

## Plan de Salud Driscoll Children's

**Llámenos:** **Servicios para Participantes**  
*Se habla español* **1-877-451-5598** (gratis)  
Para personas que no oyen bien:  
**1-800-855-2880** (TTY) gratis  
Servicios de Intérpretes disponibles.

**Escríbanos:** Driscoll Children's Health Plan  
P.O. Box 6609  
Corpus Christi, TX 78466-6530

**Horas de Oficina:** 8:00 a.m.– 5:00 p.m. (horario de la Zona del Centro), de lunes a viernes, excluyendo días festivos aprobados por el Estado.

**Antes de la 8:00 o después de las 5:00:** Llame y deje su mensaje. Nosotros le devolveremos la llamada al siguiente día durante horas de oficina.

**Línea directa de Salud del Comportamiento, las 24 horas al día:** 1-877-330-3312 (inglés o español) con información de los servicios. Otros servicios interpretativos disponibles. **Si hay una emergencia o crisis, vaya a la sala de emergencias o llame al 9-1-1.**

**Número para Cuidados de la Vista y Ojos:** 1-888-268-2334 para preguntas acerca de exámenes de la vista y anteojos.

**Línea de Ayuda CHIP:** 1-800-647-6558

***Bienvenidos al Plan de Salud Driscoll Children's***

Al escoger el Plan de Salud Driscoll Children's (DCHP), su hijo podrá obtener todos los beneficios de CHIP- y más.

- Su propio doctor de atención primaria
- Personal amigable y confiable
- Acceso al Hospital Pediátrico Driscoll y a muchos otros hospitales
- Educación gratis acerca de la salud de los niños de cualquier edad
- Garantía de acceso a atención médica sin tener en cuenta la nacionalidad, raza, religión, origen o sexo del paciente

Si tiene alguna duda o preocupación sobre acceso a servicios y considera que no le permitieron acceso por su nacionalidad, raza, religión, origen o sexo, sírvase llamar a Servicios para Miembros al 1-877-451-5598 lo más pronto posible. Su queja será investigada y resolveremos el asunto rápidamente.

El médico que escogió al inscribirse al DCHP CHIP será el **doctor de atención primaria (PCP)** de su hijo(a) y ayudará a atender todas las necesidades médicas de su hijo(a).

Lo primero es lo primero. Las siguientes son algunas cosas importantes sobre la atención médica de su hijo(a).

- Recibirá una tarjeta de identificación del DCHP, si aún no la ha recibido.
- El nombre del PCP estará en la tarjeta. Por favor revise la tarjeta de identificación para verificar que todos los nombres son correctos.
- Conozca al doctor de su hijo. Haga una cita con su PCP lo más pronto posible.
- Llame a su PCP para las citas. Infórmele al personal del consultorio del doctor que su hijo es miembro del DCHP/CHIP.
- Llame al consultorio del PCP cada vez que su hijo necesite atención médica.
- Siga las recomendaciones del PCP.
- Lleve la tarjeta de identificación del DCHP con usted en todo momento.
- Vaya a la sala de emergencia del hospital sólo en casos de emergencia.

Este manual para miembros contesta muchas preguntas sobre el DCHP. Esperamos que lo lea pronto. Guárdelo en un lugar donde lo pueda encontrar fácilmente.

No dude en llamarnos o escribirnos si tiene preguntas. En el DCHP, estamos dispuestos a ayudarle a cualquier hora durante el día o noche. Nosotros tenemos servicios especiales para personas con problemas para leer, oír, ver o para miembros que hablan un idioma diferente al inglés o español. En caso que los materiales, incluido este manual, se necesiten de otra forma por no poder verlo, leerlo, o por la barrera del idioma, avísenos llamando a Servicios para Miembros al 1-877-451-5598 lo más pronto posible. El DCHP le facilitará estos materiales gratuitamente.

Nuevamente, bienvenidos!

<b>Índice</b>	<b>Página</b>
Plan de Salud Driscoll Children’s y CHIP .....	5
Su tarjeta de identificación (ID) del DCHIP CHIP .....	5
Cómo leer la tarjeta de identificación de DCHIP CHIP .....	6
Cómo utilizar la tarjeta de identificación DCHIP CHIP .....	6
Qué hacer si se le pierde la tarjeta de identificación o si se muda .....	6
¿Qué necesito llevar a una cita médica? .....	6
El doctor de atención primaria (PCP) de su hijo(a) .....	6
Cómo cambiar su doctor de atención primaria (PCP).....	7
Cómo cambiar su Plan de Salud.....	8
¿Qué es atención médica de rutina? .....	8
¿Qué es atención médica de urgencia? .....	9
¿Qué es atención médica de emergencia? .....	9
Acceso a cuidados durante la noche o fines de semana.....	10
¿Qué hacer si usted o su hijo(a) se enferman cuando estén fuera de la ciudad o de viaje?..	10
¿Qué pasa si mi hija necesita cuidados de ginecología y obstetricia?.....	11
¿Qué hago si mi hija está embarazada?.....	11
Servicios disponibles en el DCHIP CHIP .....	12
Servicios que no están cubiertos .....	12
Servicios de salud mental y del comportamiento.....	12
Cobertura de recetas de medicinas .....	13
Educación sobre el cuidado de la salud .....	13
Servicios de cuidado de los ojos .....	14
Servicios dentales.....	14
Servicios especiales de idioma (intérpretes) .....	14
Costo del seguro de DCHIP CHIP .....	14
¿Qué son co-pagos? .....	14
Beneficios adicionales.....	15
Límites de responsabilidad por gastos con el CHIP.....	16
Qué hacer si usted recibe un cobro de su doctor de atención primaria .....	16
Remisiones a un especialista .....	17
Niños con Necesidades Especiales de la Salud .....	17
Servicios que NO necesitan remisión.....	17
Servicios que requieren autorización por anticipado .....	17
¿Qué hacer si un servicio no es aprobado? .....	18
Apelación Acelerada.....	19
Proceso del Organismo de Revisión Independiente (IRO).....	19
Quejas .....	20
Qué hacer si usted no está satisfecho con el resultado de su queja.....	21

