COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

CHIP | TEXAS Health and Human Services

Actualizado septiembre 2025

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP/CHIP PERINATAL

SERVICIOS PARA MIEMBROS 210-358-6300

NÚMERO GRATUITO 1-800-434-2347

Atascosa • Bandera • Bexar • Comal • Guadalupe • Kendall • Medina • Wilson

Community First Health Plans es un miembro orgulloso de la familia University Health.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP/CHIP PERINATAL

Community First Health Plans cubre a Miembros en los condados de
Atascosa, Bandera, Bexar, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Wilson.

SERVICIOS PARA MIEMBROS DE CHIP/CHIP PERINATAL
Local 210-227-2347| Número gratuito 1-800-434-2347

TEXAS Health and Human Services | CHIP

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN **1**

CÓMO LEER ESTE MANUAL **1**
SÍMBOLOS 2

SECCIÓN I CHIP / CHIP PERINATAL / CHIP PERINATAL DE RECIÉN NACIDOS **3**

SERVICIOS PARA MIEMBROS **4**
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y USO DE SUSTANCIAS 4
LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA 4
VISIÓN 5
DENTAL 5
MEDICAMENTOS RECETADOS 5
OTROS NÚMEROS ÚTILES 5
SITIO WEB DE COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS 5
UBICACIONES DE COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS 6

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBRO **6**
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE COMMUNITY FIRST - CHIP 6
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE COMMUNITY FIRST - CHIP PERINATAL 7
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE COMMUNITY FIRST - CHIP PERINATAL DE RECIÉN NACIDO 8

MÉDICAMENTE NECESARIO **8**

SEGURO MÉDICO Y VIAJES **9**

ESPECIALISTAS Y DERIVACIONES **10**

ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS **11**

PROGRAMAS DE SALUD Y BIENESTAR **12**

INTÉRPRETES **13**

PROCESO DE QUEJAS **13**

PROCESO DE APELACIÓN **14**

PROCESO DE APELACIÓN ACELERADA **15**

PROCESO DE ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE **16**

DESPERDICIO, ABUSO Y FRAUDE **16**
DENUNCIE EL DESPERDICIO, EL ABUSO O EL FRAUDE DE CHIP 16

CAMBIAR DE PLAN DE SALUD **17**
CAMBIO DE PLANES DE SALUD PARA MIEMBROS DE CHIP 17
CAMBIO DE PLANES DE SALUD PARA MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL Y MIEMBROS DE CHIP PERINATAL 18

CAMBIO DE DOMICILIO **19**

SECCIÓN II CHIP / CHIP PERINATAL DE RECIÉN NACIDOS 21

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) 22
ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA 22
CAMBIAR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA O EL DE SU HIJO 23
HACER UNA CITA 24
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CHEQUEO DE COMMUNITY FIRST 25

TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA 25
ATENCIÓN MEDICA DE RUTINA 25
ATENCIÓN MÉDICA URGENTE 26
ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA 26
ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA 27

SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER 28
ATENCIÓN DE OBSTETRICIA / GINECOLOGÍA 28
ATENCIÓN MÉDICA MOVIL PARA MUJERES 28

CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO 29

COSTOS COMPARTIDOS 29

FACTURACIÓN A LOS MIEMBROS 30
COPAGOS 30

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO CHIP 32

BENEFICIOS DEL PLAN CHIP 38

BENEFICIOS DEL PLAN CHIP PERINATAL DE RECIÉN NACIDO 54

FACTURACIÓN A LOS MIEMBROS 54

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA NO CUBIERTOS 62

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS 64

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA 64
FARMACIAS DE LA RED 65
ENTREGA DE MEDICAMENTOS 65
MEDICAMENTOS SIN RECETA 65
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS 65

SERVICIOS DE LA VISIÓN 66

SERVICIOS DENTALES 66
SERVICIOS DENTALES DE EMERGENCI**A 66**
SERVICIOS DENTALES DE RUTINA 66

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA INFANCIA 67

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS 67
DERECHOS DE LOS MIEMBROS 67
RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO 69

SECCIÓN III CHIP PERINATAL 71

PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PERINATAL 72
PROVEEDORES PERINATALES 72
ELEGIR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA SU BEBÉ 72

TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA 73
CUIDADO MÉDICO DE RUTINA 73
ATENCIÓN MÉDICA URGENTE 73
ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA 74

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP PERINATAL 75

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA NO CUBIERTOS 85

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO CHIP PERINATE 87

ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO 91
PROGRAMA DE MATERNIDAD EXPECTATIVAS SALUDABLES 91

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA 91
FARMACIAS DE LA RED 92
ENTREGA DE MEDICAMENTOS 92
MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE 92

INSCRIPCIÓN SIMULTÁNEA 93

RENOVACIÓN DE COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA 93

FACTURACIÓN A LOS MIEMBROS 93

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS 94
DERECHOS DE LOS MIEMBROS 94
RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO 95

INTRODUCCIÓN

¡Bienvenido a Community First Health Plans! Estamos muy contentos de que nos haya elegido para sus necesidades de atención médica. Community First Health Plans fue creado teniendo en mente salud de nuestra comunidad local. Creemos que todos deben tener acceso a una atención médica de calidad y nos sentimos honrados de que haya depositado su confianza en nuestras manos.

Como el único plan de atención médica local sin fines de lucro en nuestra área que ofrece los programas CHIP y CHIP Perinatal, entendemos las necesidades de atención médica únicas de nuestra comunidad. ¡Estamos orgullosos de ser su vecino! Estamos realmente comprometidos con la salud de nuestros Miembros y podemos ayudarlo a acceder a los servicios de atención médica que necesita, incluidos médicos, hospitales y recursos comunitarios.

Lea este Manual para Miembros para obtener información sobre los beneficios de su plan de salud y lo que cubre su plan.

¿Qué sucede si necesito ayuda para comprender o leer el Manual para Miembros? Si necesita ayuda para comprender o leer este manual, nuestros representantes de Servicios para Miembros pueden ayudarlo en inglés y en español. También puede obtener este manual en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Le enviaremos una copia sin cargo dentro de los cinco días hábiles posteriores a su solicitud y actualizaremos su registro personal con su idioma o formato preferido. En el futuro, cuando llame a Servicios para Miembros, verificaremos esta información. Puede solicitarnos que lo actualicemos en cualquier momento.

Si prefiere este manual en un formato alternativo o desea una copia impresa, comuníquese con Servicios para Miembros a uno de los números gratuitos que se enumeran a continuación.

CÓMO LEER ESTE MANUAL

Este Manual para Miembros se ha dividido en tres secciones para que pueda encontrar fácilmente la información que se aplica a su plan de salud o al de su hijo.

SECCIÓN I: CHIP / CHIP Perinatal / CHIP Perinatal de recién nacidos: La Sección I contiene información que se aplica a CHIP, CHIP Perinatal (mujeres embarazadas y sus bebés por nacer) y Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal. Consulte la Sección I para revisar la información general sobre cualquiera de los tres planes de salud enumerados anteriormente, incluidos números de teléfono importantes, información sobre su tarjeta de Identificación de Miembro y programas de salud y bienestar disponibles para usted sin costo.

SECCIÓN II: CHIP / CHIP Perinatal de recién nacidos: La Sección II contiene información que se aplica únicamente a los Miembros recién nacidos de CHIP y CHIP Perinatal. Consulte la Sección II si usted o su hijo es Miembro de CHIP o CHIP Perinatal de recién nacidos y tiene preguntas específicas sobre su plan de salud o el de su hijo, incluido lo que está y no está cubierto por Community First.

SECCIÓN III: CHIP Perinatal: La Sección III contiene información específica para los Miembros de CHIP Perinatal (mujeres embarazadas y sus hijos por nacer). Consulte esta sección si es Miembro de CHIP Perinatal y tiene preguntas específicas sobre su plan de salud, incluido lo que Community First cubre y lo que no.

SÍMBOLOS

También verá símbolos utilizados en este Manual para Miembros para ayudarlo a identificar a qué programa se aplica la información que está leyendo. **Los símbolos solo se utilizan en casos especiales.** Si no ve un símbolo, consulte la descripción de la sección que está leyendo (Sección I: CHIP / CHIP Perinatal de recién nacidos / CHIP Perinatal; Sección II: CHIP / CHIP Perinatal de recién nacidos; o Sección III: CHIP Perinatal) para comprender a qué planes se aplica la información.

La información se aplica únicamente a los Miembros de CHIP.

La información se aplica únicamente a los Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal.

La información se aplica a CHIP Perinatal (mujeres embarazadas y sus bebés por nacer) únicamente.

Si ve más de un símbolo agrupado, significa que la información que está leyendo se aplica a más de un programa.

Ejemplo: = Programas CHIP y CHIP Perinatal de Recién Nacido.

SECCIÓN I

CHIP / CHIP PERINATAL / CHIP PERINATAL DE RECIÉN NACIDOS

Las referencias a "usted", "mi" y "yo" se aplican si usted es Miembro de CHIP.
Las referencias a "mi hijo" se aplican si su hijo es un Miembro de CHIP o un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal.

SERVICIOS PARA MIEMBROS

Servicios para Miembros puede responder sus preguntas, incluido cómo acceder a todos los servicios cubiertos por su plan de atención médica y qué hacer en caso de emergencia o crisis. Nuestros Representantes de Servicios para Miembros también pueden ayudarlo a seleccionar o cambiar su proveedor de atención primaria (PCP) o proveedor perinatal, acceder a servicios que no requieren una derivación, enviarle una nueva tarjeta de Identificación de Miembro y ayudar a resolver cualquier problema o queja.

LLAME AL	1-800-434-2347, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (CST) (excepto los días festivos aprobados por el estado) Servicio de mensajes disponible los fines de semana y festivos. Esta llamada es gratuita. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés. Para servicios de emergencia, marque el 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.
TTY	711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y USO DE SUSTANCIAS

Llame al número gratuito para hablar con alguien si usted o su hijo necesitan ayuda de inmediato. No necesita una derivación para servicios de salud mental o abuso de sustancias. Para una emergencia de salud conductual, llame o envíe un mensaje de texto al 988 para comunicarse con la línea de vida contra el suicidio y la crisis o vaya a la sala de emergencias más cercana.

LLAME AL	1-877-221-2226, las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

LÍNEA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA

Community First tiene una Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para ayudarle a obtener la atención que necesita.

LLAME AL	1-800-434-2347, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

VISIÓN

Envolve brinda servicios de cuidado de la vista de rutina a nuestros Miembros recién nacidos de CHIP y CHIP Perinatal. Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar un Proveedor de la vista de la red cerca de usted.

LLAME AL	1-800-434-2347 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita.

DENTAL

Llame a su plan dental o al de su hijo para obtener información sobre los servicios dentales preventivos, incluidas las limpiezas de rutina.

LLAME AL	**DentaQuest** 1-800-508-6775 **MCNA Dental** 1-855-691-6262 **United Healthcare Dental** 1-877-901-7321

MEDICAMENTOS RECETADOS

El socio de Community First para los beneficios de farmacia es Navitus. Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de Identificación de Miembro de beneficios de farmacia o llame a Servicios para Miembros de Community First para obtener información sobre sus beneficios de medicamentos recetados.

LLAME AL	1-800-434-2347 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Esta llamada es gratuita.

OTROS NÚMEROS ÚTILES

Línea de ayuda de programas de CHIP / CHIP Perinatal	1-800-647-6558

Para servicios de emergencia, marque 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

SITIO WEB DE COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

Puede acceder a la información y los recursos del plan en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana en nuestro sitio web en CommunityFirstMedicaid.com, que incluye:

- Portal seguro para Miembros
- Recursos y formularios para Miembros
- Calendario de eventos
- Suscripción al boletín electrónico para Miembros
- Servicios de valor agregado disponibles para usted o su hijo
- Blog con información sobre diferentes temas de salud
- Directorio de Proveedores y Farmacias

UBICACIONES DE COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

Community First Health Plans tiene dos ubicaciones para brindarle servicios:

Oficina corporativa
Community First Health Plans
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

Oficina comunitaria en Avenida Guadalupe
Community First Health Plans
1410 Guadalupe Street, Suite 222
San Antonio, TX 78207

HORARIO DE OFICINA

8:30 a.m. a 5:00 p.m.
de lunes a viernes, excepto los días festivos aprobados por el estado.
Visite nuestro sitio web en CommunityFirstMedicaid.com.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE MIEMBRO

Cuando se inscriba para convertirse en Miembro de Community First Health Plans, recibirá una tarjeta de Identificación de Miembro de Community First. Si no recibe una tarjeta, llame a Servicios para Miembros.

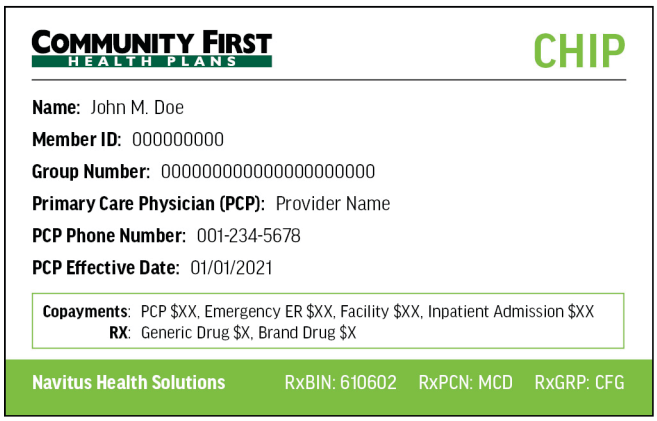
¿Cómo uso mi tarjeta de Identificación de Miembro?
Lleve consigo su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First o la de su hijo en todo momento. Muestre esta tarjeta a su médico para que sepa que está cubierto por un programa de Medicaid.

¿Qué pasa si pierdo o me roban mi tarjeta?
Si pierde o le roban su tarjeta o la de su hijo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 y solicite una nueva. También puede iniciar sesión en nuestro Portal para Miembros seguro en CommunityFirstMedicaid.com para imprimir una tarjeta de Identificación Temporal y/o solicitar una nueva.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE COMMUNITY FIRST - CHIP

La siguiente información se puede encontrar en su tarjeta de Identificación de Miembro de CHIP o la de su hijo:

- Su nombre o el de su hijo.
- Número de Identificación de Miembro.
- Fecha de vigencia (fecha de inicio de la cobertura de su plan de atención médica).
- El nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria (PCP) de usted o de su hijo.
- Información sobre copagos y costos compartidos.
- Qué hacer en caso de emergencia.
- Cómo comunicarse con Servicios para Miembros.
- Cómo obtener ayuda en español u otro idioma.


COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

CHIP

Name: John M. Doe

Member ID: 000000000

Group Number: 00000000000000000000

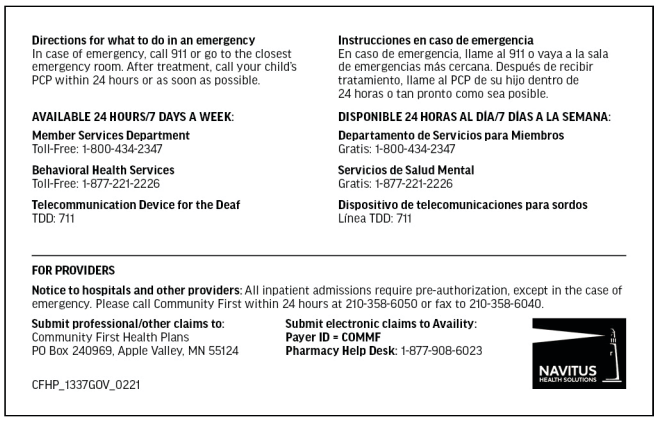
Primary Care Physician (PCP): Provider Name

PCP Phone Number: 001-234-5678

PCP Effective Date: 01/01/2021

Copayments: PCP $XX, Emergency ER $XX, Facility $XX, Inpatient Admission $XX
RX: Generic Drug $X, Brand Drug $X

Navitus Health Solutions RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: CFG


Directions for what to do in an emergency
In case of 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 de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

AVAILABLE 24 HOURS/7 DAYS A WEEK:

Member Services Department
Toll-Free: 1-800-434-2347

Behavioral Health Services
Toll-Free: 1-877-221-2226

Telecommunication Device for the Deaf
TDD: 711

DISPONIBLE 24 HORAS AL DÍA/7 DÍAS A LA SEMANA:

Departamento de Servicios para Miembros
Gratis: 1-800-434-2347

Servicios de Salud Mental
Gratis: 1-877-221-2226

Dispositivo de telecomunicaciones para sordos
Línea TDD: 711

FOR PROVIDERS

Notice to hospitals and other providers: All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call Community First within 24 hours at 210-358-6050 or fax to 210-358-6040.

Submit professional/other claims to:
Community First Health Plans
PO Box 240969, Apple Valley, MN 55124

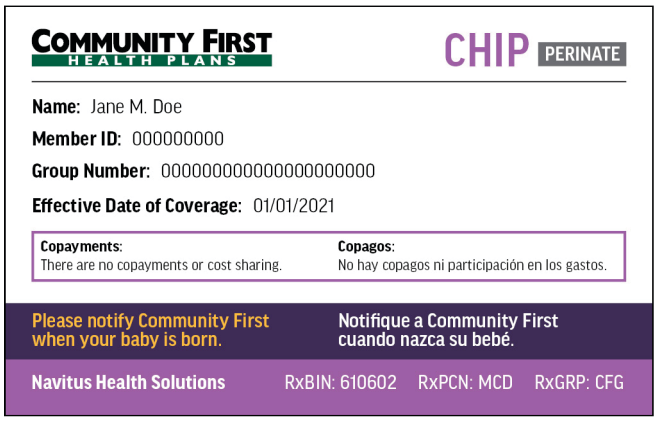
Submit electronic claims to Availity:
Payer ID = COMMF
Pharmacy Help Desk: 1-877-908-6023

CFHP_1337GOV_0221

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE COMMUNITY FIRST - CHIP PERINATAL

La siguiente información se puede encontrar en su tarjeta de Identificación de Miembro de CHIP Perinatal:

- Su nombre.
  - Si bien el Miembro de CHIP Perinatal es su hijo por nacer, para los fines de la tarjeta de Identificación de Miembro, se debe usar su nombre y número de identificación. En el momento del nacimiento, el Miembro recién nacido de CHIP Perinatal (anteriormente Miembro de CHIP Perinatal) recibirá su propia tarjeta de identificación y número de identificación.
- Número de Identificación de Miembro.
- Fecha de vigencia (fecha de inicio de la cobertura de su plan de atención médica).
- Información sobre copagos y costos compartidos (no se requieren copagos para los Miembros de CHIP Perinatal).
- Qué hacer en caso de emergencia.
- Cómo comunicarse con Servicios para Miembros.
- Cómo obtener ayuda en español u otro idioma.


COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

CHIP PERINATE

Name: Jane M. Doe

Member ID: 000000000

Group Number: 00000000000000000000

Effective Date of Coverage: 01/01/2021

Copayments:
There are no copayments or cost sharing.

Copagos:
No hay copagos ni participación en los gastos.

Please notify Community First when your baby is born.

Notifique a Community First cuando nazca su bebé.

