usted. Si tiene alguna pregunta sobre referencias médicas, por favor, llame a Servicios para Miembros.

### **¿Cuáles servicios dentro la red se pueden recibir sin una referencia médica?**

- Servicios de salud mental y abuso de sustancias
- Servicios de ginecoobstetricia
- Servicios de la vista de un oftalmólogo
- Servicios de planificación familiar

Si necesita ayuda para encontrar a un doctor o hacer una cita, llame a CFHP.

### **¿Qué hago si necesito servicios que no están cubiertos bajo CHIP Perinatal?**

Podemos dar información sobre servicios comunitarias que son disponibles. Llame a Servicios para Miembros para más información.

### **¿Cómo obtengo mis medicamentos?**

CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que el doctor del bebé por nacer dice que usted necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado por usted.

No hay copagos obligatorios para los miembros de CHIP Perinatal.

### **¿Cómo busco una farmacia dentro de la red?**

Llame a Servicios para Miembros para encontrar una farmacia dentro de la red. También puede encontrar una lista de farmacias en el sitio web de CFHP. Visítanos en [www.cfhp.com](http://www.cfhp.com).

### **¿Qué pasa si voy a una farmacia que está fuera de la red?**

Si va a una farmacia que no está dentro de la red, es posible que la medicamento recetado no vaya a estar cubierto. Es posible que usted sea responsabilizado por los cargos.

### **¿Qué tengo que llevar a la farmacia?**

Lleve su tarjeta de identificación de CFHP y la tarjeta Your Texas Benefits Medicaid Card. Mostrar las dos tarjetas a la farmacia.

### **¿Y si necesito que me envíen mis medicamentos?**

Es posible que le puedan enviar sus medicamentos si la medicina califica para el envío por correo. CFHP trabaja con Navitus para los beneficios de farmacia. La compañía del programa de envío de medicamentos por correo es Wellpartner. Puede ser posible enviarle sus medicamentos a su casa. Esto se puede hacer por medio de algunas farmacias. Para más información favor de llamar a Servicios para Miembros.

### **¿Qué hago si tengo problemas en obtener mis medicamentos?**

Llame a Servicios para Miembros. Estamos aquí para ayudarle.

### **¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?**

Llame a Servicios para Miembros para que lo ayuden.

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

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

Llame a Community First Health Plans al 1-800-434-2347 para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

### **¿Qué hago si necesito un medicamento sin receta?**

La farmacia no puede darle un medicamento sin receta como parte de sus beneficios de CHIP Perinatal. Si necesita un medicamento sin receta, tendrá que pagar por él.

### **¿Qué hago si mi hijo necesita tomar un medicamento con receta por más de 34 días?**

La farmacia no puede darle a su hijo más del medicamento de lo que necesita para los próximos 34 días.

Para otras preguntas, por favor, llame al Community First Health Plans al 1-800-434-2347.

### **¿Puede alguien interpretar para mí cuando hablo con mi proveedor perinatal?**

Sí.

### **¿A quién llamo para pedir los servicios de un intérprete? ¿Cómo hago para tener un intérprete conmigo cuando vaya al consultorio del proveedor?**

Llame a Servicios para Miembros y nos encargaremos de los arreglos para que un intérprete le ayude durante la cita.

### **¿Con cuánto tiempo de anticipación tengo que llamar?**

Usted tiene que llamarnos por los menos 24 horas antes de la cita.

### **¿Como escojo un proveedor perinatal? ¿Necesito una referencia médica?**

Puede usted encontrar una lista de proveedores perinatales en el directorio de proveedores de CHIP. O puede encontrar esta informacion en el sitio web en [www.cfhp.com](http://www.cfhp.com). Tambien puede llamar a nosotros para que podemos ayudar escojer un doctor. Usted no necesita una referencia médica.

### **¿Qué tan pronto me darán una cita el proveedor perinatal despues de llamar?**

Puede anticipar que el Proveedor Perinatal de usted lo verá dentro de 2 semanas después de su llamada.





### ¿Puedo seguir viendo a un proveedor perinatal que no forma parte de CFHP?

Tendrá que escoger a otro proveedor perinatal que participe en CFHP. Llámenos y le ayudaremos a escoger a un doctor.