Abuso del programa CHIP-Cómo reportar Proveedores/Clientes.....	21
Derechos y Responsabilidades de los miembros .....	22
Gama de beneficios de DCHP CHIP.....	25
Exclusiones.....	41

## Plan de Salud Driscoll y CHIP

Unas leyes aprobadas por el Congreso de Estados Unidos y por la Legislatura de Texas iniciaron el Plan de Seguro Médico para Niños (del inglés *Children's Health Insurance Program* o CHIP). Este programa ayuda a niños de familias que ganan demasiado para poder recibir Medicaid, pero no lo suficiente para pagar por un seguro familiar privado.

Al escoger el Plan de Salud Driscoll Children's (DCHP), podemos prestarles los servicios de salud de CHIP a sus hijos desde que nacen hasta los 18 años de edad. Este plan de salud DCHP CHIP está disponible en los siguientes condados del sur de Texas:

- Aransas
- Jim Wells
- Nueces
- Bee
- Karnes
- Refugio
- Brooks
- Kenedy
- San Patricio
- Calhoun
- Kleberg
- Victoria
- Goliad
- Live Oak


El DCHP es una organización de medicina preventiva (HMO), sin fines de lucro, con licencia del Departamento de Seguros del estado de Texas.

## Su tarjeta de identificación del CHIP

Recibirá una tarjeta de identificación del CHIP, después de inscribirse al plan DCHP. Una muestra de la tarjeta de identificación del CHIP aparece a continuación:

Información de su hijo

Nombre y teléfono del PCP



**Children's Health Insurance Program (CHIP)**

ID # A00000000                      JOHN DOE  
 DOB 1/1/02 Sex M                      Eff Dt 2/1/02  
 PCP JOHN SMITH, MD                      since 2/1/02  
 PH# 361-999-9999

Co-Payment Amounts/Copagos:

OV \$0                      ER \$0  
 RX Brand: \$0                      Generic: \$0

**Important Information/Información importante**

Member Services (toll-free)/  
 Departamento de Servicios para Miembros (gratis)                      **1-877-451-5598**  
(TTY for hearing impaired/TTY para personas con problemas del oído 1-800-855-2880)

Prescription Drugs (Call TexCare)                      **1-800-647-6558**

**24 Hour Behavioral Health Hotline**                      **1-877-330-3312**  
**24 Hour Línea de Servicios de Salud Mental**                      **1-877-330-3312**

**In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours.**                      **En caso de emergencia, llame al 911 ó vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP dentro de las 24 horas.**

**NOTICE TO PROVIDER:** The member whose name appears on the face of this card is covered by Driscoll Children's Health Plan for CHIP services. For provider billing or UM questions, 1-877-324-3627. The toll free UM FAX is 1-866-741-5650. **Submit Claims to:** DCHP CHIP, P.O. Box 3668, Corpus Christi, TX 78463-3668.

**CHIP prescription drug is covered by the CHIP Prescription Drug Benefit with the State of TX.**

**Submit Non-PDB Claims to:** Express Scripts, P.O. Box 390873, Bloomington, MN 55439  
 Rx BIN: 003858    Rx PCN: A4    Rx GRP: DRSA                      Rev 04

Cada uno de sus hijos tendrá su propia tarjeta. Usted no recibirá una tarjeta nueva de DCHP CHIP cada mes. Se le mandará una nueva si pierde la que tenía, o si cambia de doctor de atención primaria.

### **Cómo leer la tarjeta de identificación de DCHP CHIP**

El frente de la tarjeta le indica unos datos importantes sobre su hijo(a), y el nombre y teléfono del PCP. También le indica el co-pago que usted pudiera tener que pagar por consultas médicas y recetas. En el respaldo de la tarjeta tiene los teléfonos para emergencias o para buscar ayuda de los servicios para miembros de DCHP.

### **Cómo utilizar la tarjeta de identificación del DCHP CHIP**

Lleve la tarjeta de identificación de DCHP CHIP de su hijo(a) cada vez que le vayan a prestar un servicio médico. **Debe** mostrar la tarjeta de identificación de CHIP cada vez que le presten algún servicio.

### **Qué hacer si a usted se le pierde la tarjeta de identificación o si se muda**

Si pierde la tarjeta de identificación de DCHP CHIP, llámenos de inmediato al 1-877-451-5598 para recibir una nueva. Si se muda o cambia de teléfono, llámenos para que le mandemos otra. Nosotros siempre debemos tener su dirección y teléfono correctos en todo momento.

## ***Todo acerca de su médico de atención primaria***

### **¿Qué necesito llevar conmigo a las citas con el doctor?**

Usted debe llevar su tarjeta de identificación DCHP cada vez que va a ver al doctor. Si su hijo(a) va al médico para alguna vacuna, no se olvide del registro de vacunas.

### **¿Qué es un doctor de atención primaria (PCP)?**

El doctor que usted eligió se considera el "hogar médico" de su hijo(a). Él/Ella le ayudará con todo el cuidado médico necesario. Su PCP se irá familiarizando con usted y con su hijo. El/Ella realizará chequeos médicos regularmente y atenderá a sus niños cuando estén enfermos. Su PCP le recetará los medicamentos y materiales médicos necesarios para sus niños y lo enviará a un especialista cuando sea necesario.