Navitus Health Solutions RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: CFG

Directions for what to do in an emergency
In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room.

Instrucciones en caso de emergencia
En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

AVAILABLE 24 HOURS/7 DAYS A WEEK:

Member Services Department
Toll-Free: 1-800-434-2347

Behavioral Health Services
Toll-Free: 1-877-221-2226

Telecommunication Device for the Deaf
TDD: 711

DISPONIBLE 24 HORAS AL DÍA/7 DÍAS A LA SEMANA:

Departamento de Servicios para Miembros
Gratis: 1-800-434-2347

Servicios de Salud Mental
Gratis: 1-877-221-2226

Dispositivo de telecomunicaciones para sordos
Línea TDD: 711

FOR PROVIDERS

Notice to hospitals and other providers: All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call Community First within 24 hours at 210-358-6050 or fax to 210-358-6040.

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

Submit professional/other claims to:
Community First Health Plans
PO Box 240969, Apple Valley, MN 55124

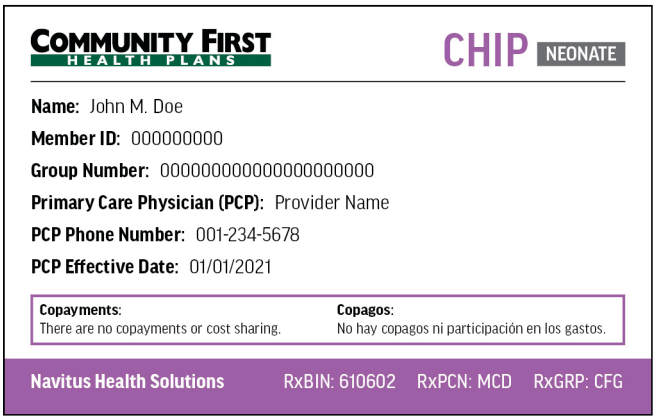
Submit electronic claims to Availity:
Payer ID = COMMF
Pharmacy Help Desk: 1-877-908-6023

CFHP_1338GOV_0221

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE COMMUNITY FIRST - CHIP PERINATAL DE RECIÉN NACIDO

La siguiente información se puede encontrar en su tarjeta de Identificación de Miembro de CHIP Perinatal de recién nacido.

- El nombre del Miembro.
- Número de Identificación de Miembro.
- Fecha de vigencia (fecha de inicio de la cobertura de su plan de atención médica).
- El nombre y el número de teléfono del proveedor de atención primaria (PCP) de su hijo/a.
- Información sobre copagos y costos compartidos (no se requieren copagos para los Miembros CHIP Perinatal de recién nacido).
- Qué hacer en caso de emergencia.
- Cómo comunicarse con Servicios para Miembros.
- Cómo obtener ayuda en español u otro idioma.


COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

CHIP NEONATE

Name: John M. Doe
Member ID: 000000000
Group Number: 00000000000000000000
Primary Care Physician (PCP): Provider Name
PCP Phone Number: 001-234-5678
PCP Effective Date: 01/01/2021

Copayments: There are no copayments or cost sharing.
Copagos: No hay copagos ni participación en los gastos.

Navitus Health Solutions RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: CFG

Directions for what to do in an emergency
In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room.

AVAILABLE 24 HOURS/7 DAYS A WEEK:

Member Services Department
Toll-Free: 1-800-434-2347

Behavioral Health Services
Toll-Free: 1-877-221-2226

Telecommunication Device for the Deaf
TDD: 711

Instrucciones en caso de emergencia
En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

DISPONIBLE 24 HORAS AL DÍA/7 DÍAS A LA SEMANA:

Departamento de Servicios para Miembros
Gratis: 1-800-434-2347

Servicios de Salud Mental
Gratis: 1-877-221-2226

Dispositivo de telecomunicaciones para sordos
Línea TDD: 711

FOR PROVIDERS

Notice to hospitals and other providers: All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call Community First within 24 hours at 210-358-6050 or fax to 210-358-6040.

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

Submit professional/other claims to:
Community First Health Plans
PO Box 240969, Apple Valley, MN 55124

CFHP_1338GOV_0221

Submit electronic claims to Availity:
Payer ID = COMMF
Pharmacy Help Desk: 1-877-908-6023

NAVITUS HEALTH SOLUTIONS

MÉDICAMENTE NECESARIO

¿Qué significa médicamente necesario?
Los servicios cubiertos para Miembros de CHIP, Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal y Miembros de CHIP Perinatal tienen que ajustarse a la definición de "médicamente necesario" de CHIP. **Un Miembro de CHIP Perinatal es un niño por nacer.**

Médicamente 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, causan deformidades físicas o limitación de alguna función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, 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 pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
d) son consecuentes con el diagnóstico del Miembro;
e) son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficacia;
f) no son experimentales ni de estudio; y
g) no son principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor; y

2. Servicios de salud mental y abuso de sustancias que:
a) son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
b) cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental;
c) se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo donde se puedan brindar los servicios sin ningún riesgo;
d) se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
e) no se pueden negar sin verse afectada negativamente la salud mental o física del Miembro o la calidad de la atención prestada;
f) no son experimentales ni de estudio; y
g) no son principalmente para la conveniencia del Miembro o proveedor.

SEGURO MÉDICO Y VIAJES

¿Qué hago si mi hijo o yo nos enfermamos cuando estamos fuera de la ciudad o de viaje?
Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al 1-800-434-2347 y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

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

¿Qué pasa si yo o mi hijo estamos fuera del estado?
Cubrimos verdaderas emergencias en cualquier lugar de Estados Unidos.

¿Qué hago si mi hijo o yo fuera del país?
CHIP no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

ESPECIALISTAS Y DERIVACIONES

¿Qué sucede si necesito o mi hijo necesita ver a un médico especial (especialista)?
Su proveedor de atención primaria lo enviará a ver a un especialista si necesita más atención o servicios diferentes.

¿Qué es una derivación?
Una derivación es una orden escrita de su proveedor de atención primaria o proveedor perinatal para ver a un especialista u obtener ciertos servicios médicos. Su proveedor de atención primaria o proveedor perinatal puede ayudarlo a programar una cita. Si necesita ayuda adicional, llame a Servicios para Miembros.

¿Qué servicios no necesitan una derivación?

- Servicios de salud conductual
- Servicios de obstetricia/ginecología
- Exámenes de la vista de un optometrista
- Servicios de planificación familiar

Llame a Community First si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red o para programar una cita para cualquiera de los servicios enumerados anteriormente.

¿Qué tan pronto puedo esperar mi hijo o yo ser atendido por un Especialista?
Usted o su hijo deben ser atendidos en dos semanas. Si tiene un problema urgente, el especialista debe atenderlo en un plazo de 24 horas. Si no puede obtener una cita dentro de estos plazos, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

¿Puedo obtener una segunda opinión?
Siempre puede obtener una segunda opinión. El segundo médico debe estar en nuestra red. Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar otro médico.

¿Cómo obtengo ayuda si tengo o mi hijo tiene problemas de salud conductual (mental) o de fármacos?
Llame a la Línea Directa de Salud Conductual de Community First al 1-877-221-2226 si usted o su hijo tienen un problema urgente. Puede pedir ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Community First Health Plans se ha asociado con Charlie Health para ofrecer a los Miembros de 11 a 33 años servicios virtuales de salud mental que incluyen terapia individual, grupal y familiar. Para obtener más información sobre Charlie Health u obtener estos servicios, llame al 1-866-935-3297 o visite CharlieHealth.com.

¿Necesito una derivación para servicios de salud conductual o abuso de sustancias?
No necesita una derivación para servicios de salud mental o abuso de sustancias. Si tiene un problema debido a una enfermedad mental, alcohol o fármacos, llámenos. Puede pedir ayuda las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un Representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a encontrar profesionales cerca de usted.

ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS

¿A quién debo llamar si mi hijo tiene necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude?

Community First ofrece servicios de Administración de Cuidados a los Miembros con necesidades especiales de atención médica. A continuación, se muestran algunos ejemplos de necesidades especiales con las que la Administración de Cuidados puede ayudar:

- Embarazo de Alto Riesgo
- Cuidados neonatales
- Trasplante de órganos
- Oncología
- Intervención en urgencias
- Enfermedad grave
- Salud conductual o abuso de sustancias

Si usted o su hijo tienen necesidades especiales de atención médica y necesitan ayuda para coordinar el cuidado, comuníquese con Servicios para Miembros. También puede obtener más información sobre la Administración de Cuidados en nuestro sitio web.

PROGRAMAS DE SALUD Y BIENESTAR

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece Community First Health Plans?
Los Miembros de Community First tienen acceso a programas educativos de salud y bienestar sin costo adicional. Nuestros programas de salud y bienestar pueden brindarle la información, el apoyo y los recursos que necesita para controlar su condición y llevar una vida plena y saludable.

- **Diabetes en Control: Programa de Manejo de la Diabetes** - los Miembros participantes recibirán información continua sobre temas como el control del azúcar en sangre; consejos para hablar con su médico; exámenes de rutina de diabetes; su papel en la comprensión de la diabetes y la prevención de complicaciones; pruebas y suministros de azúcar en la sangre; y qué hacer cuando está enfermo.
- **Asma Importa: Programa de Manejo del Asma** - los Miembros participantes recibirán información continua para ayudarle a comprender las causas o los desencadenantes de su asma; cómo trabajar hacia una función pulmonar normal o casi normal; cómo participar de forma segura en la actividad física sin tener síntomas de asma; consejos para disminuir la frecuencia y severidad de los brotes; cómo tener un sueño más beneficioso; y aumentar su calidad de vida.
- **Expectativas Saludables: Programa de Maternidad** - los Miembros participantes recibirán información continua sobre la salud prenatal; un baby shower con regalos; visitas domiciliarias para embarazos de alto riesgo; información sobre cómo cuidar a su bebé después de que nazca; y más.
- **Vida Saludable: Programa de Manejo del Estilo de Vida** - Los Miembros participantes recibirán información continua y apropiada para su edad sobre el manejo del estrés; dejar de fumar; ejercicio; un estilo de vida saludable para el corazón; y una lista de recursos comunitarios que ofrecen clases de nutrición, dejar de fumar y ejercicios.
- **Corazón Sano: Programa de Manejo de la Presión Arterial** - los Miembros participantes recibirán educación continua y apropiada para su edad sobre la presión arterial alta; uso apropiado de medicamentos; ejercicio y enfermedad renal. También se les proporciona a los Miembros una lista de recursos comunitarios que ofrecen programas de presión arterial, nutrición y acondicionamiento físico.

- **Mente Sana: Programa de Manejo de la Salud Conductual** - los Miembros participantes recibirán orientación para ayudar a determinar el tipo de asistencia de salud conductual necesaria e información para ayudarlo a elegir un consejero o médico profesional u otros servicios de salud mental, incluidos los servicios de asesoramiento para pacientes ambulatorios; consejería individual, familiar y grupal y tratamientos alternativos.

Su médico puede recomendarle a usted o a su hijo participar en uno de los programas de salud y bienestar de Community First. Sin embargo, no se necesita una derivación.

Si está interesado en participar o desea obtener más información, visite CommunityFirstHealthPlans.com/Health-and-Wellness-Programs y realice nuestra evaluación de salud en línea, llame al 210-358-6055 o envíe un correo electrónico a healthyhelp@cfhp.com.

INTÉRPRETES

¿Puede alguien servirme de intérprete cuando hablo con mi médico o el médico de mi hijo o con mi proveedor perinatal?
Sí. Servicios para Miembros puede proporcionar servicios de interpretación.

¿A quién llamo para pedir un intérprete? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?
Llame a Servicios para Miembros al menos 24 horas antes de su visita médica al 1-800-434-2347. Se pueden programar intérpretes para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esto incluye festivos y fines de semana.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio de un Proveedor?
Llame a Servicios para Miembros y programaremos un intérprete para que lo ayude durante su visita.

PROCESO DE QUEJAS

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién le llamo?
Le queremos ayudar. Si tiene una queja, llámenos sin costo al 1-800-434-2347 para informarnos sobre su problema.

¿Alguien de Community First puede ayudarme a presentar una queja?
Un Representante de Servicios para Miembros de Community First puede ayudarlo a presentar una queja. Simplemente llame al 1-800-434-2347. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o, como máximo, en unos pocos días. Community First no puede tomar ninguna acción en su contra como resultado de la presentación de una queja.

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?
Puede presentar una queja ante Community First en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?
Si presenta una queja por escrito, le enviaremos una carta reconociendo que hemos recibido su queja en un plazo de cinco días. Luego, le enviaremos por correo nuestra decisión dentro de los 30 días.

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?
Si no está satisfecho con la respuesta a su queja, también puede presentar una queja al Departamento de Seguros de Texas llamando al número gratuito 1-800-252-3439. Si desea realizar su solicitud por escrito, envíela a:

Departamento de Seguros de Texas
Protección al Consumidor
PO Box 149091
Austin, TX 78714-9091

Si puede acceder a Internet, puede enviar su queja por correo electrónico a HHS.Texas.gov/Managed-Care-Help.

Puede presentar una queja ante TDI en cualquier momento.

También puede presentar una apelación de queja por escrito ante Community First comunicándose con Servicios para Miembros. Si presenta una apelación de reclamo, le enviaremos una carta dentro de los cinco días calendario a partir de la fecha en que recibamos su formulario. Luego, programaremos una audiencia del Panel de Apelaciones.

¿Tengo derecho a reunirme con el panel de apelación de quejas?
Cinco días calendario antes de la audiencia, recibirá una carta con información importante sobre sus derechos de apelación. Puede comparecer ante el panel de apelaciones.

Después de la audiencia del Panel de Apelaciones, le enviaremos nuestra respuesta. Le enviaremos la carta por correo dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación por escrito.

PROCESO DE APELACIÓN

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí o mi hijo que está cubierto, pero Community First Health Plans lo niega o lo limita?
Community First puede negar un servicio de atención médica o un medicamento si no es médicamente necesario. También se puede negar un medicamento:

- Si el medicamento no funciona mejor que otros medicamentos de la lista de medicamentos preferidos de Community First.
- Si hay otro medicamento similar que debe probar primero que no haya usado antes.

Si no está de acuerdo con la denegación, puede solicitar una apelación.

¿Cómo sabré si se niegan los servicios?
Recibirá una carta que le informará si se le ha denegado un servicio o medicamento. También recibirá un formulario de apelación.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?
Puede apelar si no está satisfecho con la decisión. También puede solicitar una apelación si Community First rechazó el pago de los servicios en su totalidad o en parte.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?
Debe solicitar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha de su notificación de la denegación, reducción o suspensión de servicios previamente autorizados. Tiene derecho a solicitar una extensión de hasta 14 días si desea proporcionar más información en su apelación.

Se le enviará una carta en un plazo de cinco días para informarle que hemos recibido su apelación. Le enviaremos por correo nuestra decisión dentro de los 30 días.

Si Community First necesita más información, podríamos solicitar una extensión de hasta 14 días calendario. Si necesitamos una extensión, lo llamaremos lo antes posible para explicarle que se necesita más información y que la demora es en su interés (el del Miembro). También le enviaremos una notificación por escrito del motivo de la demora.

Community First resolverá su apelación lo antes posible según su estado de salud y no más tarde de la extensión de 14 días. Si no está satisfecho con la demora, puede presentar una queja llamando a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

¿Cómo presento una apelación? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?
Puede proporcionar información sobre la apelación por teléfono, por escrito o en persona.

Si desea que alguien presente una apelación en su nombre, puede nombrar a un representante por escrito enviando una carta con su nombre a Community First. Un médico u otro Proveedor médico puede ser su representante.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

¿Puede alguien de Community First ayudarme a presentar una apelación?
Sí, un Representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar una apelación.

PROCESO DE 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.

¿Cómo solicito una apelación acelerada y quién puede ayudarme a presentar una?
Un Representante de Servicios para Miembros de Community First puede ayudarlo a presentar una apelación acelerada. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 para obtener ayuda.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?
Si tenemos toda la información que necesitamos, tendremos una respuesta dentro de 1 a 3 días después de recibir su apelación acelerada.

¿Mi solicitud de apelación acelerada tiene que ser por escrito?
Puede solicitar una apelación acelerada por teléfono, en persona o por escrito. También tiene derecho a solicitar una extensión de hasta 14 días si desea brindar información adicional para respaldar su apelación acelerada.

¿Qué sucede si Community First rechaza mi solicitud de apelación acelerada?
Le notificaremos si denegamos su solicitud de apelación acelerada. Su solicitud se trasladará al proceso de apelación normal y le notificaremos el cambio por correo dentro de dos días calendario.

PROCESO DE ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE

¿Qué es una organización de revisión independiente?
Una organización de revisión independiente es un grupo de médicos que no son empleados de Community First. Un especialista revisará su apelación y tomará una decisión final.

¿Cómo solicito una revisión por parte de una Organización de revisión independiente?
Llámenos para solicitar una revisión por parte de una organización de revisión independiente. También puede solicitar una revisión por escrito.

¿Cuáles son los plazos para este proceso?
Le enviaremos por correo la decisión final en un plazo de 15 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de una organización de revisión independiente.

DESPERDICIO, ABUSO Y FRAUDE

DENUNCIE EL DESPERDICIO, EL ABUSO O EL FRAUDE DE CHIP

¿Cómo denuncio a alguien que está haciendo un mal uso o abuso del programa o los servicios de CHIP?
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 Medicaid de otra persona.
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

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

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite OIG.HHS.Texas.gov y oprima el cuadro moreno "Report Fraud" para llenar una forma en línea; o
- Denúncielo directamente al plan de salud:

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

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; y
  - 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; y
  - Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

CAMBIAR DE PLAN DE SALUD

CAMBIO DE PLANES DE SALUD 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;
- si usted se muda a una área de servicio diferente; y
- durante su periodo anual de reinscripción en CHIP.

¿A quién llamo?
Para más información, llame gratis a CHIP al 1-800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?
Los Miembros de CHIP solo pueden cambiar de plan de salud durante los primeros 90 días de inscripción.

CAMBIAR DE PLAN DE SALUD

¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de plan de salud?
Los cambios tardan entre 15 y 45 días.

¿Community First Health Plans puede solicitar que me retiren de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?
Sí, por los motivos siguientes:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Ingresa a un centro de cuidados paliativos o de cuidados a largo plazo.
- No sigue las políticas y procedimientos de Community First.
- Permite que otra persona use su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First.
- Usted es grosero, abusivo o no trabaja con su médico o el personal de su médico.
- No cumple o no sigue los consejos médicos de su médico.

CAMBIO DE PLANES DE SALUD PARA MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL Y MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Atención: Si usted satisface 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 con el mes de inscripción como 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 usted **no** elige 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 a partir de su fecha efectiva de cobertura para escoger otro plan de salud si no está contenta con el plan que la HHSC escogió.
- 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 de 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
  - si se muda a un área de prestación de servicios diferente; y
  - por motivo justificado en cualquier momento.

¿A quién llamo?
Para más información, llame gratis al 1-800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?
Los Miembros de CHIP Perinatal pueden cambiar sus planes durante los primeros 120 días de inscripción.

¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de plan de salud?
Los cambios tardan entre 15 y 45 días.

¿Community First Health Plans puede solicitar que me retiren de su plan de salud (por incumplimiento, etc.)?
Si, por los motivos siguientes:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio
- Ingresa a un centro de cuidados paliativos o de cuidados a largo plazo
- No sigue las políticas y procedimientos de Community First
- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación de Miembro de Community First
- Usted es grosero, abusivo o no trabaja con su médico o el personal de su médico.
- No cumple o no sigue los consejos médicos de su médico.

CAMBIO DE DOMICILIO

¿Qué tengo que hacer si me mudo/mi hijo se muda?
Tan pronto como usted sepa su nueva dirección, avise a la HHSC llamando al 211 actualizando su cuenta en YourTexasBenefits.com o llamando a 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 a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Community First, hasta que la HHSC cambie su dirección.

SECCIÓN II

CHIP / CHIP PERINATAL DE RECIÉN NACIDOS

Las referencias a "usted", "mi" y "yo" se aplican si usted es Miembro de CHIP.
Las referencias a "mi hijo" se aplican si su hijo es un Miembro de CHIP o un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

¿Qué es un proveedor de atención primaria (PCP)?
Un proveedor de atención primaria (PCP) es el médico o la clínica de atención médica de usted o de su hijo. Su PCP se ocupará de sus necesidades médicas o las de su hijo y actuará como su principal Proveedor de atención médica o la de su hijo. Si se necesita un especialista o pruebas, su PCP se las solicitará mediante una derivación y le indicará cómo programar una cita. Si usted o su hijo necesitan ser admitidos en el hospital, su PCP o el de su hijo también pueden organizar esta atención.

Un PCP puede ser un:

- Pediatra
- Médico de familia o general
- Internista
- Obstetra/ginecólogo (obstetra/ginecólogo)
- Enfermera Practicante (NP) o Asistente Médico (PA)

¡Su PCP o el de su hijo es la persona más importante en su equipo de atención médica o el de su hijo!

ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cómo puede conseguir mi hijo o yo un proveedor de atención primaria?
Puede elegir un PCP de nuestro Directorio de Proveedores de CHIP en CommunityFirstMedicaid.com. También puede llamar al Departmento de Servicios para Miembros si necesita ayuda. Si no elige un PCP para usted o su hijo, se seleccionará uno para usted.

¿Cuándo y por qué debería yo o mi hijo ver a un proveedor de atención primaria?
Su PCP o el de su hijo es el mejor recurso de asesoramiento de salud para usted o su hijo. Usted o su hijo deben ver a su PCP o el de su hijo con regularidad, incluso si usted o su hijo están sanos. Su PCP o el de su hijo puede brindar la atención preventiva necesaria y recomendar ciertos exámenes de detección según los factores de salud.

¿Puede una clínica (Clínica de salud rural / Centro de salud calificado federalmente) ser mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?
Sí. Usted o su hijo pueden elegir un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) o una Clínica de Salud Rural (RHC) de nuestro Directorio de Proveedores de CHIP.

¿Puede un especialista alguna vez ser considerado un Proveedor de Atención Primario?
Si usted o su hijo padecen una condición médica muy grave, puede solicitar que un especialista actúe como su PCP o el de su hijo. El especialista debe ser aprobado por Community First Health Plans. El especialista también debe estar dispuesto a ser su PCP o el de su hijo.

¿Qué sucede si elijo ir a otro médico que no es mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?
Si va a otro médico, es posible que le pidan que pague la factura o que firme un formulario que dice que pagará la factura. Para la atención de rutina, siempre debe acudir a su PCP o al de su hijo.

¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo esté cerrado?
Si tiene un problema urgente, llame primero a su PCP o al de su hijo. Puede dejar un mensaje y esperar una llamada. Su proveedor de atención primaria o un médico de guardia están disponibles para usted, ya sea en persona o por teléfono, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

También puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-434-2347. La enfermera puede brindarle asesoramiento médico en el hogar o referirlo a un centro de atención urgente / sala de emergencias de un hospital, si es necesario.

CAMBIAR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA O EL DE SU HIJO

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?
Un Representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a elegir un nuevo PCP. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347.

También puede enviar una solicitud para cambiar su PCP o el de su hijo en CommunityFirstMedicaid.com a través de nuestro Portal para Miembros seguro o escribirnos a:

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

Para obtener una lista de proveedores de cuidado primario en la red de Community First, visite nuestro Directorio de Proveedores de CHIP en CommunityFirstMedicaid.com**.**

También puede llamar a Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre las calificaciones profesionales de su PCP o para obtener una lista actualizada de PCP dentro de la red y otros proveedores.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?
No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria, o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de atención primaria llamándonos gratis al 1-800-434-2347.

También puede enviar una solicitud para cambiar su PCP o el de su hijo en CommunityFirstMedicaid.com a través de nuestro Portal para Miembros seguro o escribirnos a:

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

¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de Proveedor de atención primaria o el de mi hijo?
Si cambia su PCP o el de su hijo, el cambio entrará en vigencia de inmediato.

¿Qué sucede si mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo abandona la red de Community First Health Plans?
Le enviaremos una carta para informarle que su PCP o el de su hijo ha abandonado nuestra red y que hemos elegido un nuevo proveedor de atención primaria para usted o su hijo. Si prefiere seleccionar un PCP diferente, llame a Servicios para Miembros y díganos el nombre del médico que desea.

Si usted o su hijo están recibiendo tratamientos médicamente necesarios, es posible que pueda permanecer con su médico actual o el de su hijo, incluso si abandonan nuestra red, si el médico está dispuesto a seguir atendiéndolo a usted o a su hijo. Cuando encontremos un nuevo médico en nuestra red que pueda brindar el mismo tipo de atención, cambiaremos de médico.

¿Existen razones por las que se pueda denegar una solicitud para cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?
Community First podría rechazar su solicitud de cambio de PCP si:

- El médico que eligió no acepta pacientes con sus necesidades o las de su hijo.
- El médico que eligió no acepta nuevos pacientes.
- Usted o su hijo se encuentran en el hospital cuando realiza la solicitud.

¿Puede mi proveedor de atención primaria trasladarme a mí o a mi hijo a otro proveedor de atención primaria por incumplimiento?
Sí, por los motivos siguientes:

- Falta a tres citas seguidas durante un período de seis meses y no se comunica con su médico antes de la cita perdida.
- No sigue los consejos de su médico.
- Usted es grosero, abusivo o no colabora con su médico o el personal de su médico.

PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

Community First Health Plans no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Médicamente Necesarios cubiertos para los Miembros. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de atención primaria (doctor de cabecera) de su niño participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al 1-800-434-2347 para más información.

HACER UNA CITA

¿Cómo programo una cita con mi Proveedor de Atención Primaria o el de mi hijo?
Llame a su PCP o al de su hijo para programar una cita. Puede encontrar su número de teléfono en su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First. Dígale al consultorio de su PCP o al de su hijo que es Miembro de CHIP de Community First Health Plans y que tenga su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First cuando llame.

¿Qué necesito llevar a mi cita con mi médico o el de mi hijo?

- Su tarjeta de identificación de Miembro de Community First
- Registros de vacunación (vacunas)

- Una lista de todos los medicamentos que usted o su hijo está tomando actualmente
- Lista de verificación de Community First

Nos preocupamos por su salud. Los servicios de atención preventiva, como los chequeos médicos periódicos, ayudan a su PCP a conocerlo a usted o a su hijo para que pueda recomendar las pruebas de detección adecuadas y ayudar a planificar las necesidades futuras de atención médica.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CHEQUEO DE COMMUNITY FIRST

Qué preguntar en su chequeo médico

5 preguntas para hacerle a su proveedor de atención primaria (PCP)

Aquí están algunas preguntas importantes que quizás quiera hacerle a su proveedor de atención primaria en su próximo chequeo médico. Imprima y lleve esta lista con usted a su cita o búsquela en su teléfono mientras espera que lo atiendan.

1. **Así es como me siento. ¿Le parecen normales estos síntomas?** Dígale a su proveedor de atención primaria exactamente cómo se siente. Sea honesto. Pregunte si lo que siente es normal.
2. **¿Qué pruebas de detección necesito?** Pregúntele a su proveedor de atención primaria si le recomienda ciertos exámenes de detección dependiendo de su edad, sexo y antecedentes familiares.
3. **¿Tengo un peso saludable?** Si desea bajar de peso, solicite ayuda para crear un plan de alimentación y ejercicio.
4. **¿Hay mejores opciones de tratamiento disponibles para mi condición?** Si no está satisfecho con su medicamento o tratamiento actual, pregunte por otras opciones.
5. **¿Qué debo hacer antes de mi próxima visita?** Pregunte cuándo será su próxima cita y y qué puede hacer para cuidar su salud entre citas.

TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA

ATENCIÓN MEDICA DE RUTINA

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina es la atención regular que usted o su hijo recibe de su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarlo a usted o a su hijo a mantenerse saludables, como los chequeos regulares. Puede llamar a su PCP o al de su hijo para programar una cita para la atención médica de rutina. La atención médica de rutina incluye:

- Chequeos regulares
- Inmunizaciones
- Tratamiento cuando está enfermo
- Atención de seguimiento cuando se realice pruebas médicas
- Recetas médicas

TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica de rutina?
Comuníquese con su PCP o el de su hijo para programar una cita para atención médica de rutina, incluidos chequeos médicos regulares.

¿Qué tan pronto puedo esperar que mi hijo o yo seamos atendidos?
Puede esperar que lo atienda su PCP o el de su hijo dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud de una cita de rutina.

ATENCIÓN MÉDICA URGENTE

¿Qué es la atención médica urgente?
Otro tipo de atención es la atención de urgencia. Hay algunas lesiones y enfermedades que probablemente no sean emergencias, pero pueden convertirse en emergencias si no se tratan dentro de las 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Quemaduras o cortadas leves
- Dolor de oído
- Dolor de garganta
- Esguinces / distensiones musculares

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente?
Para atención médica urgente, debe llamar al consultorio de su PCP o al de su hijo, incluso en las noches y los fines de semana. Su médico o el de su hijo le dirá qué hacer. En algunos casos, es posible que su médico o el de su hijo le indiquen que vaya a una clínica de atención de urgencia.

También puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas al 1-800-434-2347 para obtener ayuda para obtener la atención que usted o su hijo necesitan.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?
Usted o su hijo deben poder ver a su médico o al médico de su hijo dentro de las 24 horas para una cita de atención de urgencia. Si su médico o el de su hijo le indica que vaya a una clínica de atención de urgencia, no es necesario que llame a la clínica antes de ir. Para obtener una lista de las clínicas de atención de urgencia de la red, visite CommunityFirstMedicaid.com.

ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA

¿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 la atención de emergencia para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia.

Un "padecimiento médico de emergencia" se caracteriza por síntomas repentinos y agudos de tal severidad (inclusive dolor muy fuerte) que una persona que tenga conocimientos promedio de la salud y la medicina podría deducir de manera razonable que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

- poner en grave peligro la salud del Miembro;
- 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 mujer embarazada que es Miembro de CHIP, poner en grave peligro la salud del Miembro de CHIP 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 con conocimientos promedio de la salud y la medicina:

- requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el Miembro podría presentar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; o
- hace que el Miembro 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 de atención médica que se 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.

¿Que es la pos-estabilización?
Los servicios de atención de pos-estabilización son servicios cubiertos por CHIP que mantienen al Miembro en una condición estable después de recibir atención médica de emergencia.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan para recibir atención de emergencia?
Será atendido lo antes posible. Es posible que deba esperar si su condición no es grave. Si tiene una condicción potencialmente mortal, recibirá atención médica de inmediato.

ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA

¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?
Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos al (insert MCO's toll-free telephone number).

Puede encontrar más información sobre la atención dental de rutina en este Manual para Miembros.

SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER

ATENCIÓN DE OBSTETRICIA / GINECOLOGÍA

AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER

¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos atención de un obstetra/ginecólogo? ¿Mi hijo o yo tenemos derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?
Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra para usted o su hija sin una derivación de su proveedor de atención primaria 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.
- Envíos para ver a un especialista 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 atención primaria o el de su hija.

¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?
Puede encontrar una lista de médicos obstetras/ginecólogos disponibles en el Directorio de Proveedores de CHIP en CommunityFirstMedicaid.com. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 si necesita ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo.

Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿todavía tengo acceso directo o necesitaré una derivación?
Sí, todavía tiene acceso directo a un obstetra/ginecólogo, incluso si no elige uno. No necesita una derivación.

¿Puedo seguir con mi obstetra/ginecólogo si no pertenece a Community First Health Plans?

- Si su obstetra/ginecólogo no está en nuestra red y usted **NO** está embarazada, tendrá que elegir un nuevo obstetra/ginecólogo del Directorio de Proveedores de CHIP. También puede llamar a Servicios para Miembros si necesita ayuda para elegir un obstetra/ginecólogo.
- Si **ESTÁ** embarazada y su obstetra/ginecólogo no está en nuestra red, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

¿Qué tan pronto podemos mi hija o yo ser atendidas después de contactar a un obstetra/ ginecólogo para una cita?
Debería poder obtener una cita dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud.

ATENCIÓN MÉDICA MOVIL PARA MUJERES

Community First se asocia con Betty's Co. para ofrecer servicios de atención médica para niñas y mujeres jóvenes de 13 a 45 años en clínicas boutique móviles ubicadas en

todo el condado de Bexar y sus alrededores. El modelo de atención de Betty se basa en la confianza y la inclusión y elimina barreras a la atención, como la falta de transporte. Cada visita incluye atención de ginecología, salud mental y bienestar. Para obtener más información o programar una cita, llame al 210-572-4931 o visite BettysCo.com.

CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO

¿Qué pasa si mi hija o yo estamos embarazadas?
Usted o su hija deben programar una cita con un obstetra/ginecólogo de la red. Usted o su hija no necesitan una derivación de su proveedor de atención primaria, ni deben consultar primero con Community First.

¿A quién debo llamar?
Llame a Servicios para Miembros si necesita ayuda para elegir un obstetra/ ginecólogo.

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Community First a las mujeres embarazadas?
Community First Health Plans ofrece a las mujeres embarazadas acceso a un programa especial de maternidad, Expectativas Saludables. Realice nuestra evaluación de la salud del embarazo en línea para unirse y podrá ganar obsequios y otros productos que la ayudarán a lo largo de su embarazo y después de darle la bienvenida a su nuevo bebé.

El programa de maternidad se ofrece sin costo a los Miembros de Community First. Obtenga más información sobre Expectativas Saludables en este Manual para Miembros o visite CommunityFirstHealthPlans.com/Health-And-Wellness-Programs.

COSTOS COMPARTIDOS

¿Qué es un copago?
Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, $ 15) que paga por un servicio de atención médica cubierto o un medicamento recetado, generalmente cuando usted o su hijo reciben el servicio.

¿A cuánto ascienden y cuándo tengo que pagarlos?
La cantidad puede variar según el tipo de servicio de salud cubierto. Algunos servicios no tienen copagos. Su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First o la de su hijo indica el monto de su copago. Asegúrese de presentar la tarjeta de identificación cuando busque servicios para su hijo.

Los copagos no se aplican, en ningún nivel de ingresos, a:

- Servicios de cuidado de niño y bebé sano
- Servicios preventivos, incluidas vacunas
- Servicios relativos al embarazo
- Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios por trastornos de salud mental y uso de sustancias

- Nativos americanos o nativos de Alaska*
- Miembros de CHIP Perinatal [Perinatal (niños por nacer) y Perinatal de Recién Nacidos].

*Si usted o su hijo es nativo americano o nativo de Alaska, está exento de todas las obligaciones de participación en los costos, incluidas las tarifas de inscripción y los copagos. Si su tarjeta de Identificación de Miembro o la de su hijo muestra un requisito de copago y usted o su hijo es nativo americano o nativo de Alaska, llame a Servicios para Miembros de Community First y lo corregiremos por usted.

FACTURACIÓN A LOS MIEMBROS

¿Qué pasa si recibo una factura de mi médico o el de mi hijo?
Como Miembro de CHIP, es posible que deba pagar una parte de su factura denominada copago cada vez que reciba determinada atención médica. También puede recibir una factura si va a un médico que no está en la red de Community First o si recibe tratamiento en una sala de emergencias por un problema que no es una emergencia.

¿A quién le llamo? ¿Qué información necesitarán?
Si cree que recibió una factura médica por error, llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudarlo a descubrir qué hacer. Asegúrese de tener una copia de la factura frente a usted cuando llame.

COPAGOS

Hay algunos límites a cuánto usted paga para copagos. Vea la siguiente tabla.

CHIP COSTOS COMPARTIDOS	
	Vigente a partir del 1 de enero de 2014.
TARIFAS DE INSCRIPCIÓN (PARA EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN DE 12 MESES)	
	CARGOS
En o por debajo del 151% del FPL *	$0
Por encima del 151% hasta el 186% del FPL inclusive	$35
Por encima del 186% hasta el 201% del FPL inclusive	$50
COPAGOS (POR VISITA)	
EN O POR DEBAJO DEL 151% DEL FPL	**CARGO:**
Visita al consultorio (no preventiva)	$5
Sala de urgencias que no es de emergencia	$5
Medicamento genérico	$0
Medicamento de marca	$5
Copago de instalación, paciente hospitalizado (por admisión)	$35

CHIP COSTOS COMPARTIDOS	
Límite de costo compartido	5% (de los ingresos familiares) **
POR ENCIMA DEL 151% HASTA EL 186% DEL FPL INCLUSIVE	**CARGO**
Visita al consultorio (no preventiva)	$20
Sala de urgencias que no es de emergencia	$75
Medicamento genérico	$10
Medicamento de marca	$35
Copago de instalación, paciente hospitalizado (por admisión)	$75
Límite de costo compartido	5% (de los ingresos familiares) **
POR ENCIMA DEL 186% HASTA EL 201% DEL FPL INCLUSIVE	**CARGO**
Visita al consultorio (no preventiva)	$25
Sala de urgencias que no es de emergencia	$75
Medicamento genérico	$10
Medicamento de marca	$35
Copago de instalación, paciente hospitalizado (por admisión)	$125
Límite de costo compartido	5% (de los ingresos familiares) **

**El nivel federal de pobreza (FPL) se refiere a las reglas de ingresos establecidas anualmente por el gobierno federal.*

***Por período de cobertura de 12 meses.*

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO CHIP

¿Qué beneficios adicionales obtengo como Miembro de Community First Health Plans?
Community First Health Plans ofrece los servicios de mayor valor agregado a nuestros Miembros. Revise el cuadro a continuación para obtener más información sobre los servicios de valor agregado disponibles para usted como Miembro de Community First en el programa CHIP.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?
Para saber cómo puede recibir estos beneficios adicionales como Miembro de Community First en el programa CHIP, llame al 210-358-6055.