### ¿Qué otros servicios, actividades o educación ofrece CFHP?

CFHP tiene un programa prenatal especial. Hay regalos para las mujeres que terminen las clases de educación. Llame a Servicios para Miembros para más información.

### ¿Qué hago si recibo un cobro del proveedor perinatal?

No debe recibir ningún cobro por los servicios cubiertos por el Programa Perinatal de CHIP. Es posible que reciba un cobro si consulta a un doctor que no participa en CFHP. También es posible que reciba un cobro por el tratamiento brindado en una sala de emergencias si no tenía una emergencia.

### ¿A quién llamo? ¿Qué información van a necesitar?

Servicios para Miembros le puede ayudar a saber qué hacer. Cuando llame, asegúrese de tener a la mano una copia del cobro.

### ¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto sepa su nueva dirección, avise a la oficina local de beneficios de la HHSC y al departamento de Servicios para Miembros de Community First Health Plans al 1-800-434-2347. Antes de recibir servicios de CHIP en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Community First Health Plans, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Community First Health Plans, hasta que la HHSC cambie su dirección.

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

---

### ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades como miembro?

#### Para MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

#### DERECHOS:

1. Usted tiene el derecho de obtener información sobre Community First, los servicios, proveedores y los derechos y responsabilidades del miembro.
2. Usted tiene el derecho de obtener información correcta, fácil de entender para ayudarle a tomar mejores decisiones sobre el plan de salud de su hijo que está por nacer y sus doctores, hospitales y otros proveedores.
3. Usted tiene el derecho de saber cómo se les paga a los proveedores perinatales. Algunos reciben un pago fijo sin importar las veces que usted tenga cita. Otros reciben pagos basados en los servicios que prestan a su bebé por nacer. Usted tiene el derecho de saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
4. Usted tiene el derecho de saber cómo decide el plan de salud si un servicio perinatal está cubierto o es médicamente necesario. Usted tiene el derecho de saber qué personas en el plan de salud deciden esas cosas.
5. Usted tiene el derecho de saber el nombre y dirección de los hospitales y otros proveedores perinatales del plan de salud.
6. Usted tiene el derecho de escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente larga para que su hijo que está por nacer pueda obtener la atención adecuada cuando la necesite.
7. Usted tiene el derecho de recibir servicios perinatales de emergencia si tiene motivos razonables para creer que la vida del bebé por nacer corre peligro, o que podría sufrir algún daño grave si no recibe atención cuanto antes. La cobertura de emergencias está disponible sin antes preguntar al



- plan de salud.
8. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en las decisiones sobre la atención médica de su hijo que está por nacer.
  9. Usted tiene el derecho de hablar en nombre del bebé por nacer en todas las decisiones de tratamiento.
  10. Usted tiene el derecho de recibir un trato justo del plan de salud y de los doctores, hospitales y otros proveedores.
  11. Usted tiene el derecho de hablar en privado con el proveedor perinatal, y de que sus expedientes médicos se mantengan confidenciales. Usted tiene el derecho de ver y copiar sus expedientes médicos y de pedir que se hagan cambios a esos expedientes.
  12. Usted tiene derecho a un trámite imparcial y rápido para resolver los problemas con el plan de salud y con los doctores, hospitales y otros proveedores del plan que brindan servicios perinatales para el bebé por nacer. Si el plan de salud dice que no pagará un servicio o beneficio perinatal cubierto que el doctor del bebé por nacer piensa que es médicamente necesario, usted tiene el derecho de conseguir que otro grupo, aparte del plan de salud, le diga si el doctor o el plan de salud tenía la razón.
  13. Usted tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otros proveedores perinatales pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento, o los de su bebé por nacer. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
  14. Usted tiene el derecho de hacer recomendaciones respecto a las normas de los derechos y responsabilidades de miembros de Community First.

## RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Usted y el plan de salud tienen interés en que su bebé nazca sano. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades.