Es importante seguir las recomendaciones del PCP. Participe en las decisiones acerca de los cuidados médicos de su hijo(a). Su médico puede pedirnos que le asignemos a otro doctor de atención primaria, si usted no sigue sus recomendaciones. Esto también puede suceder si usted y el doctor no se entienden bien. El PCP tiene la responsabilidad de avisarnos si esto llega a pasar. Nosotros le contactaremos a usted para pedirle que elija a otro médico de atención primaria.

Llame al consultorio del doctor durante las horas de oficina, siempre que sea posible. Es preferible no esperar hasta la noche para atender un problema médico. La mayoría de las enfermedades tienden a empeorarse a medida que va pasando el día. Llame temprano.

Hay casos en que DCHP podría permitir que un especialista sea el encargado de la atención médica primaria de su hijo(a). Esto es para Niños con Necesidades Especiales de Cuidados Médicos (CSHCN). Para más información, llame a Servicios para Miembros, al 1-877-451-5598.

Su hijo(a) debe ser atendido sólo por el doctor (PCP) cuyo nombre está en la tarjeta. Si va con otro médico, usted se hace responsable por pagar las cuentas de cobro.

### **¿Podría una clínica ser mi PCP?**

Usted o su hijo(a) podría elegir una clínica como su PCP. Esta puede ser un Centro de Salud Federalmente Calificado (del inglés Federally Qualified Health Center, FQHC), o una Clínica de Salud Rural (RHC). Si usted tiene preguntas llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

### **¿Cómo puedo cambiar de doctor de atención primaria?**

Usted podría desear cambiar de PCP si:

- No está contento con la atención de su PCP
- Necesita otra clase de doctor para su hijo
- Se muda y queda lejos de su PCP
- El PCP ya no participa en la red del DCHP

Puede cambiar de PCP llamando gratis al **1-877-451-5598**. Se le permite cambiar de doctor de atención primaria (PCP) sólo cuatro (4) veces al año. El *Directorio de Proveedores del DCHP* tiene una lista de todos los médicos participantes.

Usted podrá cambiar su PCP sólo a principios del mes. Si llama usted después del día 5 del mes, no se efectuará el cambio hasta el primero del mes siguiente. Si usted va a ver al nuevo PCP antes de que se haga el cambio, usted se hace responsable por los gastos de la consulta.

Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación que indica la fecha en que el nuevo PCP puede empezar a atender a su hijo. La nueva tarjeta tendrá el nombre, dirección y teléfono del nuevo PCP. Este cambio no impide su acceso a la atención médica; si necesita atención antes de que entre en vigencia el cambio de PCP, llame al PCP que tiene actualmente en la tarjeta.

Para prestarle la mejor atención médica posible, su PCP necesita saber el historial médico de su hijo. Su récord médico es personal y confidencial. Solamente usted, su PCP y otros proveedores autorizados tienen derecho a verlo. Si cambia de doctor, asegúrese de darle al nuevo PCP la información que necesita sobre la historia médica de usted o su hijo(a).

### **¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP?**

Usted podría cambiar de PCP hasta (4) cuatro veces cada año.

### **¿Cuándo se hará vigente el cambio de mi PCP?**

Usted puede cambiar a su PCP en cualquier momento. Si usted llama **ANTES** del 5to día del mes, el cambio se hará efectivo inmediatamente. Si usted llama **DESPUÉS** del 5to día del mes, el PCP no cambiará hasta el primer día del mes siguiente. Si usted va a ver al nuevo PCP antes del cambio, usted tendrá que pagar la consulta.

### **¿Hay algunas razones por las cuales me podría ser negada mi petición de cambio de PCP?**

Puede que no le asignen el PCP que usted eligió si:

- El PCP que eligió no acepta nuevos pacientes
- El PCP que eligió ya no participa en el DCHP
- Usted ya ha cambiado de PCP más de 4 veces en un año

### **¿Puede mi PCP pedir que me cambien a otro PCP por falta de cumplimiento?**

Es muy importante seguir las recomendaciones de su PCP. Tome parte en las decisiones acerca de sus cuidados de salud o los de su hijo(a). Su PCP podría pedirnos que le asignemos a usted o a su hijo(a) otro PCP si usted no está siguiendo sus recomendaciones. También esto puede suceder si usted y su PCP no se las llevan bien o usted falta a varias citas sin avisarle a su PCP por qué no pudo asistir. Su PCP debe notificarnos si esto pasa. Nosotros le contactaremos a usted y le pediremos que elija otro PCP.

### **¿Qué pasa si yo decido ir a donde otro doctor que no es mi PCP?**

Usted podría ir a otro proveedor que es parte de DCHP, si usted necesita:

- 24 horas de cuidados de emergencia en una sala de emergencia
- Proveedor de ginecología/obstetricia

Si usted necesita servicios de salud mental o abuso de sustancias usted debe llamar a la línea directa de Salud del Comportamiento al **1-877-330-3312**. Los Servicios de Salud del Comportamiento son muy privados así que usted no necesita el permiso de su PCP para recibir estos servicios.

Si usted necesita un examen de visión de rutina, usted no necesita permiso de su PCP para recibir estos servicios. Pero si usted tiene un problema de los ojos, usted va a necesitar una remisión de su PCP. Para preguntas acerca de servicios de visión, llame al **1-888-268-2334**.

Para otros cuidados usted sólo debe ver al doctor (PCP) que está en su tarjeta de identificación. Si usted ve a otro PCP, usted podría tener que pagar la cuenta de cobro.