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE CHIP	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	**RESTRICCIONES/LIMITACIONES**
Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas, atendida por un equipo de profesionales registrados que están disponibles todos los días, incluidos fines de semana y días feriados, para responder sus preguntas relacionadas con la salud. Los Miembros pueden llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería al 1-800-434-2347. Las personas sordas o con problemas de audición pueden llamar al 711.	
Ayuda adicional para obtener transporte (pases de autobús) para los Miembros, sus hermanos y sus padres o tutores legales a lugares como: • El supermercado • Servicios comunitarios • Eventos organizados por Community First • Clases de educación para la salud • Reuniones del Grupo Asesor de Miembros • WIC (El Programa para Mujeres, Bebés y Niños) • Oficinas de la Administración del Seguro Social • Oficinas comunitarias que ayudan a encontrar vivienda o empleo • Médico aprobado por la Administración del Seguro Social para citas solicitadas para la determinación de discapacidad y servicios.	*No se proporcionan pases de autobús a niños de 0 a 18 años a menos que estén con sus padres o tutores. Son sólo para uso no médico. Este servicio está disponible solo para rutas de servicio de autobús dentro de San Antonio, y las rutas las ofrece VIA Metropolitan Transit.*
Servicios dentales adicionales, incluyendo: • Exámenes dentales, radiografías y servicios de ortodoncia a bajo costo	*Limitado a un descuento del 10%. Sin monto máximo de beneficio. Para Miembros de 21 a 999 años y sus familiares sin cobertura dental.*

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE CHIP	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	**RESTRICCIONES/LIMITACIONES**
Servicios de visión adicionales, incluyendo: • Hasta $125 para monturas o $75 para lentes de contacto	*Cubre lentes de contacto o anteojos, pero no ambos. Deben ser médicamente necesarios. Está disponible cada año para miembros de 0 a 18 años. Solo se pueden cambiar si hay un cambio en la visión. Los lentes de contacto o anteojos perdidos o rotos se pueden reemplazar si lo permite el programa de beneficios.*
Manejo de enfermedades • Programa de pérdida de peso Y - 10 Semanas para el bienestar: un programa sin costo para personas interesadas en implementar y mantener un estilo de vida saludable. El programa incluye una membresía gratuita de 4 meses en YMCA para dos adultos y hasta cuatro niños. • Programa de automonitoreo de la presión arterial de la YMCA: un programa sin costo para los Miembros que ofrece educación sobre la salud del corazón, apoyo y un brazalete gratuito para medir la presión arterial a través de la YMCA. El programa incluye una membresía gratuita de 4 meses en la YMCA para dos adultos y hasta cuatro niños. • Programa de prevención de diabetes de YMCA: Un programa sin costo, de un año de duración y basado en evidencia para ayudar a las personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. El programa incluye una membresía gratuita de 4 meses en YMCA para dos adultos y hasta cuatro niños. • Educación adicional sobre la diabetes a través de la serie Diabetes Garage	*Para participar en los programas de prevención de la diabetes de la YMCA, los Miembros deben tener 18 a 999 años. Para participar en los programas de pérdida de peso o de automonitoreo de la presión arterial de la YMCA, los Miembros deben tener 13 a 999 años. Debe asistir a las sesiones educativas 1 a 4 para recibir membresía de YMCA.* *Diabetes Garage está limitado a los Miembros hombres de 18 a 999 años que participen en el programa Diabetes en Control: Programa de Manejo de la Diabetes.*
Beneficios para artículos de venta libre • Asignación única de $50 para artículos de venta libre para Miembros que participan activamente en el manejo de casos complejos durante más de 60 días	*No incluye cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni artículos cubiertos por el beneficio de farmacia del plan.*

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE CHIP	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	**RESTRICCIONES/LIMITACIONES**
Exámenes físicos deportivos y escolares • Un examen físico gratuito por año calendario para uso deportivo, escolar u otras actividades físicas	*Para Miembros de 0 a 18 años. El proveedor puede realizar el examen físico junto con un chequeo de niños sanos de CHIP o una visita de cuidados intensivos.*
Apoyo para obtener el GED • Programa de GED para ayudar a Miembros de 18 a 999 años a obtener su certificado GED, además de apoyo académico y profesional extra para empoderar a quienes ingresan al mundo laboral	*Miembros inscritos en el programa de GED deben:* • *Tener permiso legal para trabajar en los Estados Unidos.* • *Tener una identificación con foto.* • *Hacer todas las evaluaciones relacionadas con el programa.* • *Comprometerse a completar el programa.*
Ayuda para Miembros con asma que participan en Asma Importa: Programa de Manejo del Asma, que incluye: • 1 mascarilla con cámara de aerosol tamaño adulto o niño cada año • 1 funda de almohada protectora antialérgica cada año • Una funda para colchón cada año para proteger contra alergias y evitar el polvo y el polen • Tarjeta de regalo de $10 por completar la educación sobre el asma • Tarjeta de regalo de $10 por recibir la vacuna contra la gripe • Hasta $80 en tarjetas de regalo por completar visitas domiciliarias con San Antonio Kids BREATHE ($35 por la primera visita, $10 por segunda visita, $35 por tercera visita)	*Las tarjetas de regalo no se deben utilizar para comprar cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni medicamentos de venta libre.* *El programa San Antonio Kids BREATHE está limitado únicamente a miembros de 3 a 17 años.*
Visitas domiciliarias • Para Miembros con factores de riesgo que participan en los Programas de Salud y Bienestar de Community First, incluidos Asma Importa, Diabetes en Control, Mente Sana y Expectativas Saludables	

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE CHIP	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	**RESTRICCIONES/LIMITACIONES**
Programas de ejercicio y juego saludable, que incluyen: • Clases gratuitas de Zumba, virtuales y presenciales, para los Miembros y sus familias, con la opción de recibir un obsequio de fitness como un disco volador (frisbee), una botella de agua o banda de ejercicio • Clases gratuitas de brakedance, virtuales y presenciales, para los Miembros y sus familias, con la opción de recibir un obsequio de fitness como un disco volador (frisbee), una botella de agua o banda de ejercicio • Programa gratuito de seguridad y reparación de bicicletas con un obsequio	
Servicios de salud y bienestar, que incluyen: • Asiento elevador gratuito para niños de 4 a 10 años que estén al día con sus chequeos de bienestar infantil de CHIP • Apoyo gratuito y personalizado, junto con herramientas y estrategias para mantenerse motivado/a y ayudarle a dejar de fumar por teléfono o en línea. Incluye asesoramiento, educación, actividades y más • Servicios notariales gratuitos para documentos como poderes médicos, agentes de salud registrados y testamentos en vida • Oportunidad de asistir a eventos especiales de educación en salud estacionales y comunitarios, tanto presenciales como virtuales, sin costo, donde los Miembros pueden recibir educación sobre temas como telemedicina, hábitos saludables, nuevos beneficios y más	*El asiento elevador para niños pequeños debe usarse de acuerdo con las normas de seguridad.* *Para recibir servicios notariales, los Miembros deben tener una tarjeta de identificación o licencia de conducir válida emitida por el estado.*
Programa de incentivos de seguimiento para pacientes hospitalizados, para Miembros que participan en Mente Sana: Programa de Manejo de la Salud Conductual • Tarjeta de regalo de $25 por completar una visita de seguimiento con un proveedor de salud conductual dentro de los 7 días después de salir del hospital o centro de salud mental, previa solicitud	*La tarjeta de regalo no incluye el uso para cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni artículos cubiertos por el beneficio de farmacia del plan.*

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE CHIP	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	**RESTRICCIONES/LIMITACIONES**
Recursos de salud mental en línea • Una página dedicada a recursos e información en CommunityFirstMedicaid.com	
Programas de regalos, que incluyen: • Hasta $25 en tarjetas de regalo por completar la encuesta de salud de Community First y recibir la serie de vacunas para adolescentes contra meningococo, Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) y VPH (virus del papiloma humano) (para niños de 9 a 13 años) • Tarjeta de regalo de $25 para Miembros de 6 a 24 meses que reciban la serie completa de la vacuna contra la gripe y completen la encuesta de salud de Community First • Tarjeta de regalo de $50 y artículos de salud y bienestar para cuidadores o Miembros que complete seis clases presenciales o virtuales del programa NAMI Basics de la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, que enseña cómo cuidar a un ser querido con una condición de salud mental • Tarjeta de regalo de $10 para los nuevos Miembros de Community First CHIP que completen la encuesta de salud de Community First y proporcionen una dirección de correo electrónico • Hasta $20 en tarjetas de regalo por completar la serie de vacunación contra el rotavirus para Miembros de 42 días a 8 meses de edad • Hasta $20 en tarjetas de regalo para Miembros de 0 a 24 meses por completar una encuesta de salud de Community First y recibir la serie de vacunas recomendadas • Hasta $90 en tarjetas de regalo por completar la encuesta de salud de Community First y chequeos de niños sanos de CHIP (Tarjeta de regalo de $10 cada una, por completar los chequeos de 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses) • Hasta $180 por completar la encuesta de salud de Community First y chequeos de niños sanos de CHIP (edades 3 a 18)	*La tarjeta de regalo no incluye el uso para cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni artículos cubiertos por el beneficio de farmacia del plan.* *Limitado a cuidadores que cuidan a Miembros o a Miembros que cuidan a sus hijos, de edades de 0 a 19 años, con una condición de salud mental diagnosticada.* La serie de vacunas recomendadas incluye: • 4 DTaP • 3 HiB • 4 PCV • 3 IPV • 3 HepB • 1 HepA • 1 MMR • 1 VZV

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE CHIP	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	**RESTRICCIONES/LIMITACIONES**
Programas de regalos, que incluyen: • Hasta $60 en tarjetas de regalo para Miembros con diabetes que participan en Diabetes en Control: Programa de Manejo de la Diabetes: ◦ Tarjeta de regalo de $20 por completar la evaluación de diabetes de Community First ◦ Tarjeta de regalo de $10 por completar educación sobre la diabetes ◦ Tarjeta de regalo de $10 por recibir un examen de la vista con dilatación de pupilas ◦ Tarjeta de regalo de $10 una vez cada seis meses por enviar resultados de A1C • Hasta $20 en tarjetas de regalo para Miembros de 1 a 17 años que participen en Mente Sana: Programa de Manejo de la Salud Conductual de Community First, que tomen dos o más antipsicóticos y se realicen pruebas metabólicas • Una tarjeta de regalo de $25 por año para Miembros de 6 a 12 años que participen en Mente Sana: Programa de Manejo de la Salud Conductual y que tengan una visita de seguimiento con su médico dentro de los 30 días después de comenzar un medicamento para el TDAH	*La tarjeta de regalo no incluye el uso para cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni artículos cubiertos por el beneficio de farmacia del plan.*

BENEFICIOS DEL PLAN CHIP

¿Cuáles son mis beneficios de atención médica o los de mi hijo?
Utilice el cuadro que comienza en la página siguiente para revisar los beneficios cubiertos para usted o su hijo como Miembro de CHIP de Community First Health Plans.

¿Cómo obtengo estos servicios / cómo obtengo estos servicios para mi hijo?
Su proveedor de atención primaria trabajará con usted para asegurarse de que reciba los servicios que usted o su hijo necesitan. Estos servicios deben ser brindados por su médico o el de su hijo o deben ser remitidos por su médico o el de su hijo a otro Proveedor.

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?
Algunos servicios cubiertos tienen limitaciones. Puede revisar las limitaciones de los servicios cubiertos en la columna "Limitaciones" en el cuadro a continuación.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
SERVICIOS HOSPITALARIOS DE REHABILITACIÓN GENERAL GRAVE Y PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Los servicios incluyen: • Servicios de proveedores o médicos proporcionados por el hospital • Habitación semiprivada y comida (o privadas si es médicamente necesario según lo certificado por el asistente) • Cuidados generales de enfermería • Enfermería especial cuando sea médicamente necesario • UCI y servicios • Comidas para pacientes y dietas especiales • Quirófanos, salas de recuperación y otras salas de tratamiento • Anestesia y administración (componente técnico de la instalación) • Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos, férulas • Fármacos, medicamentos y biológicos • Sangre o hemoderivados que no se proporcionan de forma gratuita al paciente y su administración. • Radiografías, imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico de la instalación) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico de la instalación) • Pruebas de diagnóstico de máquinas (EEG, EKG, etc.) • Servicios de oxígeno y terapia de inhalación. • Radiación y quimioterapia • Acceso a centros u hospitales perinatales de Nivel III designados por el DSHS que cumplan con niveles equivalentes de atención • Instalaciones y servicios médicos dentro o fuera de la red para una madre y su (s) recién nacido (s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea. • Hospital, médico y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental.	• **Requiere autorización** para la atención que no es de emergencia y la atención luego de la estabilización de una condición de emergencia. • **Requiere autorización** para instalaciones y servicios médicos dentro o fuera de la red para una madre y su (s) recién nacido (s) después de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y después de 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea.	Nivel aplicable de copago hospitalario por admisión.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
• Servicios para pacientes hospitalizados asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes hospitalizados asociados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable incluyen, entre otros: ◦ procedimientos de dilatación y legrado (D&C); ◦ medicamentos apropiados administrados por el Proveedor; ◦ ultrasonidos y ◦ examen histológico de muestras de tejido. • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: ◦ hendidura de labio y paladar; o ◦ desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y / o congénitas graves; o ◦ asimetría facial severa secundaria a defectos esqueléticos, afecciones sindrómicas congénitas y / o crecimiento tumoral o su tratamiento. • Implantes quirúrgicos • Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos • Los servicios para pacientes hospitalizados para una mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: ◦ todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; ◦ cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr un aspecto simétrico ◦ tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios y no cuentan para el límite del período de 12 meses de DME.		

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (INCLUYE HOSPITALES DE REHABILITACIÓN) Nuestros servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: • Habitación semiprivada y comida. • Servicios de enfermería regulares • Servicios de rehabilitación • Suministros médicos y uso de aparatos y equipos proporcionados por la instalación.	• **Requiere autorización** y prescripción médica. • Límite de 60 días por período de 12 meses.	Ninguno

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS, HOSPITAL DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS, CLÍNICA (INCLUIDO EL CENTRO DE SALUD) Y CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios prestados en una clínica o sala de emergencias de un hospital, una clínica o centro de salud, un departamento de emergencias hospitalario o un entorno de atención médica ambulatoria: • Radiografías, imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico de la instalación) • Pruebas de diagnóstico de máquinas • Servicios quirúrgicos ambulatorios • Fármacos, medicamentos y biológicos • Yesos, férulas, apósitos • Servicios de cuidados preventivos • Fisioterapia, ocupacional y/o del habla • Diálisis renal • Servicios Respiratorios • Radiación y quimioterapia • Sangre o productos sanguíneos que no se proporcionan de forma gratuita al paciente y la administración de estos productos. • Instalaciones y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental, cuando se brindan en una instalación quirúrgica ambulatoria autorizada. • Servicios para pacientes ambulatorios asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes hospitalizados asociados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable incluyen, entre otros: ◦ procedimientos de dilatación y legrado (D&C); ◦ medicamentos apropiados administrados por el proveedor; ◦ oultrasonidos y ◦ oexamen histológico de muestras de tejido.	**Puede requerir autorización previa** y prescripción médica.	Nivel aplicable de copago para medicamentos genéricos y medicamentos de marca.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
• Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: ◦ hendidura de labio y paladar; o ◦ desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y / o congénitas graves; o ◦ asimetría facial severa secundaria a defectos esqueléticos, afecciones sindrómicas congénitas y / o crecimiento tumoral o su tratamiento. • Implantes quirúrgicos • Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos • Los servicios para pacientes ambulatorios que se brindan en un hospital para pacientes ambulatorios y en un centro de atención médica ambulatoria para una mastectomía y reconstrucción mamaria, según sea clínicamente apropiado, incluyen: ◦ todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; ◦ cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr un aspecto simétrico ◦ tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios y no cuentan para el límite del período de 12 meses de DME.		

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
SERVICIOS PROFESIONALES DEL MÉDICO O ASISTENTE MÉDICO Nuestros servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: • La Academia Estadounidense de Pediatría recomendó exámenes de niño sano y servicios de salud preventiva (que incluyen, entre otros, exámenes de detección de la vista y la audición e inmunizaciones) • Visitas al consultorio médico, servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios • Servicios de laboratorio, radiografías, imágenes y patología, incluido el componente técnico y / o interpretación profesional • Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico. • Pruebas de alergia, suero e inyecciones. • Componente profesional (paciente hospitalizado / ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, que incluyen: ◦ Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención de seguimiento adecuada ◦ Administración de anestesia por un médico (que no sea un cirujano) o CRNA ◦ Segundas opiniones quirúrgicas ◦ Cirugía el mismo día realizada en un hospital sin pernoctación ◦ Procedimientos de diagnóstico invasivos como exámenes endoscópicos • Servicios médicos hospitalarios (incluidos los componentes técnicos e interpretativos realizados por médicos) • Los servicios médicos y profesionales para una mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: ◦ todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; ◦ cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr un aspecto simétrico ◦ tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas.	• **Puede requerir autorización** para servicios especializados.	Nivel aplicable de copago para visitas al consultorio.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
• In-network and out-of-network physician services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by cesarean section. • Servicios médicos médicamente necesarios para ayudar a un dentista que brinde servicios dentales a un Miembro de CHIP, como anestesia general o sedación intravenosa (IV). • Servicios para pacientes hospitalizados asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes hospitalizados asociados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable incluyen, entre otros: ◦ procedimientos de dilatación y legrado (D&C); ◦ medicamentos apropiados administrados por el proveedor; ◦ ultrasonidos y ◦ examen histológico de muestras de tejido. • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: ◦ hendidura de labio y paladar; o ◦ desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y / o congénitas graves; o ◦ asimetría facial severa secundaria a defectos esqueléticos, afecciones sindrómicas congénitas y / o crecimiento tumoral o su tratamiento.		
SERVICIOS DEL CENTRO DE MATERNIDAD	Cubre los servicios de parto proporcionados por un centro de parto con licencia. Limitado a los servicios de las instalaciones (por ejemplo, trabajo de parto y parto)	Ninguno
SERVICIOS PRESTADOS POR UNA ENFERMERA PARTERA CERTIFICADA O UN MÉDICO EN UN CENTRO DE MATERNIDAD AUTORIZADO	Cubre los servicios prenatales, de parto y posparto prestados en un centro de parto con licencia.	Ninguno

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME), DISPOSITIVOS PROTÉSICOS Y SUMINISTROS MÉDICOS DESECHABLES Los servicios cubiertos incluyen DME (equipo que puede soportar el uso repetido y que se usa principalmente y habitualmente para un propósito médico, generalmente no es útil para una persona en ausencia de enfermedad, lesión o discapacidad, y es apropiado para su uso en el hogar), incluidos los dispositivos y suministros que son médicamente necesarios y necesarios para una o más actividades de la vida diaria y apropiados para ayudar en el tratamiento de una afección médica, incluidos, entre otros: • Aparatos ortopédicos y aparatos ortopédicos • Dispositivos dentales • Dispositivos protésicos como ojos, extremidades, aparatos ortopédicos y prótesis mamarias externas • Anteojos protésicos y lentes de contacto para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas graves • Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos • Prótesis auditiva • Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios y no cuentan para el límite del período de 12 meses de DME. • Suministros médicos desechables específicos para el diagnóstico, que incluyen fórmulas especiales recetadas y suplementos dietéticos específicos para el diagnóstico.	• **Puede requerir autorización previa** y prescripción médica. • Límite de $20,000 por período de 12 meses para DME, prótesis, dispositivos y suministros médicos desechables (los dispositivos implantables, los suministros para diabéticos y el equipo no se cuentan para este límite).	Ninguno