1. Debes entender sus problemas de salud y trabajar con su proveedor para desarrollar metas acordadas (a la medida de lo posible).
2. Usted tiene que tratar de tener hábitos sanos. Evite el tabaco y siga una dieta saludable.
3. Usted tiene que participar en las decisiones sobre la atención de su bebé por nacer.
4. Si tiene algún desacuerdo con el plan de salud, usted tiene que tratar de resolverlo primero por medio del trámite de quejas del plan de salud.
5. Usted tiene que aprender qué es lo que el plan de salud cubre y no cubre. Lea el Manual del Programa de CHIP Perinatal para entender cómo funcionan las reglas.
6. Usted tiene que tratar de llegar al consultorio del doctor a tiempo. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
7. Usted tiene que denunciar el mal uso de los servicios del Programa de CHIP Perinatal por proveedores de atención médica, otros miembros o planes de salud.
8. Usted tiene que hablar con el proveedor sobre los medicamentos que le recete.

Usted tiene la responsabilidad de proveer información a Community First o sus proveedores (en la medida que sea posible) que se necesite para proveer cuidado.

Si usted cree que la han tratado injustamente o la han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).



**¿Cuándo termina la cobertura bajo CHIP Perinatal?**

Usted y su bebe tienen derecho a beneficios durante 12 meses. Los beneficios comenzaran el mes en que usted se inscriba en CHIP Perinatal. Los beneficios de su recién nacido terminan 12 meses de la fecha en que usted se inscribió.

**¿Me enviara el estado un aviso cuando termine la cobertura de CHIP Perinatal?**

Si. En el décimo mes de cobertura, su recién nacido recibirá un paquete de renovación de CHIP.

**¿Como funciona la renovación?**

Usted tendrá que llenar la solicitud de renovación. Luego la enviara a la dirección donde hacen la inscripción. Si su bebe llena los requisitos, se volverá miembro de CHIP tradicional.

**¿Cuales beneficios recibe mi bebe desde su nacimiento?**

Si su familia está igual o inferior al 185% del Nivel Federal de Pobreza, su recién nacido será trasladado a Medicaid por 12 meses continuos de la cobertura de Medicaid a partir de la fecha de nacimiento. Si su familia está por encima de 185% a 200% del Nivel Federal de Pobreza, su hijo está elegible para recibir los beneficios de CHIP como están explicado en esta manual.

**¿Puedo escoger al Proveedor Primario de mi bebe antes de que nazca?**

Si. Es mejor escoger al proveedor primario de su bebe antes de que nazca.

**¿A quien debo llamar? ¿Qué información necesitan?**

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de CFHP. El personal le ayudará a escoger a un proveedor primario para su bebé. Dígalos la fecha de nacimiento de su bebé, o la fecha en que espera dar a luz. Si no escoge a un proveedor primario para su bebe, nosotros le escogemos uno.

## PARA LOS MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS CHIP PERINATAL, Y DE CHIP PERINATAL



### ¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece CFHP?

Tener bienestar personal significa hacer las cosas en la vida que tendrán un efecto positivo sobre su salud todos los días. Significa trabajar para mantenerse lo más sano posible, para que tenga la mejor vida posible. Sentirse bien tiene tres partes. Estas son la salud física, la salud social y la salud mental. Cuando las tres están equilibradas, usted puede tener una vida más sana. Tener bienestar es una decisión. Usted tiene que dedicar tiempo al saber sobre la buena salud y tomar buenas decisiones. Una vida sana reduce o elimina las cosas que nos ponen en peligro de contraer una enfermedad o tener un padecimiento.

CFHP envía a los Miembros a clases de educación sobre la salud en la comunidad y les da mucha información por escrito. Estas son algunos de los temas disponibles:

- Reanimación cardiopulmonar
- Educación sobre el asma
- Educación sobre la diabetes:
  - ¿Qué es la diabetes?
  - Cómo comer bien si padece diabetes
  - Cómo cuidarse los pies
  - La nutrición
- Peligros de fumar
- Riesgos del humo de segunda mano para los niños
- Los niños y el abuso del alcohol
- Inhalantes, estimulantes y otras drogas
- Prevención de lesiones
- Cómo hacer más segura la casa
- Seguridad de los pasajeros
- Seguridad en la bicicleta
- Seguridad con las armas

### A moverse para tener mejor salud:

Hacer ejercicio ayuda a poner en forma el corazón y el cuerpo. Le ayuda con el peso reduciendo la cantidad de grasa almacenada en el cuerpo. También ayuda a formar huesos fuertes, aumenta su nivel de energía y le ayuda a tonificar los músculos. Las personas que hacen ejercicio tienen mejor imagen de sí mismas. No se sienten tan estresadas o deprimidas como las personas que no hacen ejercicio. También duermen mejor.