### **¿Cómo puedo recibir cuidados médicos después que la oficina de mi PCP está cerrada?**

Si usted o su hijo(a) se enferma durante la noche o el fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su PCP para recomendaciones. Su PCP u otro doctor está disponible vía telefónica 24 horas al día, 7 días a la semana. Si usted o su hijo(a) tiene fiebre o dolor de garganta y no está seguro de qué debe hacer, llame a la oficina de su PCP.

## ***Cambiando el Plan de Salud***

### **¿Qué pasa si deseo cambiar de plan de salud?**

Las familias pueden cambiar planes sólo una vez al año.

### **¿A quién debo llamar?**

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

## ***Cuidados de Salud y Otros Servicios***

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

La atención médica de rutina puede ser cuando usted va a ver a su PCP para un chequeo regular de un niño sano. Atención médica de rutina podría también ser la primera visita con el médico de su hijo(a).

Usted debe esperar alrededor de 2 semanas para que su PCP le dé una cita para la primera cita o cualquier otra consulta de rutina.

### **¿Qué es atención médica de urgencia?**

Atención médica de urgencia es cuando su hijo(a) está enfermo, lastimado o necesita tratamiento lo antes posible para prevenir que se empeore. Las siguientes son situaciones en las que usted debe ver primero a su PCP:

- Dolor de cabeza
- Dolor de muelas o dientes de leche brotando
- Brote en la piel o sarpullido
- Resfriado, tos, dolor de garganta, gripe o problemas de los senos paranasales
- Quemadura del sol leve
- Quemadura por cocinar leve
- Dolor de espalda crónico
- Dolor de cabeza leve
- Yeso roto
- Puntos o suturas que necesitan ser removidos
- Surtir recetas de medicinas

Su PCP está disponible, directamente o a través de otros doctores ayudando a cubrir la oficina, 24 horas, 7 días a la semana. Usted puede esperar recibir cuidados médicos urgentes dentro de 24 horas.

## ***Atención de Emergencia***

### **¿Qué es la atención médica de emergencia?**

La atención médica de emergencia es un servicio cubierto por CHIP. Los términos “emergencia” y “condición de emergencia” significan una condición médica severa de inicio reciente que incluyen entre otros, dolor fuerte, que llevaría a una persona prudente, con más o menos conocimientos de medicina, a creer que la condición, enfermedad o lesión es de tal naturaleza que el no buscar atención médica inmediata podría resultar en:

- Poner en gran peligro la salud del niño;
- Deterioro serio de las funciones del cuerpo;
- Seria disfunción de algún órgano o parte del cuerpo;
- Desfiguración seria
- En el caso de la mujer embarazada, gran peligro para la salud del feto.

“Servicios de emergencia” y “atención médica de emergencia” significan servicios del cuidado de la salud prestados por el departamento de emergencia de un hospital o institución similar que esté en la red o fuera de la red; llevados a cabo por médicos, proveedores o personal de la institución, que estén dentro o fuera de la red, para hacer una evaluación y estabilizar la condición médica. Los servicios de emergencia también incluyen, entre otros, toda prueba de detección o evaluación exigida por la ley estatal o federal que sea necesaria para determinar si existe una condición de emergencia.

**Si su hijo tiene una emergencia,  
vaya a la sala de emergencia más cercana inmediatamente o llame al 9-1-1.**

A continuación algunos ejemplos de cuándo ir a la sala de emergencia:

- Alguien está en peligro de morir
- Tiene dolores fuertes en el pecho
- No puede respirar o está asfixiándose
- Ha perdido el conocimiento o está convulsionando
- Está enfermo por algún envenenamiento o sobredosis de drogas
- Tiene un hueso fracturado
- Está sangrando mucho
- Ha sido víctima de asalto (violación, puñalada, balazo, golpe)
- Está para dar a luz a un bebé
- Se ha lastimado gravemente el brazo, pierna, mano, pie o cabeza
- Se ha quemado gravemente
- Ha sufrido una fuerte reacción alérgica a algo, o si lo ha picado o mordido algún animal
- La persona tiene dificultad para controlar el comportamiento, y sin tratamiento representa un peligro a sí mismo y para los demás

Vaya a la sala de emergencia más cercana si usted cree que se ha presentado alguna de estas situaciones. Puede marcar el 911 para conseguir transporte al hospital. Atención médica de emergencia está disponible las 24 horas del día, 7 días de la semana.

Un resfriado, tos, sarpullido, cortadas pequeñas, quemaduras de menor grado o moretones **no** son buenas razones para ir a la sala de emergencia.

**Si va a la sala de emergencia, asegúrese de avisarle a su doctor de atención primaria dentro de 24 horas, o tan pronto como su hijo esté médicamente estable.**

### **Cómo buscar atención médica durante la noche y fines de semana**

Si su hijo(a) se enferma durante la noche o el fin de semana, y no puede esperar para buscar atención médica, llame a su doctor de atención primaria para recomendaciones. Su PCP u otro médico están disponibles por teléfono las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Si su hijo(a) tiene fiebre o dolor de garganta, y usted no sabe qué hacer, llame al consultorio del doctor de atención primaria.

### **¿Qué hacer si su hijo(a) se enferma cuando ustedes estén fuera de la ciudad o de viaje?**

Si su hijo(a) se enferma mientras ustedes están fuera de la ciudad o del estado, llame a su doctor de atención primaria al teléfono indicado en el frente de la tarjeta DCHP CHIP. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al teléfono que aparece al respaldo de la tarjeta. En caso de que se presente una situación de emergencia al estar por fuera de la ciudad, lleve a su hijo a la sala de emergencia más cercana.