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD Servicios que se brindan en el hogar y la comunidad, que incluyen, entre otros: • Infusión en el hogar • Terapia respiratoria • Visitas de enfermería privada (RN, LVN) • Visitas de enfermería especializada según se define para fines de salud en el hogar (puede incluir RN o LVN) • Asistente de salud en el hogar cuando se incluye como parte de un plan de atención durante un período en el que se han aprobado las visitas especializadas • Terapias del habla, físicas y ocupacionales	• **Requiere autorización** y prescripción médica previa. • Los servicios no están destinados a reemplazar al cuidador del niño ni a brindar alivio al cuidador. • Las visitas de enfermería especializada se brindan de forma intermitente y no están destinadas a proporcionar servicios de enfermería especializada las 24 horas. • Los servicios no están destinados a reemplazar los servicios de un centro de enfermería especializada o para pacientes hospitalizados las 24 horas.	Ninguno

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Servicios de salud mental, incluso para enfermedades mentales graves, proporcionados en un hospital psiquiátrico independiente, unidades psiquiátricas de hospitales generales de cuidados agudos e instalaciones operadas por el estado, que incluyen, entre otros: • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas.	• **Requiere autorización previa** para servicios que no son de emergencia. • No se requiere una derivación del proveedor de atención primaria (PCP). • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados son ordenados por un tribunal de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, relacionados con los internamientos ordenados por el tribunal en instalaciones psiquiátricas, la orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe presentarse al tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación.	Ninguno

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL Servicios de salud mental, incluso para enfermedades mentales graves, proporcionados de forma ambulatoria, que incluyen, entre otros: • Las visitas se pueden proporcionar en una variedad de entornos comunitarios (incluidos la escuela y el hogar) o en una instalación operada por el estado. • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas. • Administración de medicamentos • Tratamientos de día de rehabilitación • Servicios de tratamiento residencial • Servicios ambulatorios subagudos (hospitalización parcial o tratamiento diurno de rehabilitación) • Entrenamiento de habilidades (desarrollo de habilidades psicoeducativas)	• **Puede requerir autorización previa.** • No se requiere una derivación del proveedor de atención primaria (PCP). • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados son ordenados por un tribunal de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, relacionados con los internamientos ordenados por el tribunal en instalaciones psiquiátricas, la orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe presentarse al tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. Un Proveedor de Salud Mental Calificado - Servicios Comunitarios (QMHP-CS), está definido por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS) en el Título 25 TAC, Parte I, Capítulo 412, Subcapítulo G, División 1), §412.303 (48). Los QMHP-CS serán proveedores que trabajen a través de una Autoridad de Salud Mental Local contratada por DSHS o una entidad contratada por DSHS separada.	Ninguno

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL, CONTINUACIÓN	Los QMHP-CS serán supervisados por un médico o profesional de salud mental con licencia y proporcionarán servicios de acuerdo con los estándares del DSHS. Esos servicios incluyen capacitación en habilidades individuales y grupales (que pueden ser componentes de intervenciones como tratamiento diurno y servicios en el hogar), educación para pacientes y familias y servicios de crisis.	
SERVICIOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Los servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados incluyen, entre otros: • Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados y residenciales, incluida la desintoxicación y estabilización de crisis, y programas de rehabilitación residencial las 24 horas.	• **Requiere autorización** previa para servicios que no son de emergencia. • No se requiere una derivación del proveedor de atención primaria (PCP).	Ninguno

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
ATENCIÓN POR ABUSO DE SUSTANCIAS TÓXICAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS Los servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de prevención e intervención proporcionados por proveedores médicos y no médicos, como detección, evaluación y derivación para trastornos por dependencia de sustancias químicas. • Servicios intensivos para pacientes ambulatorios • Hospitalización Parcial • Los servicios intensivos para pacientes ambulatorios se definen como un servicio no residencial organizado que brinda terapia estructurada individual y en grupo, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida que consta de al menos 10 horas por semana durante cuatro a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día. • El servicio de tratamiento para pacientes ambulatorios se define como que consiste en al menos una o dos horas por semana que brindan terapia estructurada grupal e individual, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida.	• **Puede requerir autorización previa.** • No se requiere una derivación del proveedor de atención primaria (PCP).	Ninguno
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Los servicios de habilitación (el proceso de proporcionar a un niño los medios para alcanzar los hitos del desarrollo apropiados para su edad a través de la terapia o el tratamiento) y los servicios de rehabilitación incluyen, entre otros, los siguientes: • Fisioterapia, ocupacional y/o del habla • Evaluación del desarrollo	**Requiere autorización** y prescripción médica previa.	Ninguno

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
SERVICIOS DE CUIDADOS DE HOSPICIO Algunos de los servicios gratuitos ofrecidos son: • Cuidados de hospicio, incluidos servicios médicos y de apoyo, para aquellos niños que tienen seis meses o menos de vida, para mantener a los pacientes cómodos durante las últimas semanas y meses antes de la muerte • Los servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal, no se ven afectados por la elección de los servicios de cuidados de hospicio.	• **Requiere autorización** y prescripción médica. • Los servicios se aplican al diagnóstico de hospicio. • Hasta un máximo de 120 días con una esperanza de vida de 6 meses. • Los pacientes que elijan los servicios de cuidados de hospicio pueden cancelar esta elección en cualquier momento.	Ninguno
SERVICIOS DE EMERGENCIA, INCLUIDOS HOSPITALES DE EMERGENCIA, MÉDICOS Y SERVICIOS DE AMBULANCIA El plan de salud no puede requerir autorización como condición para el pago de condiciones de emergencia o trabajo de parto y parto. Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de emergencia basados en la definición prudente de la condición de salud de emergencia por parte de un profano • Sala del departamento de emergencias del hospital y servicios auxiliares y servicios médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, tanto por proveedores dentro como fuera de la red. • Examen de detección médica • Servicios de estabilización • Acceso a centros de trauma u hospitales de Nivel 1 y Nivel II designados por el DSHS que cumplan con niveles equivalentes de atención para los servicios de emergencia • Transporte de emergencia por tierra, aire y agua • Servicios dentales de emergencia, limitados a mandíbula fracturada o dislocada, daño traumático a los dientes y extirpación de quistes	**Requiere autorización** para servicios de pos-estabilización.	Nivel aplicable de copago para la sala de emergencias que no es de emergencia.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP		
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**	**COPAGO**
TRASPLANTE Los servicios cubiertos incluyen: • Utilizando las reglas actualizadas de la FDA, todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos no experimentales y todas las formas de trasplantes de córnea, médula ósea y células madre periféricas no experimentales, incluidos los gastos médicos del donante.	**Requiere autorización.**	Ninguna
BENEFICIO DE LA VISTA Los servicios cubiertos incluyen: • Un examen de los ojos para determinar la necesidad y la prescripción de lentes correctivos por período de 12 meses, sin autorización • Un par de anteojos no protésicos por período de 12 meses	• El plan de salud puede limitar razonablemente el costo de los marcos / lentes. • **No requiere autorización** para lentes protectores y de policarbonato cuando sea médicamente necesario como parte de un plan de tratamiento para enfermedades oculares cubiertas.	Nivel aplicable de copago por visita al consultorio.
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS Los servicios cubiertos no requieren prescripción médica y se limitan a subluxación espinal	• **No requiere autorización** para doce visitas por límite de período de 12 meses (independientemente de la cantidad de servicios o modalidades provistas en una visita). • **Requiere autorización** para visitas adicionales.	Nivel aplicable de copago por visita al consultorio.

BENEFICIOS DEL PLAN CHIP PERINATAL DE RECIÉN NACIDO

¿Cuáles son los beneficios de atención médica de mi recién nacido?
Utilice el cuadro de la página siguiente para revisar los beneficios de su recién nacido como Miembro de CHIP Perinatal de Recién Nacido.

¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?
El proveedor de atención primaria de su recién nacido trabajará con usted para asegurarse de que su recién nacido reciba los servicios que necesita. Estos servicios los debe brindar el médico de su recién nacido o el médico de su recién nacido debe derivarlos a otro Proveedor.

¿Qué beneficios recibe mi bebé al nacer?
Su recién nacido recibirá los beneficios del Programa CHIP Perinatal de Recién Nacido como se describe en el cuadro de la página siguiente.

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?
Algunos servicios cubiertos tienen limitaciones. Puede revisar las limitaciones de los servicios cubiertos en la columna "Limitaciones" en el cuadro a continuación.

¿Qué es un copago? ¿A cuánto ascienden y cuándo tengo que pagarlos?
Los copagos no se aplican, en ningún nivel de ingresos, a los Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal.

FACTURACIÓN A LOS MIEMBROS

¿Qué pasa si recibo una factura de mi médico o el de mi hijo?
No debe recibir una factura del médico de su hijo por ningún servicio cubierto por el programa CHIP Perinatal de Recién Nacido. También puede recibir una factura si va a un médico que no está en la red de Community First o si recibe tratamiento en una sala de emergencias por un problema que no es una emergencia.

¿A quién le llamo? ¿Qué información necesitarán?
Llame a Servicios para Miembros si recibe una factura médica. Podemos ayudarlo a descubrir qué hacer. Asegúrese de tener una copia de la factura frente a usted cuando llame.

BENEFICIOS DE SALUD PARA RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL

SERVICIO CUBIERTO	LIMITACIONES
SERVICIOS HOSPITALARIOS DE REHABILITACIÓN GENERAL GRAVE Y PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Los servicios incluyen: • Servicios de proveedores o médicos proporcionados por el hospital • Habitación semiprivada y comida (o privadas si es médicamente necesario según lo certificado por el asistente) • Cuidados generales de enfermería • Enfermería especial cuando sea médicamente necesario • UCI y servicios • Comidas para pacientes y dietas especiales • Quirófanos, salas de recuperación y otras salas de tratamiento • Anestesia y administración (componente técnico de la instalación) • Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos, férulas • Fármacos, medicamentos y biológicos • Sangre o hemoderivados que no se proporcionan de forma gratuita al paciente y su administración. • Radiografías, imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico de la instalación) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico de la instalación) • Pruebas de diagnóstico de máquinas (EEG, EKG, etc.) • Servicios de oxígeno y terapia de inhalación. • Radiación y quimioterapia • Acceso a centros u hospitales perinatales de Nivel III designados por el DSHS que cumplan con niveles equivalentes de atención • Instalaciones y servicios médicos dentro o fuera de la red para una madre y su (s) recién nacido (s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea. • Hospital, médico y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental. • Implantes quirúrgicos	• **Requiere autorización** para la atención que no es de emergencia y la atención luego de la estabilización de una condición de emergencia. • **Requiere** autorización para instalaciones y servicios médicos dentro o fuera de la red para una madre y su (s) recién nacido (s) después de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y después de 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea.

BENEFICIOS DE SALUD PARA RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**
• Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos • Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios y no cuentan para el límite del período de 12 meses de DME. • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: ◦ hendidura de labio y paladar; o ◦ desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y / o congénitas graves; o ◦ asimetría facial severa secundaria a defectos esqueléticos, afecciones sindrómicas congénitas y/ o crecimiento tumoral o su tratamiento.	
CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (INCLUYE HOSPITALES DE REHABILITACIÓN) Nuestros servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: • Habitación semiprivada y comida. • Servicios de enfermería regulares • Servicios de rehabilitación • Suministros médicos y uso de aparatos y equipos proporcionados por la instalación.	• **Requiere autorización** y prescripción médica. • Límite de 60 días por período de 12 meses.

BENEFICIOS DE SALUD PARA RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**
HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS, HOSPITAL DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS, CLÍNICA (INCLUIDO EL CENTRO DE SALUD) Y CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios proporcionados en una clínica o sala de emergencias de un hospital, una clínica o centro de salud, un departamento de emergencias hospitalario o un entorno de atención médica ambulatoria: • Radiografías, imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico) • Pruebas de diagnóstico de máquinas • Servicios quirúrgicos ambulatorios • Fármacos, medicamentos y biológicos • Yesos, férulas, apósitos • Servicios de cuidados preventivos • Fisioterapia, ocupacional y/o del habla • Diálisis renal • Servicios Respiratorios • Radiación y quimioterapia • Sangre o productos sanguíneos que no se proporcionan de forma gratuita al paciente y la administración de estos productos. • Instalaciones y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental, cuando se brindan en una instalación quirúrgica ambulatoria autorizada, • Implantes quirúrgicos • Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos • Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios y no cuentan para el límite del período de 12 meses de DME. • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: ◦ hendidura de labio y paladar; o ◦ desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y / o congénitas graves; o ◦ asimetría facial severa secundaria a defectos esqueléticos, afecciones sindrómicas congénitas y / o crecimiento tumoral o su tratamiento.	• **Puede requerir autorización** previa y prescripción médica.

BENEFICIOS DE SALUD PARA RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**
SERVICIOS PROFESIONALES DE MÉDICO O MÉDICO AUXILIAR Nuestros servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: • La Academia Estadounidense de Pediatría recomendó exámenes de niño sano y servicios de salud preventiva (que incluyen, entre otros, exámenes de detección de la vista y la audición e inmunizaciones) • Visitas al consultorio médico, servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios • Servicios de laboratorio, radiografías, imágenes y patología, incluido el componente técnico y / o interpretación profesional • Medicamentos, biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico. • Pruebas de alergia, suero e inyecciones. • Componente profesional (paciente hospitalizado / ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, que incluyen: ◦ Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención de seguimiento adecuada ◦ Administración de anestesia por un médico (que no sea un cirujano) o CRNA ◦ Segundas opiniones quirúrgicas ◦ Cirugía el mismo día realizada en un hospital sin una estadía de una noche ◦ Procedimientos de diagnóstico invasivos como exámenes endoscópicos • Servicios de un médico en el hospital (incluidos los componentes técnicos e interpretativos realizados por un médico) • Instalaciones y servicios médicos dentro o fuera de la red para una madre y su (s) recién nacido (s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea.	• **Puede requerir autorización** para servicios especializados.

BENEFICIOS DE SALUD PARA RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**
• Servicios médicos médicamente necesarios para ayudar a un dentista que brinde servicios dentales a un Miembro de CHIP, como anestesia general o sedación intravenosa (IV). • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: ◦ hendidura de labio y paladar; o ◦ desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y / o congénitas graves; o ◦ asimetría facial severa secundaria a defectos esqueléticos, afecciones sindrómicas congénitas y / o crecimiento tumoral o su tratamiento.	
SERVICIOS PRESTADOS POR UNA ENFERMERA PARTERA CERTIFICADA O UN MÉDICO EN UN CENTRO DE MATERNIDAD AUTORIZADO.	• Cubre los servicios prestados a un recién nacido inmediatamente después del parto.
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME), DISPOSITIVOS PROTÉSICOS Y SUMINISTROS MÉDICOS DESECHABLES Los servicios cubiertos incluyen DME (equipo que puede soportar el uso repetido y que se usa principalmente y habitualmente para un propósito médico, generalmente no es útil para una persona en ausencia de enfermedad, lesión o discapacidad, y es apropiado para su uso en el hogar), incluidos los dispositivos y suministros que son médicamente necesarios y necesarios para una o más actividades de la vida diaria y apropiados para ayudar en el tratamiento de una afección médica, incluidos, entre otros: • Aparatos ortopédicos y aparatos ortopédicos • Dispositivos dentales • Dispositivos protésicos como ojos, extremidades, aparatos ortopédicos y prótesis mamarias externas • Anteojos protésicos y lentes de contacto para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas graves • Prótesis auditiva • Suministros médicos desechables específicos para el diagnóstico, que incluyen fórmulas especiales recetadas y suplementos dietéticos específicos para el diagnóstico.	• **Puede requerir autorización previa** y prescripción médica. • Límite de $20,000 por período de 12 meses para DME, prótesis, dispositivos y suministros médicos desechables (los dispositivos implantables, los suministros para diabéticos y el equipo no se cuentan para este límite).

BENEFICIOS DE SALUD PARA RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**
SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD Servicios que se brindan en el hogar y la comunidad, que incluyen, entre otros: • Infusión en el hogar • Terapia respiratoria • Visitas de enfermería privada (RN, LVN) • Visitas de enfermería especializada según se definen para fines de salud en el hogar (pueden incluir RN, LVN). • Asistente de atención médica en el hogar cuando se incluye como parte de un plan de atención durante un período en el que se han aprobado las visitas especializadas. • Terapias del habla, físicas y ocupacionales	• **Requiere autorización** y prescripción médica. • Los servicios no están destinados a reemplazar al cuidador del niño ni a brindar alivio al cuidador. • Las visitas de enfermería especializada se brindan de forma intermitente y no están destinadas a proporcionar servicios de enfermería especializada las 24 horas. • Los servicios no están destinados a reemplazar los servicios de un centro de enfermería especializada o para pacientes hospitalizados las 24 horas.
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Nuestros servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: • Los servicios de habilitación (el proceso de proporcionar a un niño los medios para alcanzar los hitos del desarrollo apropiados para su edad a través de la terapia o el tratamiento) y los servicios de rehabilitación incluyen, entre otros, los siguientes: • Fisioterapia, ocupacional y/o del habla • Evaluación del desarrollo	• **Requiere autorización** y prescripción médica.
SERVICIOS DE CUIDADOS DE HOSPICIO **Algunos de los servicios gratuitos ofrecidos son:** • Cuidados de hospicio, incluidos servicios médicos y de apoyo, para aquellos niños que tienen seis meses o menos de vida, para mantener a los pacientes cómodos durante las últimas semanas y meses antes de la muerte • Los servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal, no se ven afectados por la elección de los servicios de cuidados paliativos.	• **Requiere autorización** y prescripción médica. • Los servicios se aplican al diagnóstico de hospicio. • Hasta un máximo de 120 días con una esperanza de vida de 6 meses. • Los pacientes que elijan los servicios de cuidados de hospicio pueden cancelar esta elección en cualquier momento.

BENEFICIOS DE SALUD PARA RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**
SERVICIOS DE EMERGENCIA, INCLUIDOS HOSPITALES DE EMERGENCIA, MÉDICOS Y SERVICIOS DE AMBULANCIA El plan de salud no puede requerir autorización como condición para el pago de condiciones de emergencia o trabajo de parto y parto. **Nuestros servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:** • Servicios de emergencia basados en la definición prudente de la condición de salud de emergencia por parte de un profano • Sala del departamento de emergencias del hospital y servicios auxiliares y servicios médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, tanto por proveedores dentro como fuera de la red. • Examen de detección médica • Servicios de estabilización • Acceso a centros de trauma u hospitales de Nivel 1 y Nivel II designados por el DSHS que cumplan con niveles equivalentes de atención para los servicios de emergencia • Transporte de emergencia por tierra, aire y agua • Servicios dentales de emergencia, limitados a mandíbula fracturada o dislocada, daño traumático a los dientes y extirpación de quistes	• **Requiere autorización** para servicios de pos-estabilización.
TRASPLANTE Nuestros servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: • Utilizando las pautas actualizadas de la FDA, todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos no experimentales y todas las formas de trasplantes de córnea, médula ósea y células madre periféricas no experimentales, incluidos los gastos médicos del donante.	• **Requiere autorización.**
BENEFICIO DE LA VISTA Los servicios incluyen: • Un examen de los ojos para determinar la necesidad y la prescripción de lentes correctivos por período de 12 meses, sin autorización • Un par de anteojos no protésicos por período de 12 meses	• El plan de salud puede limitar razonablemente el costo de los marcos / lentes. • **No requiere autorización** para lentes protectores y de policarbonato cuando sea médicamente necesario como parte de un plan de tratamiento para enfermedades oculares cubiertas.