### Tenga una rutina de ejercicio:

Seguirá haciendo el ejercicio si se vuelve parte de su día normal. Haga algo sencillo, de 20 a 30 minutos al día, 3 a 5 días por semana. Vea a su proveedor de atención médica antes de empezar. Asegúrese de que esté en condiciones para hacer ejercicio. Pruebe caminar, montar en bicicleta, nadar, bailar o hacer aeróbicos. Para fortalecer los músculos, haga trabajos de jardinería, como deshierbar, sembrar, cortar la cespada o recoger las hojas. Estacione el carro al otro extremo del estacionamiento del almacén o centro comercial. Anime a su hijo a hacer deportes, en la escuela o en un programa comunitario. La limpieza de la casa, como trapear, barrer, aspirar, sacudir y lavar vidrios es buen ejercicio. Tome bastante agua antes y después de hacer ejercicio.



### **La alimentación saludable:**

Comer saludablemente le ayuda a reducir el riesgo de enfermedad cardíaca, diabetes y muchos tipos de cáncer. Le ayuda a alcanzar y mantener un peso corporal sano. Los alimentos que come afectan su nivel de energía. La mejor dieta es una que contiene frutas, verduras, carnes y panes. Coma desayuno. El desayuno es una de las más importantes comidas del día. Coma porciones más pequeñas y evite repetir. Limite las comidas altas en grasa. Coma panes de trigo y cereales a que no han agregado grasas ni azúcar. Limite los postres, los dulces y los alimentos procesados. Pruebe las frutas y verduras frescas y congeladas. Si quiere un bocado, en vez de una chocolatina, o papitas y una gaseosa, coma una fruta, un bagel, pretzels, yogur, trocitos de zanahoria, galletas saladas o palomitas bajas en grasa para microondas. Use sal en moderación. Limite las gaseosas y las bebidas alcohólicas. No pruebe dietas para perder el peso rápidamente. Cambie los hábitos de comer e intente perder solo media libra a una libra cada semana.

### **Salud mental y social:**

Su bienestar social y mental es una parte importante de su salud. Las personas que tienen buena salud mental se sienten satisfechas con sí mismas y pueden enfrentar mejor los retos de un estilo de vida que a veces es agotador. Tome tiempo para descansar y disfrutar de las cosas que le hacen sentir bien. Vaya a cine. Vea un partido de softball. Haga ejercicio. Salga a caminar. Siéntese en su sillón favorito y lea un buen libro. Ore. Sueñe despierto. Compre una grabación y escúchela en un cuarto oscuro y tranquilo. Encuentre un nuevo pasatiempo. Busque la manera menos complicada. Sepa cuándo necesita ayuda y pídale.



## Proceso de Administración de Utilización

La toma de decisiones por parte de la Administración de utilización está basada sólo en la propiedad de cuidado, servicio y en la cobertura existente. Community First Health Plans no concede a los proveedores u otros individuos emitir las denegaciones de la cobertura. La toma de decisiones de la Administración de Utilización no se le concede ningún incentivo financiero para tomar decisiones que tengan como consecuencia la subutilización.

Para tomar decisiones de AU, Community First Health Plans utiliza la recomendación de médico solicitante, criterios y reglamentos reconocidos a nivel nacional, aplicando los criterios en una manera justa, imparcial, de manera consistente que sirve para el mejor interés de nuestros Miembros. Para asegurar que los miembros reciban la atención médica más adecuada, Community First Health Plans revisa su cuidado antes, durante y después haberlo recibido para asegurarse de que esté cubierto, La revisión previa al servicio ocurre antes de que reciba cuidados de salud y la revisión posterior al servicio ocurre antes de pagar el reclamo cuando reciba cuidados de salud que no estaban autorizados por adelantado. En general, el médico solicita autorización previa a Community First Health Plans antes de que usted reciba atención médica; sin embargo, es la responsabilidad del miembro de asegurarse de que están siguiendo las reglas de Community First para tener acceso a cualquier atención médica Si usted está obteniendo atención médica de un proveedor fuera de la red, llame al (210) 358-6070 o al número gratuito 1-800-434-2347 para solicitar a Community First una revisión de su cuidado. Cuidados fuera de la red y que no son aprobados por adelantado por Community First no están cubiertos. Realizamos una revisión de su cuidado mientras está en el hospital y trabajamos con el personal del hospital para ayudar a asegurarse de tener una transición sin problemas a casa o su centro de atención después. Nuestro personal clínico experimentado revisa todas las solicitudes. Las necesidades de miembros que quedan fuera de los criterios estándar son revisadas por nuestro personal médico para la cobertura del plan y necesidad médica. Community First Health Plans aprueba o niega servicios basados en si o no el servicio es médicamente necesario y un beneficio cubierto.