Cuando su hijo vaya a estar ausente de la casa temporalmente, usted debe comunicarse de antemano con el doctor de atención primaria para hacer citas o surtir suficiente medicina para el tiempo que estará ausente. Si se enferma su hijo(a) al estar por fuera de la ciudad – **y no es situación de emergencia** – él/ella quedará bajo el cuidado de su doctor de atención primaria. Con excepción de la atención médica de

emergencia, si lo atiende un médico fuera de la ciudad, usted podría ser responsable de pagar la consulta. Si su hijo sale del área de servicios del Plan de Salud Driscoll Children's por un período extendido de tiempo, podría ser descalificado del CHIP o verse obligado a inscribirse en un plan de seguros que comprenda otra región dentro del estado de Texas.

CHIP no cubre ningún tipo de atención médica fuera del país.

Lleve la tarjeta de identificación DCHIP de su hijo en todo momento.

## ***Atención Mujeres Participantes***

### **¿Qué pasa si mi hija necesita cuidados de un ginecólogo/obstetra?**

Usted tiene derecho a escoger un ginecólogo/obstetra para su hija sin la remisión de su doctor de atención primaria.

El acceso a cuidados médicos de un ginecólogo/obstetra incluyen, entre otros:

- Un reconocimiento médico al año
- Todo cuidado relacionado con el embarazo
- Tratamiento de todo padecimiento femenino
- Remisión a especialistas dentro de la red de proveedores

El Plan de Salud Driscoll Children's ha limitado su selección de ginecólogos/obstetras a la misma red del PCP de su hijo(a). Elija un ginecólogo/obstetra del **Directorio de Proveedores** del DCHIP. Si elige a un ginecólogo/obstetra que no está en la lista del directorio, usted podría tener que pagar por la consulta.

Usted no está obligado a elegir un doctor ginecólogo/obstetra para estos servicios. El PCP de su hija puede prestarle estos servicios.

Si usted tiene preguntas acerca de servicios de ginecología y obstetricia, llame a Servicios para Miembros DCHIP al **1-877-451-5598**.

### **¿Qué tan pronto puede mi hija ver a un ginecólogo/obstetra después de haberlo contactado para una cita?**

Usted debe poder obtener una cita dentro de las dos semanas siguientes de haber hecho la llamada.

### **¿Puedo quedarme con mi ginecólogo/obstetra si él o ella no es parte del Plan de Salud Driscoll Children's?**

Si su hija ya está establecida con un ginecólogo/obstetra, quien no es parte del Plan de Salud Driscoll Children's, usted tiene que contactar a los Servicios para Miembros DCHIP al **1-877-451-5598**. Pregunte por un Coordinador de Casos quien puede ayudarle a continuar con este cuidado.

### **¿Qué hago si mi hija está embarazada? ¿A quién llamo?**

Es muy importante que usted llame al Plan de Salud Driscoll Children's para avisarnos que su hija está embarazada y qué doctor está atendiéndola. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

Es muy importante que ella empiece a recibir los cuidados prenatales inmediatamente. Usted debe poder conseguir una cita dentro de las dos semanas siguientes a su petición. Las mujeres embarazadas recibirán servicios de coordinación de casos y educación de la salud. Un enfermero coordinador de casos le:

- Contactará por medio de una llamada telefónica
- Contactará por correo
- Facilitará educación acerca del embarazo de su hija; y
- Le ayudará a encontrar un doctor ginecólogo/obstetra para su hija.

### ***Servicios disponibles en el DCHP/CHIP***

A continuación hay una lista de algunos de los servicios prestados por el DCHP. Por favor, siga las recomendaciones del médico de atención primaria. Visitas médicas, recetas de medicinas y visitas a la sala de emergencias podrían requerir co-pagos como se le indica en el frente de la tarjeta de identificación DCHP.

- Visitas al consultorio médico
- Cuidado en el hospital
- Servicios de laboratorio y de radiología
- Vacunas
- Atención preventiva como son los chequeos médicos periódicos de bebé y niños sanos
- Pruebas de laboratorio
- Atención de emergencia las 24 horas al día
- Cirugía como paciente externo
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Pruebas diagnósticas de alergias
- Materiales para diabéticos
- Audífonos y detección de problemas auditivos
- Servicios de enfermería en casa
- Ambulancia (sólo en casos de emergencia)
- Diálisis para problemas renales
- Transplantes de órganos vitales

Para una lista completa de servicios vea las páginas 25-38. Para recibir estos servicios, llame a su PCP.

#### **¿Qué beneficios que no están cubiertos?**

Hay una lista de los beneficios que no están cubiertos en la página 39 de este manual para miembros.

### ***Servicios de Salud del Comportamiento (Mental)***

#### **¿Cómo puedo recibir ayuda si yo tengo problemas de comportamiento (mentales) o de drogas?**

Usted puede recibir ayuda para problemas de comportamiento (mental) o abuso de sustancias (drogas). Usted puede ir donde un proveedor de salud mental sin una remisión de su PCP. El proveedor que usted elija debe ser un proveedor dentro de la red de Salud de Comportamiento del Plan de Salud Driscoll Children's. Llame a la Línea Directa de Salud del Comportamiento que está en su tarjeta de identificación si necesita ayuda. El número de teléfono es **1-877-330-3312**. Usted puede llamar a cualquier hora 24

horas al día, siete (7) días a la semana. Los servicios de salud del comportamiento son muy privados, por lo tanto usted no necesita permiso de su PCP.

Si su hijo(a) tiene una emergencia relacionada con problemas mentales o abuso de drogas o alcohol, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911 para una ambulancia.

## *Cobertura de Recetas Médicas*

### **¿Cómo surtir las recetas médicas?**

El Plan de Salud Driscoll Children's no suministra sus recetas médicas. Estos medicamentos son cubiertos por el Beneficio de Medicamentos Recetados (o PDB, por sus siglas en inglés) de CHIP.