BENEFICIOS DE SALUD PARA RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS Los servicios cubiertos no requieren prescripción médica y se limitan a subluxación espinal	• **No requiere autorización** para doce visitas por límite de período de 12 meses (independientemente de la cantidad de servicios o modalidades provistas en una visita). • **Requiere autorización** para visitas adicionales.
SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS Y COORDINACIÓN DE CUIDADOS	• Estos servicios incluyen alcance, información, administración de casos, coordinación de cuidados y referencias comunitarias.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA NO CUBIERTOS

¿Qué servicios no están cubiertos por CHIP / CHIP Perinatal de Recién Nacido?
La siguiente es una lista de servicios NO cubiertos por los programas CHIP ni CHIP Perinatal de Recién Nacido.

- Tratamientos de infertilidad para pacientes hospitalizados y ambulatorios o servicios reproductivos distintos de la atención prenatal, el trabajo de parto y el parto, y la atención relacionada con enfermedades, enfermedades o anomalías relacionadas con el sistema reproductivo.
- Medicamentos anticonceptivos recetados únicamente con el propósito de atención primaria y preventiva de salud reproductiva (es decir, no pueden recetarse para planificación familiar).
- Artículos de comodidad personal que incluyen, entre otros, kits de cuidado personal proporcionados en la admisión de pacientes hospitalizados, teléfono, televisión, fotografías de bebés recién nacidos, comidas para los invitados del paciente y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento específico de enfermedades o lesiones.
- Procedimientos o servicios médicos, quirúrgicos u otros servicios de atención médica experimentales y / o de investigación que generalmente no se emplean o no se reconocen dentro de la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adversa y es elegible para ser revisada por una Organización de Revisión Independiente.
- Tratamiento o evaluaciones requeridos por terceros, incluidos, entre otros, aquellos para escuelas, empleo, autorización de vuelo, campamentos, seguros o tribunales.
- Dispositivos dentales únicamente con fines cosméticos.
- Servicios de enfermería privada cuando se realizan en régimen de internación o en un centro de enfermería especializada.
- Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos que incluyen, entre otros, un corazón artificial
- Servicios y suministros hospitalarios cuando el confinamiento sea únicamente para fines de pruebas de diagnóstico, a menos que el plan de salud lo autorice previamente.

- Examen de próstata y mamografía.
- Cirugía electiva para corregir la visión.
- Procedimientos gástricos para adelgazar.
- Cirugía / servicios cosméticos únicamente con fines cosméticos.
- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud, excepto la atención de emergencia y los servicios médicos para una madre y su (s) recién nacido (s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
- Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos proporcionados para el control de peso o el tratamiento de la obesidad, excepto los servicios asociados con el tratamiento de la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por el Plan de salud.
- Medicamentos recetados para bajar o subir de peso.
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia.
- Vacunas únicamente para viajes al extranjero.
- Cuidado de los pies de rutina, como cuidado higiénico (el cuidado de los pies de rutina no incluye el tratamiento de lesiones o complicaciones de la diabetes).
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, tensos o planos y corte o eliminación de callos, callosidades y uñas de los pies (esto no se aplica a la extracción de raíces de las uñas o al tratamiento quirúrgico de afecciones subyacentes a callos, callosidades o uñas encarnadas).
- Reemplazo o reparación de dispositivos protésicos y equipo médico duradero debido a mal uso, abuso o pérdida cuando lo confirme el Miembro o el proveedor.
- Calzado ortopédico correctivo.
- Artículos de conveniencia.
- Medicamentos de venta libre
- Ortesis que se utilizan principalmente con fines deportivos o recreativos.
- Cuidado de custodia (cuidado que ayuda a un niño con las actividades de la vida diaria, como asistencia para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparación de una dieta especial y supervisión de medicamentos que generalmente se administra por sí mismo o proporcionado por uno de los padres. Esta atención no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado). Esta exclusión no se aplica a los servicios de cuidados hospicio.
- Limpieza.
- Los servicios de instalaciones públicas y la atención para las afecciones que las leyes federales, estatales o locales exigen que se brinden en una instalación pública o la atención brindada mientras se encuentran bajo la custodia de las autoridades legales.
- Servicios o suministros recibidos de una enfermera, que no requieren la habilidad y capacitación de una enfermera.
- Entrenamiento y terapia visuales.
- El reembolso de los servicios de fisioterapi a, terapia ocupacional o terapia del habla en la escuela no está cubierto, excepto cuando lo solicite un médico / PCP.
- Gastos no médicos del donante.

- Cargos incurridos como donante de un órgano cuando el receptor no está cubierto por este plan de salud.
- Cobertura mientras viaja fuera de los Estados Unidos y los territorios de los EE. UU. (Incluidos Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los EE. UU., El Estado Libre Asociado de las Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Estadounidense).

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS

¿Qué sucede si necesito Equipo Médico Duradero (DME) u otros productos que normalmente se encuentran en una farmacia?
Algunos Equipos Médicos Duraderos (DME) y productos que normalmente se encuentran en una farmacia están cubiertos por los programas CHIP y CHIP Perinatal de Recién Nacido. Para todos los Miembros, Community First Health Plans paga por nebulizadores, suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Para los niños (desde el nacimiento hasta los 20 años), Community First Health Plans también paga los medicamentos recetados de venta libre, los pañales, la fórmula y algunas vitaminas y minerales médicamente necesarios.

Llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 para obtener más información sobre DME.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

¿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 enviará la receta a la farmacia.

Las exclusiones son, entre otras: medicamentos anticonceptivos recetados solo para propósitos de 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. **No hay copagos obligatorios para los Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal.**

¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos o los de mi hijo?
Si tiene problemas para obtener sus medicamentos cubiertos o los de su hijo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347. Podemos trabajar con usted y su farmacia para asegurarnos de que usted o su hijo obtengan los medicamentos que usted o su hijo necesitan.

¿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 a usted o a su hijo 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 usted o a su hijo a obtener o volver a surtir los medicamentos

¿Qué pasa si pierdo mi medicación o la de mi hijo?
Si usted o su hijo pierden la medicación, llame a su médico o al médico de su hijo para obtener ayuda. Si el consultorio de su médico o el de su hijo está cerrado, es posible que la farmacia donde usted o su hijo obtuvo el medicamento pueda ayudarlo. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda al 1-800-434-2347.

FARMACIAS DE LA RED

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?
Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar una farmacia de la red. También puede encontrar una lista de farmacias de la red utilizando nuestro localizador de farmacias en CommunityFirstMedicaid.com.

¿Qué llevo conmigo a la farmacia?
Debe traer su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First Health Plans o la de su hijo y la receta de su hijo.

¿Qué pasa si voy a una farmacia que no pertenece a la red?
Si va a una farmacia que no está en la red, es posible que su receta no esté cubierta. Es posible que usted sea responsable de los cargos del medicamento recetado. Deberá llevar su receta a una farmacia que acepte Community First Health Plans.

¿Cómo transfiero mis recetas a otra farmacia de la red?
Si necesita transferir su (s) receta (s), siga los siguientes pasos:

1. Llame a la nueva farmacia de la red a la que le gustaría transferir su (s) receta (s) y brinde la información necesaria al farmacéutico; o
2. Lleve el envase de su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Cómo obtengo mi medicamento si estoy de viaje?
Community First Health Plans tiene farmacias de la red en los 50 estados. Si necesita un resurtido durante las vacaciones, llame a su médico para que le dé una nueva receta.

ENTREGA DE MEDICAMENTOS

¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos o los de mi hijo?
Es posible que pueda recibir sus medicamentos o los de su hijo por correo. El asociado de Community First para los beneficios de farmacia es Navitus. Su socio de pedidos por correo es H-E-B. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 si desea ver si su farmacia ofrece entrega de medicamentos por correo.

MEDICAMENTOS SIN RECETA

¿Qué hago si yo necesito o mi hijo necesita un medicamento sin receta?
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 necesita un medicamento sin receta, tendrá que pagar por él.

PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS

¿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.

SERVICIOS DE LA VISIÓN

¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica / cómo obtengo servicios de atención oftalmológica para mi hijo?
Community First Health Plans se asocia con Envolve para brindar servicios de atención oftalmológica de rutina a nuestros Miembros. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 para obtener ayuda para encontrar un proveedor Envolve cerca de usted.

También puede buscar proveedores de Envolve en nuestro sitio CommunityFirstMedicaid.com o visitando VisionBenefits.EnvolveHealth.com.

SERVICIOS DENTALES

SERVICIOS DENTALES DE EMERGENCIA

¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?
Community First Health Plans pagará algunos servicios dentales de emergencia en el hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Community First pagará los siguientes servicios:

- tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos a dientes y estructuras de soporte.
- Extracción de quistes.
- tratamiento dental originado por un absceso en la boca o en las encías
- tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales

Community First cubre servicios relacionados con el hospital, el doctor y los servicios médicos para los condiciones anteriores. Esto incluye los servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo necesite, como la anestesia u otros medicamentos.

El beneficio médico de CHIP ofrece cobertura limitada para servicios dentales de emergencia para mandíbula dislocada, golpes en los dientes y extirpación de quistes; tratamiento dental originado por un absceso en la boca o en las encías; tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales; y medicamentos.

SERVICIOS DENTALES DE RUTINA

El plan dental CHIP de su hijo brinda todos los demás servicios dentales, incluidos los servicios que ayudan a prevenir las caries y los servicios que solucionan los problemas dentales. Puede elegir la Organización de Mantenimiento Dental (DMO) de su elección.

DentaQuest: 1-800-516-0165
MCNA Dental: 1-855-691-6262
United Healthcare Dental: 1-877-901-7321

Llame al plan dental CHIP de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrecen. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda para programar una cita dental de rutina o para obtener más información.

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA INFANCIA

¿Qué es la Intervención Temprana en la Infancia (ECI)?
ECI es un programa estatal para familias con niños, desde el nacimiento hasta los tres años, con discapacidades y retrasos en el desarrollo. ECI apoya a las familias para ayudar a sus hijos a alcanzar su potencial a través de los servicios de desarrollo. Los servicios son proporcionados por una variedad de agencias y organizaciones locales a lo largo de Texas.

¿Necesito una derivación para esto?
Puede solicitar una derivación del proveedor de atención primaria de su hijo para los servicios de ECI. Sin embargo, no se requiere una derivación. Puede llamar a ECI directamente y solicitar una evaluación sin una derivación.

¿Dónde encuentro un Proveedor de ECI?
Puede buscar un proveedor de ECI en su área utilizando la herramienta de búsqueda del programa ECI en Citysearch.HHSC.State.TX.us. Usted también puede llamar a la oficina del defensor del pueblo al 1-877-787-8999, seleccionar un idioma y luego seleccionar la opción 3.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

DERECHOS DE LOS MIEMBROS

1. Usted tiene el derecho de obtener información correcta y fácil de entender para ayudar a tomar mejores decisiones sobre el plan de salud y los doctores, hospitales y otros proveedores de su hijo.
2. 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 atención primaria de su hijo y cualquier especialista que quiera ver estén en la misma "red limitada".
3. 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.
4. 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.
5. Usted tiene el derecho de saber el nombre y dirección de los hospitales y otros proveedores 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 pueda obtener la atención adecuada cuando la necesita.
7. 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 atención primaria del niño. Pregunte al plan de salud acerca de esto.

8. Los niños a quienes les diagnostican necesidades médicas especiales o una disca pacídad tienen el derecho de recibir atención especializada.
9. 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.
10. Su hija tiene el derecho de ver a cualquier ginecoobstetra (OB/GYN) participante sin una derivación de su proveedor de atención primaria 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 derivación.
11. 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. No se aplican copagos al Miembros de CHIP Perinatal.
12. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en las decisiones sobre la atención médica de su hijo.
13. Usted tiene el derecho de hablar en nombre de su hijo en todas las decisiones de tratamiento.
14. 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.
15. Usted tiene el derecho de recibir un trato justo del plan de salud y de los doctores, hospitales y otros proveedores.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Tiene el derecho de saber que es responsable de pagar sólo los copagos aprobados por servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
20. Tiene derecho a no ser restringido o aislado cuando sea para la conveniencia de otra persona, para obligarlo a hacer algo que no desea hacer o para castigarlo.

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. Debe intentar seguir hábitos saludables. Anime a su hijo a mantenerse alejado del tabaco y a comer una dieta saludable.

1. Usted tien e que tratar de tener hábitos sanos. Anime a su hijo a evitar el tabaco ya tener una dieta saludable.
2. Usted tiene que participar en las decisiones del médico sobre los tratamientos de su hijo.
3. Usted tiene que trabajar con los doctores y otros proveedores del plan de salud para elegir 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 ya otros proveedores los copagos que les debe. Si su hijo recibe servicios 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.

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 HHS.gov/OCR.

SECCIÓN III

CHIP PERINATAL

Las referencias a "usted", "mi" y "yo" se aplican si usted es Miembro de CHIP.
Las referencias a "mi hijo" se aplican si su hijo es un Miembro de CHIP o un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal.

PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PERINATAL

Nos preocupamos por su salud y bienestar y el de su bebé por nacer. La atención prenatal es esencial para ayudar a crear mejores resultados de salud para usted y su bebé.

PROVEEDORES PERINATALES

¿Cómo elijo un proveedor perinatal?
Puede encontrar una lista de proveedores perinatales disponibles en nuestro Directorio de proveedores de CHIP Perinatal en línea y en CommunityFirstMedicaid.com. Si necesita ayuda para elegir un proveedor perinatal, también puede comunicarse a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

¿Puede una clínica (Clínica de Salud Rural/Centro de Salud Calificado Federalmente) ser mi proveedor perinatal?
Sí. Puede elegir un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) o una Clínica de Salud Rural (RHC) como su proveedor perinatal.

¿Necesito una derivación para esto?
No necesita una derivación para consultar a un proveedor perinatal.

¿Qué necesito llevar a mi cita?
Debe traer su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First.

¿Qué tan pronto puedo ser atendido después de contactar a un proveedor perinatal para una cita?
Espere que lo vean para atención perinatal dentro de dos semanas.

¿Cómo obtengo atención médica fuera del horario de consulta?
Si tiene un problema urgente, llame primero al consultorio de su proveedor perinatal. Puede dejar un mensaje y esperar una llamada. Su proveedor perinatal o un médico de guardia están disponibles para usted, ya sea en persona o por teléfono, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

También puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-434-2347. La enfermera puede brindarle asesoramiento médico en el hogar o derivarlo a un centro de atención urgente/sala de emergencias de un hospital, si es necesario.

¿Puedo quedarme con mi proveedor perinatal si no pertenece a Community First Health Plans?
Deberá elegir un nuevo proveedor perinatal de Community First si su proveedor perinatal actual no está en nuestra red. Llame a Servicios para Miembros o seleccione un nuevo proveedor perinatal en línea.

ELEGIR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA SU BEBÉ

¿Puedo elegir un proveedor de atención primaria para mi bebé antes de que nazca?
Sí. Es mejor elegir un proveedor de atención primaria (PCP) antes de que nazca su bebé. El PCP de su bebé lo examinará mientras esté en el hospital y luego se ocupará de las necesidades de atención médica de su bebé después de que usted y su bebé sean dados de alta.

¿A quién le llamo? ¿Qué información necesito?
Para elegir un PCP para su bebé, llame a Servicios para Miembros. Un Representante puede ayudarlo a elegir un PCP de la red. Dígale al Representante su fecha de parto o la fecha de nacimiento del bebé si ya ha dado a luz. También puede elegir un PCP de la red de nuestro Directorio de Proveedores en línea.

Si no elige un PCP, Community First elegirá uno para su bebé.

TIPOS DE ATENCIÓN MÉDICA

CUIDADO MÉDICO DE RUTINA

¿Qué es la atención médica de rutina?
La atención médica de rutina es la atención regular que recibe de su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarle a mantenerse saludable, como chequeos regulares. La atención médica de rutina incluye:

- Chequeos regulares
- Inmunizaciones
- Tratamiento cuando está enfermo
- Atención de seguimiento cuando se realice pruebas médicas
- Recetas médicas

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica de rutina?
Comuníquese con su proveedor perinatal para programar una cita para atención médica de rutina, incluidos chequeos médicos regulares.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?
Puede esperar ser atendido por su proveedor perinatal dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud de una cita de rutina.

ATENCIÓN MÉDICA URGENTE

¿Qué es la atención médica urgente?
Otro tipo de cuidado es la atención de urgencia. Hay algunas lesiones y enfermedades que probablemente no sean emergencias, pero pueden convertirse en emergencias si no se tratan dentro de las 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Quemaduras o cortes leves
- Dolor de oído
- Dolor de garganta
- Esguinces / distensiones musculares

¿Qué debo hacer si necesito atención médica urgente?
Para recibir atención médica urgente, debe llamar al consultorio de su proveedor perinatal, incluso en las noches y los fines de semana. Su Proveedor le dirá qué hacer. En algunos casos, su Proveedor puede indicarle que vaya a una clínica de atención de urgencia.

También puede llamar a nuestra Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas al 1-800-434-2347 para obtener ayuda para obtener la atención que usted o su hijo necesitan.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?
Debería poder ver a su proveedor perinatal dentro de las 24 horas para una cita de atención de urgencia. Si su Proveedor le dice que vaya a una clínica de atención de urgencia, no es necesario que llame a la clínica antes de ir. Para obtener una lista de las clínicas de atención de urgencia de la red, visite CommunityFirstMedicaid.com.

ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA

¿Qué es una emergencia y qué es un padecimiento médico de emergencia?
Un Miembro de CHIP Perinatal se define como un niño que aún no ha nacido. La atención de emergencia está cubierta si está directamente relacionada con el bebé por nacer, hasta su nacimiento. Se ofrece atención de emergencia para los siguientes padecimientos médicos de emergencia:

- Examen de evaluación médica para determinar la emergencia cuando esté directamente relacionada con el parto del niño por nacer bajo cobertura.
- Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del niño por nacer bajo cobertura.
- Transporte de emergencia por tierra, aire y mar para el trabajo de parto y el trabajo de parto en peligro.
- Transporte de emergencia por tierra, aire y mar para emergencias relacionadas con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que expire en el útero).

Límites del beneficio: Los servicios después del parto o complicaciones que resulten en la necesidad de servicios de emergencia para la madre en el programa CHIP Perinatal no están cubiertos.

¿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, entre ellos los servicios de atención de pos-estabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del bebé.