### Cómo obtener información sobre el proceso de AU y Autorización de Cuidado:

El personal de Administración de utilización está disponible para asistirle con cualquier pregunta o preocupaciones que usted puede tener en cuanto al proceso de AU y la autorización de cuidado. Usted puede hablar con un miembro del personal de AU llamando al (210) 358-6300 o al número gratuito 1-800-434-2347 durante las horas normales de trabajo, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Un miembro del personal de AU está disponible en casos de emergencias después de horas de oficina regulares, fines de semana y días festivos llamando a los mismos números de teléfono e informando el servicio de contestación automática de su necesidad de hablar con un empleado AU.



## QUEJAS

---

### **¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién llamo? ¿Puede alguien de CFHP ayudarme a presentar una queja?**

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al 1-800-434-2347 para explicarnos el problema. Un Defensor de Servicios para Miembros de Community First Health Plans puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al 1-800-434-2347. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días.

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

Si no está satisfecho con la respuesta a su queja, puede quejarse ante el Departamento de Seguros de Texas llamando gratis al 1-800-252-3439. Si quiere presentar la queja por escrito, por favor, envíela a:

Texas Department of Insurance  
Consumer Protection  
P.O. Box 149091  
Austin, Texas 78714-9091

Si usted tiene acceso a internet, puede mandar su queja por correo electrónico a <http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html>.

### **¿Cuánto tiempo tardará en tramitarse mi queja?**

Si llama para registrar una queja, le enviaremos una carta dentro de 5 días calendarios de la fecha de su llamada para informarle que recibimos la queja. También adjuntaremos una forma para quejas.

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

Al devolvemos la forma, dentro de 5 días calendarios después de recibirla, le enviaremos una carta para avisarle que la recibimos. Le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días calendarios.

### **Envíe su queja a:**

Servicios para Miembros  
Community First Health Plans  
12238 Silicon Drive, Suite 100  
San Antonio, TX 78249

### **¿Qué hago si no estoy satisfecho con la respuesta a mi queja?**

Si usted no está satisfecho con nuestra respuesta, puede presentar una apelación por escrito. Llame a nuestros Defensores para Miembros.

Si presenta una apelación sobre la queja, le enviaremos una carta dentro de 5 días calendarios de la fecha de recibo de la apelación para avisarle que la recibimos. Programaremos una audiencia con el Panel de Apelaciones.

### **¿Tengo el derecho de reunirme con el Panel de Apelaciones?**

Cinco días calendarios antes de la audición, usted recibirá una carta con información importante sobre su derecho de apelar. Puede comparecer ante el Panel de Apelaciones.

Después de la audiencia ante el Panel de Apelaciones, usted recibirá nuestra respuesta. Le enviaremos una carta dentro de 30 días después de la fecha de recibo de la apelación escrita.

**Puede presentar una queja al TDI en cualquier momento.**

## APELACIONES

---

**¿Qué puedo hacer si el doctor pide un servicio o medicina para mí que está cubierto, pero Community First lo niega o lo limita?**

CFHP puede negar servicios de atención médica o medicinas, si no son médicamente necesarios.

**Un medicamento también se puede negar si:**

- El medicamento no trabaja mas bueno que otros medicinas en la lista de medicamentos preferidos de CFHP
- Si hay otra medicina que es similar que hay que tratar primero de que no ha usado antes

Si no está de acuerdo con la negación, puede pedir por un apelación.