Puede llevar la receta de su hijo a cualquier farmacia que participe en el PDB de CHIP. Trate siempre de usar la misma farmacia para obtener un servicio más personalizado.

Cuando vaya a la farmacia, lleve con usted la tarjeta de identificación de su hijo(a) del Plan de Salud Driscoll Children's CHIP. La farmacia puede verificar que su hijo es miembro de CHIP. Es posible que la farmacia pida la tarjeta de identificación.

Puede que usted tenga que hacer un co-pago por la receta. Es posible que la receta para un medicamento genérico no le cueste nada o le cueste muy poco. El co-pago de un medicamento de marca será mayor. Si su doctor le receta un medicamento para todo el mes, usted hará un co-pago por la cantidad para 34 días. En la mayoría de los casos, no podrá recibir más que la cantidad para 34 días. El PDB de CHIP no ofrece medicamentos por medio de pedidos por correo.

El PDB de CHIP no cubre:

- Medicamentos que se venden sin receta,
- Medicamentos anticonceptivos recetados sólo con propósitos anticonceptivos,
- Productos nutritivos,
- Artículos o equipos médicos, excepto las jeringas para la insulina, ni
- Medicamentos que tengan que administrarse en el consultorio del doctor o en un centro de atención médica.

Si necesita ayuda para buscar una farmacia, llame gratis a CHIP. El número de teléfono es **1-800-647-6558**. Llame a la Línea Directa de CHIP para recetas si tiene problemas consiguiendo las recetas. El número de teléfono es **1-866-274-9154**.

## *Otras Coberturas de Salud y Servicios*

### **¿Qué clases de Educación en la Salud ofrece DCHIP?**

El DCHIP ofrece educación gratis a sus miembros sobre temas relacionados con la salud. No hay ningún costo por educación en la salud CHIP. Alguna de la información de educación en la salud incluye:

- Vacunas
- Dietas especiales para diabetes
- Cuidado de asma

- Consejos de seguridad al andar en bicicleta
- Actividades para conservar y mejorar la salud

Para obtener materiales educativos sobre la salud en otro idioma o en otra presentación, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-451-5598.

### **¿Cómo recibir servicios para cuidados de la vista?**

Los servicios para cuidados de la vista incluyen un examen una vez al año por un doctor de los ojos. También esta disponible un par de anteojos por año. Para más información acerca de exámenes de los ojos o anteojos, llame a nuestro proveedor de cuidados de la vista al **1-888-268-2334**.

### **¿Cómo puedo recibir servicios para cuidados dentales?**

Chequeos dentales pueden ser recibidos cada 6 meses, empezando a los 12 meses de edad. Si el dentista encuentra un problema, él/ella podrá tratar este problema en la siguiente cita. Si el dentista necesita prestar tratamiento dental en el hospital o en algún otro lugar diferente al de su oficina, usted tendrá que contactar al Plan de Salud Driscoll Children's antes de que se le preste este servicio. Llame a Delta Dental para información acerca de tratamiento dental al **1-866-561-5892**.

Visite la página de Internet Delta Dental al [www.deltadentalca.org/gov/](http://www.deltadentalca.org/gov/).

## ***Intérpretes***

### **¿Alguien puede interpretar para mí mientras hablo con mi doctor?**

Si. Usted puede llamar a Servicios para Miembros al 1-877-451-5598. Nosotros coordinaremos un intérprete que estará dispuesto a ayudarle a usted durante su visita.

### **¿Con cuánto tiempo de anticipación necesito llamar?**

Usted necesitará llamar al menos 48 horas antes de su cita.

### **¿Cómo puedo tener un intérprete presente en la oficina del proveedor?**

El intérprete que nosotros conseguimos para usted es alguien que puede ir a la oficina. Este intérprete estará en la oficina del doctor con usted. Déjenos saber si esto es lo que usted desea.

**Se Habla Español** – DCHP tiene personas para ayudarle a usted en español e inglés. También tenemos información para miembros disponible en español.

## ***Costo del seguro de DCHP CHIP***

### **¿Qué son co-pagos? ¿Cuánto cuestan y cuándo se aplican?**

La siguiente tabla presenta el cuadro de co-pagos, que van conforme con los ingresos de la familia. Estos co-pagos por servicios médicos o medicinas recetadas se cobran en el consultorio del doctor o en la

farmacia, a la hora de prestarle el servicio. No se cobra el co-pago por cuidados preventivos, como por ejemplo las visitas médicas periódicas de los niños o bebés sanos o las vacunas de su hijo(a).

La tarjeta de identificación de su hijo(a) enumera los co-pagos que se aplican a su familia. Presente la tarjeta de identificación cada vez que le presten un servicio en un consultorio, sala de emergencia o cuando usted surta una receta.

Niveles federales de pobreza	Visitas al consultorio	Visitas a la sala de emergencia	Hospitalización como paciente interno	Recetas de medicamentos genéricos	Receta de medicamento de marca registrada	Límite anual de gastos
<b>Indios americanos</b>	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>100% o menos</b>	\$3	\$3	\$10	\$0	\$3	Límite de 1.25% del ingreso anual de la familia
<b>Entre 101% y 150%</b>	\$5	\$5	\$25	\$0	\$5	Límite de 1.25% del ingreso anual de la familia
<b>Entre 151% y 185%</b>	\$7	\$50	\$50	\$5	\$20	Límite del 2.5% del ingreso neto anual de la familia
<b>Entre 186% y 200%</b>	\$10	\$50	\$100	\$5	\$20	Límite del 2.5% del ingreso neto anual de la familia

**¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro del Plan de Salud Driscoll Children’s?**

Un miembro elegible del Plan de Salud Driscoll Children’s recibirá los siguientes beneficios adicionales (Servicios con valor agregado):