¿Que es la pos-estabilización?
Los servicios de atención de pos-estabilización son servicios cubiertos por CHIP que mantienen al Miembro en una condición estable después de recibir atención médica de emergencia.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan para recibir atención de emergencia?
Será atendido lo antes posible. Es posible que deba esperar si su afección no es grave. Si tiene una condición potencialmente mortal, recibirá atención médica de inmediato.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CHIP PERINATAL

¿Cuáles son los beneficios de atención médica de CHIP Perinatal de mi hijo por nacer?
Utilice el cuadro de la página siguiente para revisar los beneficios de su recién nacido como Miembro de CHIP Perinatal de Recién Nacido.

¿Cómo obtengo estos servicios?
Llame a Servicios para Miembros estaremos encantados de explicarle cómo puede obtener estos servicios.

¿Cuánto tengo que pagar por mi atención médica bajo CHIP Perinatal?
¿Tengo un copago?
Los copagos, los costos compartidos y las tarifas de inscripción no se aplican, en ningún nivel de ingresos, a los Miembros de CHIP Perinatal.

¿Qué sucede si necesito servicios que no están cubiertos por CHIP Perinatal?
Tendrá que pagar por los servicios que reciba si no están cubiertos por su plan. •
Puede revisar una lista de servicios no cubiertos por CHIP Perinatal en este Manual para Miembros.

BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE CHIP PERINATAL

SERVICIO CUBIERTO	LIMITACIONES
HOSPITALIZACIÓN GENERAL GRAVE Los servicios incluyen: • Servicios proporcionados por el hospital y médicamente necesarios cubiertos • Quirófanos, salas de recuperación y otras salas de tratamiento • Anestesia y administración (componente técnico de la instalación) • Los servicios quirúrgicos médicamente necesarios se limitan a los servicios que se relacionan directamente con el parto del feto y los servicios relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). • Servicios para pacientes hospitalizados asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes hospitalizados asociados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable incluyen, entre otros: procedimientos de dilatación y legrado (D&C), medicamentos apropiados administrados por el Proveedor, ecografías y examen histológico de muestras de tejido.	• Para los Miembros de CHIP Perinate con ingresos familiares iguales o inferiores al umbral de elegibilidad de Medicaid (198 por ciento del nivel federal de pobreza [FPL]), los cargos del hospital/instalación no son un beneficio cubierto; sin embargo, los cargos por servicios profesionales asociados con el trabajo de parto y el parto son un beneficio cubierto. *Nota: Los cargos hospitalarios/ de las instalaciones se pagan a través de Medicaid de emergencia. El hospital/centro deberá completar y enviar un formulario de certificación de servicios médicos de emergencia H3038 para establecer Medicaid de emergencia para el trabajo de parto y facturar los cargos del centro tanto para la madre como para el recién nacido a TMHP.* • Para los Miembros de CHIP Perinate con ingresos familiares superiores al umbral de elegibilidad de Medicaid (199 por ciento, hasta e incluyendo el 202 por ciento del FPL), los beneficios se limitan a los cargos del centro, los cargos por servicios profesionales y los cargos del centro asociados con el trabajo de parto y el parto hasta nacimiento. También están cubiertos los servicios relacionados con un aborto espontáneo y/o un embarazo no viable. *Nota: Medicaid de emergencia no es necesario para facturar los cargos de las instalaciones de CHIP Perinates en familias con ingresos entre el 199 y el 202 por ciento del FPL.* • Los servicios quirúrgicos se limitan a servicios que se relacionan directamente con el parto del feto. • Los servicios hospitalarios/centros se limitan al trabajo de parto hasta el nacimiento.

BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE CHIP PERINATAL	
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**
SERVICIOS DEL CENTRO DE MATERNIDAD	• Cubre los servicios de maternidad proporcionados por un centro de maternidad autorizado. Limitado a los servicios de las instalaciones (por ejemplo, trabajo de parto y parto) • Se aplica solo a Miembros de CHIP Perinatal (niño por nacer) con ingresos del 186% del FPL al 200% del FPL.

BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE CHIP PERINATAL

SERVICIO CUBIERTO	LIMITACIONES
HOSPITAL INTEGRAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS, CLÍNICA (INCLUIDO EL CENTRO DE SALUD) Y CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA Los servicios incluyen los siguientes servicios proporcionados en una clínica o sala de emergencias de un hospital, una clínica o centro de salud, un departamento de emergencias en un hospital o un entorno de atención médica ambulatoria: • Radiografías, imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico de la instalación) • Pruebas de diagnóstico de máquinas • Fármacos, medicamentos y productos biológicos que son medicamentos recetados e inyectados médicamente necesarios • Servicios para pacientes ambulatorios asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios para pacientes ambulatorios asociados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable incluyen, entre otros: procedimientos de dilatación y legrado (D&C), medicamentos apropiados administrados por el Proveedor, ecografías y examen histológico de muestras de tejido.	• **Puede requerir autorización previa** y prescripción médica. • Los servicios de laboratorio y radiológicos se limitan a los servicios que se relacionan directamente con la atención antes del parto y / o la entrega del CHIP Perinatal cubierto hasta el nacimiento. • La ecografía del útero de la embarazada es un beneficio cubierto del Programa Perinatal de CHIP cuando está médicamente indicado. La ecografía puede estar indicada en caso de sospecha de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal o conformación de la edad gestacional, aborto espontáneo o embarazo no viable. • La amniocentesis, la cordocentesis, la transfusión intrauterina fetal (FIUT) y la guía ultrasónica para la cordocentesis, FIUT son beneficios cubiertos del programa perinatal de CHIP con un diagnóstico adecuado. • Las pruebas de laboratorio para el programa CHIP Perinatal se limitan a: pruebas en reposo, pruebas de estrés por contracciones, hemoglobina o hematocrito repetidos un trimestre y entre las 32 y 36 semanas de embarazo; o hemograma completo (CBC), análisis de orina para proteínas y glucosa en cada visita, tipo de sangre y detección de anticuerpos RH; repetir el cribado de anticuerpos para mujeres RH negativas a las 28 semanas seguido de la administración de inmunoglobulina RHO si está indicado; título de anticuerpos contra la rubéola, serología para la sífilis, antígeno de superficie de la hepatitis B, citología cervical, prueba de embarazo, prueba de gonorrea, cultivo de orina, prueba de células falciformes, prueba de tuberculosis (TB), detección de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), prueba de clamidia, otras pruebas de laboratorio no se especifica, pero se considera

BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE CHIP PERINATAL	
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**
HOSPITAL INTEGRAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS, CLÍNICA (INCLUIDO EL CENTRO DE SALUD) Y CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA, CONTINUACIÓN.	médicamente necesario, y pruebas de marcadores múltiples para defectos del tubo neural (si el cliente inicia la atención entre las 16 y 20 semanas); detección de diabetes gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; otras pruebas de laboratorio según lo indique la condición médica del cliente. • Los servicios quirúrgicos asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) son un beneficio cubierto.

BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE CHIP PERINATAL

SERVICIO CUBIERTO	LIMITACIONES
SERVICIOS PROFESIONALES DE MÉDICO O PROFESIONAL MÉDICO AUXILIAR Nuestros servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: • Los servicios médicos necesarios por motivos médicos se limitan a la atención prenatal y posparto y / o el parto del feto cubierto hasta el nacimiento. • Visitas al consultorio médico, servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios • Servicios de laboratorio, radiografías, imágenes y patología, incluido el componente técnico y / o interpretación profesional • Medicamentos, biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico. • Componente profesional (paciente hospitalizado / ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, que incluyen: ◦ Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos directamente relacionados con el trabajo de parto con el parto del feto cubierto hasta el nacimiento. ◦ Administración de anestesia por un médico (que no sea un cirujano) o CRNA ◦ Procedimientos de diagnóstico invasivos directamente relacionados con el trabajo de parto del feto. ◦ Servicios para pacientes hospitalizados asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). • Servicios médicos hospitalarios (incluidos los componentes técnicos e interpretativos realizados por médicos) • Componente profesional asociado con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios profesionales asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros: procedimientos de dilatación y legrado (D&C), medicamentos apropiados administrados por el proveedor, ecografías y examen histológico de muestras de tejido.	• **Puede requerir autorización** para servicios especializados. • Componente profesional de la ecografía del útero gestante cuando esté médicamente indicado por sospecha de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal o conformación de la edad gestacional. • Componente profesional de amniocentesis, cordocentesis, transfusión intrauterina fetal (FIUT) y guía ultrasónica para amniocentesis, cordocentesis y FIUT.

BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE CHIP PERINATAL

SERVICIO CUBIERTO	LIMITACIONES
SERVICIOS PRESTADOS POR UNA ENFERMERA PARTERA CERTIFICADA O UN MÉDICO EN UN CENTRO DE MATERNIDAD AUTORIZADO	Cubre los servicios prenatales, de parto y posparto prestados en un centro de maternidad autorizado. Los servicios prenatales están sujetos a las siguientes limitaciones: Los servicios se limitan a una visita inicial y visitas de atención prenatal (antes del parto) posteriores que incluyen: • Una (1) visita cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas o el embarazo; (2) una (1) visita cada dos (2) a tres (3) semanas desde las 28 a las 36 semanas de embarazo; y (3) una (1) visita por semana desde las 36 semanas hasta el parto. • Se permiten visitas más frecuentes según sea médicamente necesario. Los beneficios se limitan a: • Límite de 20 visitas prenatales y dos (2) visitas posparto (máximo dentro de los 60 días) sin documentación de una complicación del embarazo. Pueden ser necesarias visitas más frecuentes para embarazos de alto riesgo. Las visitas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 visitas por embarazo. La documentación que respalde la necesidad médica debe mantenerse y está sujeta a revisión retrospectiva. • Las visitas posteriores a la visita inicial deben incluir: ◦ antecedentes provisionales (problemas, estado civil, estado fetal) ◦ examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo uterino, posición fetal y tamaño, frecuencia cardíaca fetal, extremidades) y pruebas de laboratorio (análisis de orina para detectar proteínas y glucosa en cada visita; hematocrito o hemoglobina repetidos una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo; detección de múltiples marcadores para anomalías fetales ofrecida a las 16-20 semanas de embarazo; repetir la prueba de anticuerpos para mujeres Rh negativas a las 28 semanas seguido de la administración de inmunoglobulina Rho si está indicado; prueba de diabetes

BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE CHIP PERINATAL	
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**
SERVICIOS PRESTADOS POR UNA ENFERMERA PARTERA CERTIFICADA O UN MÉDICO EN UN CENTRO DE MATERNIDAD AUTORIZADO, CONTINUACIÓN	gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; y otras pruebas de laboratorio según lo indique la condición médica de la clienta).
SERVICIOS Y SUMINISTROS FAMILIARES DE ATENCIÓN PRENATAL Y PRE-EMBARAZO Los servicios cubiertos se limitan a una visita inicial y visitas de atención prenatal (antes del parto) posteriores que incluyen: • Una visita cada cuatro semanas durante las primeras 28 semanas o el embarazo; una visita cada dos o tres semanas desde las 28 a las 36 semanas de embarazo; y una visita por semana desde las 36 semanas hasta el parto • Se permiten visitas más frecuentes según sea médicamente necesario.	• **No requiere autorización previa.** • Límite de 20 visitas prenatales y dos (2) visitas posparto (máximo dentro de los 60 días) sin documentación de una complicación del embarazo. Pueden ser necesarias visitas más frecuentes para embarazos de alto riesgo. Las visitas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 visitas por embarazo. La documentación que respalde la necesidad médica debe mantenerse en los archivos del médico y está sujeta a revisión retrospectiva. • Las visitas posteriores a la visita inicial deben incluir: antecedentes provisionales (problemas, estado materno, estado fetal), examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo uterino, posición y tamaño fetal, frecuencia cardíaca fetal, extremidades) y pruebas de laboratorio (análisis de orina para detectar proteínas y glucosa en cada visita; hematocrito o hemoglobina repetidos una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo; cribado de marcadores múltiples para anomalías fetales ofrecido a las 16-20 semanas de embarazo; repetición del cribado de anticuerpos para mujeres Rh negativas a las 28 semanas seguido de inmunoglobulina Rho administración si está indicado; detección de diabetes gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; y otras pruebas de laboratorio según lo indique la condición médica de la clienta).

BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE CHIP PERINATAL

SERVICIO CUBIERTO	LIMITACIONES
SERVICIOS DE EMERGENCIA, INCLUIDOS HOSPITALES DE EMERGENCIA, MÉDICOS Y SERVICIOS DE AMBULANCIA El plan de salud no puede requerir autorización como condición para el pago de condiciones de emergencia o trabajo de parto y parto. Los servicios cubiertos se limitan a los servicios de emergencia que están directamente relacionados con el parto del feto cubierto hasta el nacimiento. • Servicios de emergencia basados en la definición prudente de la condición de salud de emergencia por parte de un profano. • Examen de detección médica para determinar una emergencia cuando esté directamente relacionado con el parto del feto cubierto. • Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el parto del feto cubierto. • El transporte de emergencia por tierra, aire y agua para el trabajo de parto y el parto amenazado es un beneficio cubierto. • Servicios para pacientes hospitalizados asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero).	• Para los Miembros de CHIP Perinate con ingresos familiares iguales o inferiores al umbral de elegibilidad de Medicaid (198 por ciento del nivel federal de pobreza [FPL]), los cargos del hospital/instalación no son un beneficio cubierto; sin embargo, los cargos por servicios profesionales asociados con el trabajo de parto y el parto son un beneficio cubierto. *Nota: Los cargos hospitalarios/ de las instalaciones se pagan a través de Medicaid de emergencia. El hospital/centro deberá completar y enviar un formulario de certificación de servicios médicos de emergencia H3038 para establecer Medicaid de emergencia para el trabajo de parto y facturar los cargos del centro tanto para la madre como para el recién nacido a TMHP.* • Para los Miembros de CHIP Perinate con ingresos familiares superiores al umbral de elegibilidad de Medicaid (199 por ciento, hasta e incluyendo el 202 por ciento del FPL), los beneficios se limitan a los cargos del centro, los cargos por servicios profesionales y los cargos del centro asociados con el trabajo de parto y el parto hasta nacimiento. También están cubiertos los servicios relacionados con un aborto espontáneo y/o un embarazo no viable. *Nota: Medicaid de emergencia no es necesario para facturar los cargos de las instalaciones de CHIP Perinates en familias con ingresos entre el 199 y el 202 por ciento del FPL.* • Servicios de emergencia que se relacionan directamente con el parto del feto cubierto hasta el nacimiento. • Los servicios posparto o las complicaciones que resulten en la necesidad de servicios de emergencia para la madre no son un beneficio cubierto.
SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS CLos servicios de administración de casos son un beneficio cubierto para el feto.	• Estos servicios incluyen alcance, información, administración de casos, coordinación de la atención y remisión a la comunidad.

BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE CHIP PERINATAL	
SERVICIO CUBIERTO	**LIMITACIONES**
SERVICIOS DE COORDINACIÓN DE CUIDADOS Los servicios de coordinación de cuidados son un beneficio cubierto para el feto.	
BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS Nuestros servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: • Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios; incluidos los medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por farmacias y administrados por proveedores; y • Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno hospitalario	• Los servicios deben ser médicamente necesarios para el feto.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA NO CUBIERTOS

¿Qué servicios no están cubiertos por el programa CHIP Perinatal?

- Para las familias de CHIP Perinatal con ingresos iguales o inferiores al 185% del Nivel Federal de Pobreza, los cargos de la instalación para pacientes hospitalizados no son un beneficio cubierto si están asociados con la admisión inicial del Recién Nacido Perinatal. "Admisión inicial perinatal del recién nacido" significa la hospitalización asociada con el nacimiento.
- Tratamientos para pacientes hospitalizados y ambulatorios que no sean atención prenatal, trabajo de parto con parto y atención posparto relacionados con el feto cubierto hasta el nacimiento. Los servicios relacionados con trabajo de parto prematuro, falso o de otro tipo que no resulten en un parto son servicios excluidos.
- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados.
- Servicios ambulatorios de salud mental
- Equipo Médico Duradero (DME) u otros dispositivos de rehabilitación relacionados con la medicina.
- Suministros médicos desechables.
- Servicios de atención médica domiciliaria y comunitaria.
- Servicios de enfermería
- Servicios dentales
- Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados y servicios residenciales de tratamiento por abuso de sustancias.
- Atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios
- Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios para personas con trastornos del habla, la audición y el lenguaje.
- Cuidados para enfermos terminales
- Centro de enfermería especializada y servicios hospitalarios de rehabilitación.
- Servicios de emergencia que no estén directamente relacionados con el parto del feto cubierto.
- Servicios de trasplante
- Programas para dejar de fumar
- Servicios quiroprácticos
- Transporte médico que no esté directamente relacionado con el trabajo de parto o el trabajo de parto amenazado y / o el parto del feto cubierto.
- Artículos de comodidad personal que incluyen, entre otros, kits de cuidado personal proporcionados en la admisión de pacientes hospitalizados, teléfono, televisión, fotografías de recién nacidos, comidas para los invitados del paciente y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento específico relacionado con el trabajo de parto y el parto o la atención posparto.
- Procedimientos o servicios médicos, quirúrgicos u otros servicios de atención médica experimentales y / o de investigación que generalmente no se emplean o no se reconocen dentro de la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adversa y es elegible para ser revisada por una Organización de Revisión Independiente.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA NO CUBIERTOS

- Tratamiento o evaluaciones requeridos por terceros, incluidos, entre otros, aquellos para escuelas, empleo, autorización de vuelo, campamentos, seguros o tribunales.
- Servicios de enfermería privada cuando se realizan en régimen de internación o en un centro de enfermería especializada.
- Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos que incluyen, entre otros, un corazón artificial
- Servicios y suministros hospitalarios cuando el confinamiento sea únicamente con fines de pruebas de diagnóstico y no sea parte del trabajo de parto y el parto.
- Examenes de próstata y mamografía.
- Cirugía electiva para corregir la visión.
- Procedimientos gástricos para adelgazar.
- Cirugía / servicios cosméticos únicamente con fines cosméticos.
- Dispositivos dentales únicamente con fines cosméticos.
- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud, excepto la atención de emergencia relacionada con el trabajo de parto y el parto del feto cubierto.
- Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos proporcionados para el control de peso o el tratamiento de la obesidad.
- Medicamentos recetados para bajar o subir de peso.
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia.
- Vacunas únicamente para viajes al extranjero.
- Cuidado de los pies de rutina, como cuidado higiénico (el cuidado de los pies de rutina no incluye el tratamiento de lesiones o complicaciones de la diabetes).
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, tensos o planos y corte o eliminación de callos, callosidades y uñas de los pies (esto no se aplica a la extracción de raíces de las uñas o al tratamiento quirúrgico de afecciones subyacentes a callos, callosidades o uñas encarnadas).
- Calzado ortopédico correctivo.
- Artículos de conveniencia.
- Medicamentos de venta libre
- Soportes ortopédicos que se utilizan principalmente con fines deportivos o recreativos.
- Cuidado de custodia (cuidado que ayuda con las actividades de la vida diaria, como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparación de una dieta especial y supervisión de medicamentos que generalmente es auto administrada o proporcionada por un cuidador. Esta atención no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado).
- Limpieza.
- Servicios de instalaciones públicas y atención para afecciones que la ley federal, estatal o local requiere que se brinde en una instalación pública o que se brinde atención mientras se encuentre bajo la custodia de las autoridades legales.
- Servicios o suministros recibidos de una enfermera, que no requieren la habilidad y capacitación de una enfermera.
- Entrenamiento de la vista, terapia de la vista o servicios de la vista.
- No se cubre el reembolso de los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla en la escuela.
- Gastos no médicos del donante.