**¿Cómo me avisarán si se niegan los servicios?**

Usted recibirá una carta avisándole de la decisión y una forma de apelación.

**¿Cuándo tengo el derecho de pedir una apelación? ¿Tengo que hacer la petición por escrito? ¿Puede alguien de CFHP ayudarme a presentar la apelación?**

Si no está satisfecho con la decisión, usted puede apelar por teléfono o por correo. Envíe la forma de apelación, o llámenos. Un Defensor de Servicios para Miembros le puede ayudar. Solo llame al 210-358-6300 o gratis al 1-800-434-2347.

**¿Cuáles son los plazos del trámite de apelación?**

Le enviaremos una carta dentro de 5 días para avisarle que recibimos la apelación. Le enviaremos nuestra decisión por correo dentro de 30 días calendarios.

**¿Qué pasa si los servicios que necesito son para tratar una emergencia o estoy en el hospital?**

Si es una emergencia o está en el hospital, usted puede pedir una apelación acelerada.

**¿Qué es una apelación acelerada?**

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

**¿Cuáles son los plazos de una apelación acelerada?**

Si tenemos toda la información necesaria, contestaremos dentro de un día hábil.

**¿Cómo se pide una apelación acelerada? ¿Quién me puede ayudar a presentar una apelación? ¿Tengo que hacer la petición por escrito?**

Llámenos. Nuestros Representates de Servicios para Miembros le pueden ayudar. Su petición no tiene que ser por escrito.

**¿Qué pasa si CFHP niega la petición de una apelación acelerada?**

Le avisaremos. Su solicitud será transferida al trámite normal de apelación y le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días calendarios. Si no está de acuerdo con la negación, puede pedir por un apelación.



## ORGANIZACIÓN INDEPENDIENTE DE REVISIÓN (IRO)

---

### ¿Qué es una Organización Independiente de Revisión (IRO)?

Es un grupo de doctores, que no son empleados de CFHP. Un especialista estudiará su apelación y tomará una decisión final.

### ¿Cómo pido una revisión de una IRO?

Llámenos para pedir la revisión de una IRO. También puede pedirla por escrito.

### ¿Cuáles son los plazos de este trámite?

Le enviaremos la decisión final dentro de 15 días calendarios de la fecha en que recibimos su petición de la revisión ante una IRO.

### ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con la decisión definitiva?

Si aún no está satisfecho, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas (TDI). Comuníquese con el TDI en:

Texas Department of Insurance  
P.O. Box 149104  
Austin, TX 78714-9104  
1-800-252-3439

## NUEVA TECNOLOGÍA MÉDICA

---

El Director Médico de Community First y los proveedores participantes revisan y evalúan los nuevos avances médicos en la tecnología (o la nueva aplicación de la tecnología existente). Esto se hace para procedimientos médicos, procedimientos de salud mental, administración de farmacias y dispositivos de forma individual para determinar si son apropiados para los beneficios cubiertos. Aprobación de gobierno y literatura científica son revisados para determinar si el tratamiento es seguro y eficaz. El nuevo avance médico o tratamiento (o nueva aplicación de la tecnología existente) debe proporcionar iguales o mejores resultados que los beneficios cubiertos existentes o para que pueda ser considerado para la cobertura de la terapia.

Para obtener más información acerca de cómo Community First revisa sobre nueva tecnología médica, por favor llámenos. Puede comunicarse con nosotros al (210) 358-6300 o al número gratuito al 1-800-434-2347.

### ¿Cómo denuncio a una persona que está usando indebidamente o abusando del programa o de los servicios?

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

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

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de CHIP.
- Está usando la tarjeta de identificación de CHIP de otra persona.
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.
- Para denunciar malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:
- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/> y haga clic en “Denuncie el malgasto, fraude o abuso” para llenar una forma en Internet; O
- Denúncielo directamente al plan de salud:

Community First Health Plans  
12238 Silicon Drive, Suite 100  
San Antonio, TX 78249  
1-800-343-2347

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

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

Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

# **COMMUNITY FIRST**

## **HEALTH PLANS**

12238 Silicon Drive, Ste. 100 • San Antonio, TX 78249

[www.cfhp.com](http://www.cfhp.com)

Servicios para Miembros: 1-800-434-2347