- Anteojos con un valor de hasta \$100 cada 12 meses.
- Transporte para citas médicas, suministrado a los miembros que tienen necesidades especiales de la salud, y no tienen transporte para ir a su PCP, o médico especialista.
- Teléfonos celulares temporales para los miembros que reúnan el criterio médico,
- Visitas en casa para mamás primerizas durante los primeros 6 meses después del nacimiento de su bebé. Estos pueden ser hasta 6 visitas en el hogar. Las visitas en el hogar incluyen:
  - Consejos acerca de lactancia materna y nutrición
  - Orientación preventiva y desarrollo infantil
  - Ayuda para tener acceso a otros servicios, ej. WIC, etc.
  - Ayuda con preguntas acerca de un recién nacido

### **¿Cómo puedo recibir estos servicios de Valor Agregado?**

Para anteojos, contacte a nuestro vendedor de productos para la vista al **1-888-268-2334**.

Si usted necesita servicios de transporte para ir a ver a su doctor, llame a Servicios para Miembros al 1-877-451-5598 para coordinar este servicio. Usted necesitará llamar 48 horas antes de la cita con su doctor para coordinar estos servicios. Servicios podrían estar disponibles durante las noches y los fines de semana. Podríamos necesitar tiempo extra para coordinar estos servicios. Las horas de operación son de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Para uso de celulares temporales, contacte Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

El coordinador de casos le llamará para coordinar una visita al hogar después haber tenido un bebé. Si usted tiene preguntas acerca del coordinador de casos, llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

### **CHIP Límite de Costo-Compartido**

Cuando usted se inscribe en CHIP, usted recibe un formulario que usted debe usar para anotar sus gastos CHIP. Para estar seguros que usted no se pasa de su límite de costo-compartido, por favor anote todos sus gastos relacionados con CHIP en este formulario. La carta de bienvenida CHIP le dice a usted exactamente cuál es el límite de Costo-Compartido, basado en su ingreso familiar. Si usted ha perdido esta carta, por favor llame a la línea directa de CHIP al 1-800-647-6558 y ellos le dirán cuál es su límite anual.

Cuando usted alcance su límite anual, por favor envíe el formulario a CHIP y nosotros le enviaremos una tarjeta de identificación nueva dentro de varias semanas. Esta nueva tarjeta indicará que no hay que pagar co-pagos cuando su hijo reciba estos servicios.

### **¿Qué pasa si recibo una cuenta de cobro de mi doctor de atención primaria?**

A excepción de sus co-pagos, usted nunca deberá recibir una cuenta de cobro de su PCP o doctor DCHP.

Sus co-pagos y porción de gastos aparecen en el frente de la tarjeta de identificación de su hijo(a). Generalmente, se debe hacer el co-pago antes de recibir cuidados médicos u obtener una receta de medicinas.

Si recibe una cuenta de cobro de su doctor de atención primaria, llame a Servicios para Miembros de DCHP al **1-877-451-5598**, y un representante llamará al consultorio del médico. Nosotros les explicaremos sus beneficios y co-pagos. Al llamarnos, por favor tenga a la mano la tarjeta de identificación de su hijo(a) y la cuenta del proveedor. El personal de Servicios para Miembros necesitará esta información para poder ayudarle.

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

Si usted se muda, usted tiene que llamar a Servicios para Miembros al 1-877-451-5598. Ellos cambiarán su dirección en nuestro sistema y notificarán a la oficina central de CHIP. Si usted se muda fuera del área de servicio de DCHP, usted tendrá que llamar a la oficina central de CHIP para cambiar su plan de salud. La línea directa CHIP es 1-800-647-6558.

## *Remisiones a Especialistas*

### **¿Qué es una remisión?**

Una remisión es cuando su PCP lo envía a usted a ver a otro doctor o servicios de cuidados.

### **¿Qué pasa si mi hijo(a) necesita ver un especialista?**

Su doctor de atención primaria le dirá si su hijo(a) necesita ver a un especialista. Su PCP se asegurará que su hijo(a) reciba la atención especial necesitada. En general, usted no puede ver a otro médico o recibir algún servicio especial si el doctor de atención primaria no está de acuerdo en hacer la remisión. Usted debe esperar que el especialista le dé una cita dentro de 2 semanas por algo que no sea urgente, o dentro de 24 horas si se trata de algo urgente.

### **¿A quién más llamo si mi hijo(a) tiene necesidades de cuidados especiales?**

Es posible que su hijo necesite servicios y cuidados más especializados por alguna enfermedad crónica o complicada. Por eso, puede haber ocasiones en que DCHP autorice a un doctor especial (especialista) a ser el médico de atención primaria de su hijo(a) (PCP).

Llame a Servicios para Miembros al 1-877-451-5598, para más información sobre los servicios especiales que el DCHP puede prestar a un niño con necesidades especiales.

### **¿Qué servicios no necesitan remisión?**

Hay ciertos servicios que se pueden prestar sin tener que ver al doctor de atención primaria primero. Estos son:

- Atención de emergencia
- Cuidado ginecológico/obstétrico
- Servicios de salud del comportamiento

Es bueno hacerle saber al médico de atención primaria cuando recibe servicios por otro lado, pero no es obligatorio. Esto le permite a su PCP saber todas las necesidades médicas de su hijo(a).