- Cargos incurridos como donante de un órgano.
- Cobertura mientras viaja fuera de los Estados Unidos y los territorios de los EE. UU. (Incluidos Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los EE. UU., El estado libre asociado de las Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Estadounidense).

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO CHIP PERINATE

¿Qué beneficios adicionales obtengo como Miembro de Community First Health Plans?
Community First Health Plans ofrece los servicios de mayor valor agregado a nuestros Miembros. Revise el cuadro a continuación para obtener más información sobre los servicios de valor agregado disponibles para usted como Miembro de Community First en el programa CHIP Perinatal.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios?
Para saber cómo puede recibir estos beneficios adicionales como Miembro de Community First en el programa CHIP Perinatal, llame al 210-358-6055.

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE CHIP PERINATE	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	**RESTRICCIONES/LIMITACIONES**
Ayuda adicional para mujeres embarazadas que participen en Expectativas Saludables, Programa de Maternidad, que incluye:	
• Baby Shower Mami y Yo ◦ Un asiento de seguridad para bebés o Pack 'n Play (cuna de viaje y moisés portátil) gratuito ◦ Bolsa de pañales gratuita con artículos para bebé, incluidas toallitas húmedas y otros artículos ◦ Regalos gratis para las parejas que asisten al Baby Shower Mami y Yo con mamá	*Limitado a un Baby Shower por embarazo, a menos que tenga más de un bebé (es decir, gemelos).*
• Para Miembros embarazadas que participan tanto en Expectativas Saludables como en el Club de Salud Comunitaria Materna: ◦ Un educador de salud asignado a usted para ayudarla a encontrar servicios de salud, recursos comunitarios y guiarla durante el embarazo y más allá ◦ Educación sobre el embarazo, parto, posparto y el bebé ◦ Asiento de seguridad para bebés o Pack 'n Play (cuna de viaje y moisés portátil) gratuito, lo que no haya recibido en el Baby Shower Mami y Yo ◦ Clases del cuarto trimestre sobre cuidado del recién nacido, lactancia materna y uso del asiento de seguridad en el auto	*Los Miembros recibirán una bolsa de pañales y la opción de un asiento de seguridad para bebés Pack 'n Play (cuna de viaje y moisés portátil)* *El Club de Salud Comunitaria Materna está limitado a Miembros embarazadas que también estén en el programa Expectativas Saludables.*

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO CHIP PERINATE

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE CHIP PERINATE	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	**RESTRICCIONES/LIMITACIONES**
Visitas domiciliarias para Miembros de alto riesgo que participan en los Programas de Salud y Bienestar de Community First, incluidos el Asma Importa, Diabetes en Control, Mente Sana y Expectativas Saludables	*Las visitas domiciliarias dependen de la necesidad médica determinaciones y varían de un Miembro a otro.*
Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas, atendida por un equipo de profesionales registrados que están disponibles todos los días, incluidos fines de semana y días feriados, para responder sus preguntas relacionadas con la salud. Los Miembros pueden llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería al 1-800-434-2347. Las personas sordas o con problemas de audición pueden llamar al 711.	
Ayuda adicional para obtener transporte (pases de autobús) para los Miembros, sus hermanos y sus padres o tutores legales a lugares como: • El supermercado • Servicios comunitarios • Eventos organizados por Community First • Clases de educación para la salud • Reuniones del Grupo Asesor de Miembros • WIC (El Programa para Mujeres, Bebés y Niños) • Oficinas de la Administración del Seguro Social • Oficinas comunitarias que ayudan a encontrar empleo y vivienda • Médico aprobado por la Administración del Seguro Social para citas solicitadas para la determinación de discapacidad y servicios.	*No se proporcionan pases de autobús a niños menores de 18 años a menos que estén con sus padres o tutores. Son sólo para uso no médico. Este servicio está disponible solo para rutas de servicio de autobús dentro de San Antonio, y las rutas las ofrece VIA Metropolitan Transit.*

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE CHIP PERINATE	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	**RESTRICCIONES/LIMITACIONES**
Programas de regalos, que incluyen: Hasta $150 para Miembros embarazadas que participan en Expectativas Saludables, Programa de Maternidad: • $30 por asistir al Baby Shower Mami y Yo • $30 por completar la evaluación de maternidad de Community First y aceptar recibir mensajes de texto de educación sobre la salud • $30 por completar una visita prenatal • $30 por recibir la vacuna contra la gripe durante el embarazo • $30 por completar una visita posparto entre 7 y 84 días después del parto Reembolso de hasta $30 por clases de preparación para el parto o por artículos relacionados con el embarazo, como una almohada para embarazadas • Tarjeta de regalo de $50 y artículos de salud y bienestar para cuidadores o Miembros que complete seis clases presenciales o virtuales del programa NAMI Basics de la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, que enseña cómo cuidar a un ser querido con una condición de salud mental	*La tarjeta de regalo no incluye el uso para cerveza, vino, alcohol, cigarrillos ni artículos cubiertos por el beneficio de farmacia del plan.* *La fecha de la visita prenatal debe ocurrir en el primer trimestre o dentro de los 42 días después de inscribirse en Community First.* *La fecha de la visita posparto debe ocurrir antes de que finalice la elegibilidad del Miembro.* *Community First reembolsará las clases de parto en el hospital donde la miembra del programa CHIP Perinate de Community First dé a luz a su bebé..* *Limitado a cuidadores que cuidan a Miembros o a Miembros que cuidan a sus hijos, de edades de 0 a 19 años, con una condición de salud mental diagnosticada..*
Servicios dentales adicionales, incluyendo: • Exámenes dentales, radiografías y servicios de ortodoncia a bajo costo.	*Limitado a un 10% de descuento. Sin monto máximo de beneficio. Para Miembros de entre 21 a 999 años y sus familiares sin cobertura dental.*
Recursos de salud mental en línea • Una página dedicada a recursos e información en CommunityFirstMedicaid.com	
Servicios de salud y bienestar • Apoyo gratuito y personalizado, junto con herramientas y estrategias para mantenerse motivado/a y ayudarle a dejar de fumar por teléfono o en línea. Incluye asesoramiento, educación, actividades y más	

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO CHIP PERINATE

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO DE CHIP PERINATE	
SERVICIOS DE VALOR AGREGADO	**RESTRICCIONES/LIMITACIONES**
Apoyo para obtener el GED • Programa de GED para ayudar a Miembros de 18 a 999 años a obtener su certificado GED, además de apoyo académico y profesional extra para empoderar a quienes ingresan al mundo laboral	*Miembros inscritos en el programa de GED deben:* • *Tener permiso legal para trabajar en los Estados Unidos.* • *Tener una identificación con foto.* • *Hacer todas las evaluaciones relacionadas con el programa.* • *Comprometerse a completar el programa.*

ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

PROGRAMA DE MATERNIDAD EXPECTATIVAS SALUDABLES

¿Qué otros servicios / actividades / educación ofrece Community First a las mujeres embarazadas?
El Programa de Maternidad Expectativas Saludables proporciona recursos educativos y apoyo para las futuras mamás, incluidos los Baby Showers Mami y Yo, para ayudarlos a usted y a su recién nacido a mantenerse saludables antes y después del parto.

Los beneficios del Programa de Maternidad Expectativas Saludables incluyen:

- Tarjeta de regalo al completar la evaluación de salud del embarazo, unirse al programa y aceptar recibir mensajes de texto de Health Baby
- Tarjeta de regalo por recibir la vacuna contra la gripe
- Tarjetas de regalo por completar chequeos pre y posnatales
- Contacto personal con un educador de salud
- Educación prenatal y posparto
- Reembolso por clases de parto o para una almohada de embarazo
- Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas
- Visitas domiciliarias para embarazos de alto riesgo

Una vez inscrita, también se le invitará a asistir a un Baby Shower Mami y Yo, una reunión mensual dirigida por un educador de salud y una enfermera obstetra experimentada donde las futuras mamás pueden aprender sobre la atención pre y posnatal, la lactancia materna y qué esperar durante el trabajo de parto y el parto, y el cuidado del recién nacido.

Al asistir, también puede ser elegible para recibir:

- Tarjeta regalo por asistir
- Pañalera llena de toallitas húmedas y otros artículos para bebés
- Asiento para el automóvil o corralito seguro para dormir
- Regalos para papá que asisten al baby shower junto con mamá

Para obtener más información o para inscribirse en el Programa de Maternidad Expectativas Saludables, visite CommunityFirstHealthPlans.com/Health-And-Wellness-Programs donde también puede realizar la evaluación de salud durante el embarazo. También puede llamar al 210-358-6055 para hablar con un educador de salud que pueda ayudarlo a inscribirse en este programa.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados para mi hijo por nacer?
CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que usted necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez enviará la receta a la farmacia.

No hay copagos obligatorios para los Miembros de CHIP Perinatal.

¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mi medicamento?
Si tiene problemas para obtener sus medicamentos cubiertos, llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347. Podemos trabajar con usted y su farmacia para asegurarnos de que obtenga los medicamentos que necesita.

¿Qué pasa si no pueden aprobar mi receta?
Si no se puede localizar a su médico para que apruebe una receta, es posible que pueda obtener un suministro de emergencia de su medicamento para tres días. Llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-800-434-2347 para obtener ayuda con sus medicamentos y reabastecimientos.

¿Qué pasa si pierdo mi (s) medicamento (s)?
Si pierde su medicamento, llame a su médico para que le ayude. Si el consultorio de su médico está cerrado, es posible que la farmacia donde obtuvo sus medicamentos pueda ayudarlo. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda al 1-800-434-2347.

FARMACIAS DE LA RED

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?
Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar una farmacia de la red. También puede encontrar una lista de farmacias de la red utilizando nuestro localizador de farmacias en CommunityFirstMedicaid.com.

¿Qué llevo conmigo a la farmacia?
Debe traer su tarjeta de Identificación de Miembro de Community First Health Plans y su receta.

¿Qué pasa si voy a una farmacia que no pertenece a la red?
Si va a una farmacia que no está en la red, es posible que su receta no esté cubierta. Es posible que usted sea responsable de los cargos del medicamento recetado. Deberá llevar su receta a una farmacia que acepte Community First Health Plans.

ENTREGA DE MEDICAMENTOS

¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?
Es posible que le envíen sus medicamentos por correo. El asociado de Community First para los beneficios de farmacia es Navitus. Su socio de pedidos por correo es H-E-B. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-434-2347 si desea ver si su farmacia ofrece entrega de medicamentos por correo.

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

¿Qué hago si yo necesito un medicamento de venta libre?
La farmacia no puede darle un medicamento sin receta como parte de sus beneficios de CHIP. Si usted necesita un medicamento sin receta, tendrá que pagar por él.

INSCRIPCIÓN SIMULTÁNEA

Si es Miembro de CHIP Perinatal y tiene hijos cubiertos por CHIP, sus hijos seguirán recibiendo los beneficios de CHIP, pero serán trasladados al mismo plan de salud que le brinda la cobertura de CHIP Perinatal.

- Los copagos, los costos compartidos y las tarifas de inscripción aún se aplican a los niños inscritos en el programa CHIP.
- Un niño por nacer que esté inscrito en CHIP Perinatal será transferido a Medicaid durante 12 meses de cobertura continua de Medicaid, comenzando en la fecha de nacimiento, si el niño vive en una familia con ingresos iguales o inferiores al umbral de elegibilidad de Medicaid.
- Un niño por nacer seguirá recibiendo cobertura a través del programa CHIP como un "recién nacido perinatal de CHIP" después del nacimiento si el niño nace en una familia con ingresos superiores al umbral de elegibilidad de Medicaid.

Para leer más sobre el programa CHIP Perinatal de Recién Nacido y los beneficios de salud, consulte la Sección II de este Manual para Miembros.

RENOVACIÓN DE COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Cuándo termina la cobertura de CHIP Perinatal?
Usted y su bebé tienen 12 meses de beneficios. Los beneficios comenzarán el mes en que se inscriba en CHIP Perinatal. Los beneficios de su bebé recién nacido (CHIP Perinatal de Recién Nacido) finalizarán 12 meses después de que se inscribió por primera vez.

¿El estado me enviará algo cuando finalice la cobertura de CHIP Perinatal?
Sí. Recibirá un paquete de renovación de CHIP durante el mes 10 de su inscripción.

¿Cómo funciona la renovación?
Deberá completar la solicitud de renovación que recibe por correo. Luego, lo enviará por correo a la dirección de inscripción.

- Si su bebé califica, se convertirá en un Miembro tradicional de CHIP.
- Si su familia se encuentra en o por debajo del 185% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), su bebé será trasladado a Medicaid durante 12 meses de cobertura continua de Medicaid a partir de su fecha de nacimiento.
- Si su familia está por encima del 185% al 200% del FPL, su hijo será elegible para recibir los beneficios de CHIP descritos en este manual.

FACTURACIÓN A LOS MIEMBROS

¿Qué pasa si recibo una factura de mi proveedor perinatal?
No debe recibir una factura de su proveedor perinatal por ningún servicio cubierto por el programa CHIP Perinatal. Puede recibir una factura si va a un médico que no está en la red de Community First o si recibe tratamiento en una sala de emergencias por un problema que no es una emergencia.

¿A quién le llamo? ¿Qué información necesitarán?
Llame a Servicios para Miembros si recibe una factura médica. Podemos ayudarlo a planear qué hacer. Asegúrese de tener una copia de la factura frente a usted cuando llame.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

DERECHOS DE LOS MIEMBROS

1. Usted tiene el derecho de obtener información correcta, fácil de entender para ayudar a tomar mejores decisiones sobre el plan de salud de su hijo que está por nacer y sus doctores, hospitales y otros proveedores.
2. 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.
3. 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.
4. Usted tiene el derecho de saber el nombre y dirección de los hospitales y otros proveedores perinatales del plan de salud.
5. 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.
6. 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.
7. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en las decisiones sobre la atención médica de su hijo que está por nacer.
8. Usted tiene el derecho de hablar en nombre del bebé por nacer en todas las decisiones de tratamiento.
9. Usted tiene el derecho de recibir un trato justo del plan de salud y de los doctores, hospitales y otros proveedores.
10. 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.
11. 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.
12. 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.

13. Tiene derecho a no ser restringido o aislado cuando sea para la conveniencia de otra persona, para obligarlo a hacer algo que no desea hacer o para castigarlo.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

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

1. Usted tiene que tratar de tener hábitos sanos. Evite el tabaco y siga una dieta saludable.
2. Usted tiene que participar en las decisiones sobre la atención de su bebé por nacer.
3. 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.
4. 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.
5. Usted tiene que tratar de llegar al consultorio del doctor a tiempo. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
6. Usted tiene que denunciar el mal uso de los servicios de CHIP Perinatal por proveedores de atención médica, otros Miembros o planes de salud.
7. Usted tiene que hablar con el proveedor sobre los medicamentos que le recete.

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 HHS.gov/OCR.

COMMUNITY FIRST
HEALTH PLANS

Non-Discrimination Notice

Community First Health Plans, Inc. (Community First) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Community First does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation.

Community First provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with our organization, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)

Community First also provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, please contact Community First Member Services at the number on the back of your Member ID card or 1-800-434-2347. If you're deaf or hard of hearing, please call 711.

If you feel that Community First failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a complaint with Community First by phone, fax, or email at:

Community First Compliance Coordinator
Phone: 210-227-2347 | TTY: 711
Fax: 210-358-6014
Email: DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com

If you need help filing a complaint, Community First is available to help you. If you wish to file a complaint regarding claims, eligibility, or authorization, please contact Community First Member Services at 1-800-434-2347.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

You may also file a complaint by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Phone: 1-800-368-1019 | TTY: 1-800-537-7697

Complaint forms are available at:
https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

Aviso sobre no discriminación

Community First Health Plans, Inc. (Community First) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual. Community First no excluye o trata de manera diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual.

Community First proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nuestra organización, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)

Community First también ofrece servicios gratuitos lingüísticos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Community First al 1-800-434-2347. TTY (para personas con problemas auditivos) al 711.

Si usted cree que Community First no proporcionó servicios lingüísticos gratuitos o se siente que fue discriminado/a de otra manera por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual, usted puede comunicarse con Community First por teléfono, fax, o correo electrónico a:

Community First Compliance Coordinator
Teléfono: 210-227-2347 | Línea de TTY gratuita: 711
Fax: 210-358-6014
Correo electrónico: DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com

Si usted necesita ayuda para presentar una queja, Community First está disponible para ayudarlo. Si usted desea presentar una queja sobre reclamos, elegibilidad o autorización, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First llamando al 1-800-434-2347.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de quejas de derechos civiles, disponible en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

También puede presentar una queja por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019 | Línea de TTY gratuita: 1-800-537-7697

Los formularios de queja están disponibles en:
https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

COMMUNITY FIRST
HEALTH PLANS

Language Assistance

ENGLISH: ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Call 1-800-434-2347 (TTY: 711).

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-434-2347 (TTY: 711).

VIETNAMESE: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-434-2347 (TTY: 711).

CHINESE: : 注意：如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務. 請致電 1-800-434-2347 (TTY: 711).

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1−800−434−2347 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ARABIC: تامدخ اس م لا ةدع وغ ل لا ة ى وت ت ف ك ك ل . ناجملاب ل ص تا ر ب م ق 1-800-434-2347 م قر
تاهمص لا لاو: 711 : ةظوحلم اذإ تنك ثدحتت ر كذا،ةغ ل لا نإ ف

URDU: و ب ےت ل،ںی ہ و ت پآ و ک نا بز ی ک ددم ی ک تامدخ تف م ںی م بای ت س د ںی ہ ۔ لا ک
رب خ : راد ر گا پآ را ود 1-800-434-2347 (TTY: 711).

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-434-2347 (TTY: 711).

FRENCH: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-434-2347 (ATS: 711).

HINDI: ध्यान द: यद आप हदी बोलते ह तो आपके लिए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-800-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल कर।

PERSIAN: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان
برای شما تماس بگیرید. 1-800-434-2347 (TTY: 711) فراهم می باشد. با

GERMAN: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-434-2347 (TTY: 711).

GUJARATI: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल करें।

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-434-2347 (телетайп: 711).

JAPANESE:注意事項：日本語を話される場合, 無料の言語支援をご利用いただけます. 1-800-434-2347 (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください.

LAOTIAN: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມ ໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-434-2347 (TTY: 711).

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP/CHIP PERINATAL

COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS

12238 Silicon Drive, Ste. 100
San Antonio, Texas 78249
CommunityFirstMedicaid.com

CFHP_1414GOV_0521