## *Servicios que requieren autorización de antemano*

Los siguientes servicios requieren que su doctor de atención primaria u otro proveedor contacten DCHP para la autorización de éstos antes de ser recibidos:

- Toda admisión a un hospital (excepto en una situación de emergencia, cuando se le exige avisar al DCHP dentro de las primeras 24 horas del ingreso)
- Hospitalización un día antes de una cirugía
- Admisión a un programa de observación de 23 horas
- Ingreso a un centro de rehabilitación
- Procedimientos ambulatorios/quirúrgicos de paciente externo
- Auxiliares quirúrgicos para procedimientos ambulatorios/de paciente externo
- Petición de un cirujano para ayudar en una operación que no es de emergencia
- Terapia de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional y del habla)
- Servicios médicos en el hogar incluyendo terapia intravenosa en casa

- Remisión a un médico especialista que no sea ginecólogo/obstetra
- Medicamentos para dolor crónico/tratamiento en una clínica especializada en dolor
- Estudios de sueño y laboratorios en que realizan dichos estudios
- Neumograma
- Procedimientos radiológicos que exigen hospitalización para observación
- Servicios de aparatos médicos duraderos que cuestan más de \$300
- Uso de ambulancia por transporte médico no urgente
- Solicitud para recibir servicios de un proveedor que no tenga contrato con el DCHP
- Servicios fuera de la red o fuera de la región
- Tratamiento de feedback biológico (método de controlar conscientemente una función corporal que normalmente regula el cuerpo, por ejemplo, la temperatura de la piel, tensión muscular, ritmo cardíaco o presión arterial. Se emplea comúnmente para controlar problemas relacionados con el estrés, como son la alta presión, dolores de cabeza, etc.)
- Medicamentos inyectables que valen más de \$300
- Tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ)
- Estudios para determinar la posibilidad de realizar un trasplante de órgano
- Otras formas de tratamiento (como hipnosis, terapia del masaje)

Para obtener autorización, usted o su doctor puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**, de lunes a viernes, desde las 8.00 a.m. hasta las 5.00 p.m., hora local. Si no hay autorización para el servicio, usted podría tener que pagar por ellos.

Usted tiene derecho a saber el costo de cualquier servicio antes que se su hijo(a) reciba este servicio. Si usted esta de acuerdo en recibir servicios que no están cubiertos o autorizados por DCHP, usted podría tener que pagar por ellos.

La hospitalización de su hijo(a) se revisa todos los días. Los servicios podrían ser revisados después de ser prestados o pagados.

### **¿Cómo me van a avisar si algún servicio ha sido denegado?**

Habrán ocasiones en que el director médico del DCHP deniega estos servicios. A usted se le enviará un carta informándole de los servicios denegados.

### **¿Qué puedo hacer si el Plan de Salud Driscoll Children's deniega o limita la petición de mi doctor por un servicio cubierto en el plan?**

Cuando esto suceda usted puede apelar esta decisión. Para apelar estas decisiones médicas, llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**. Si usted necesita ayuda llenando esta apelación, pida a Servicios para Miembros que le ayuden.

Usted tiene diez (10) días desde la fecha en la carta de la denegación o desde el día que usted nos pidió el servicio de la apelación. Usted o su proveedor pueden apelar verbalmente o por escrito. Si la petición de apelación es recibida verbalmente, usted o su proveedor necesitarán hacer la apelación por escrito. Si usted necesita mas de diez (10) para apelar, usted podría pedir más tiempo. Usted podría tener catorce (14) días más para presentar la apelación.

Nosotros le enviaremos una carta dentro de los cinco (5) días después de haber recibido su apelación, para hacerle saber que nosotros la hemos recibido. Nosotros completaremos la revisión de la apelación dentro de treinta (30) días. Si nosotros necesitamos más tiempo para revisar su apelación, nosotros le enviaremos a usted una carta explicándole por qué necesitamos más tiempo.

Si usted desea apelar un servicio denegado que no está cubierto por el plan, entonces usted tiene que presentar una queja. Vaya a la página 20 para ver cómo se presenta una queja.

## ***Apelación Acelerada***

### **¿Qué es una Apelación Acelerada?**

Una apelación acelerada es cuando al HMO se le requiere hacer una rápida decisión basado en su estado de salud y si se toma el tiempo estándar de la apelación se podría poner en peligro la salud o la vida de su hijo(a).

### **¿Cómo pido yo una Apelación Acelerada?**

Usted tiene que llamar a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598** para pedir una apelación acelerada. Su petición no tiene que ser por escrito. Usted o su doctor podrían pedir este tipo de apelación. Su petición será revisada y se le dará una respuesta a usted y a su doctor un día después de haber hecho la petición. Si usted necesita ayuda para llenar esta apelación, contacte a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

### **¿Qué pasa si es denegada una petición de apelación acelerada?**

Usted podría discutir su petición de apelación acelerada con el director médico si tiene preguntas. Peticiones de apelaciones aceleradas son muy serias. Nosotros queremos estar seguro que usted y su hijo(a) reciban el cuidado que es médicamente necesario.

## ***Proceso de Organización de Revisión Independiente (IRO)***

### **¿Qué es una Organización de Revisión Independiente?**

Una Organización de Revisión Independiente es una organización que el Departamento de Seguros de Texas (del inglés Texas Department of Insurance o TDI) selecciona para revisar las apelaciones de los planes de salud. Cuando un miembro o doctor no está contento con la respuesta del plan de salud, TDI ayudará a tomar una decisión a través de esta organización.

### **¿Cómo puedo pedir una revisión de una Organización de Revisión Independiente (IRO)?**

Si usted no está contento con el resultado de la apelación de DCHP, contáctenos. Le enviaremos formularios para que usted los complete para esta revisión. Nosotros enviaremos su petición al TDI inmediatamente. TDI coordinará con una Organización de Revisión Independiente para revisar su apelación al día siguiente laboral después de haber recibido la petición. La IRO revisará su petición. Ellos tomarán una decisión acerca del servicio dentro de los próximos quince (15) días, pero no más de veinte (20) días después de haber recibido la petición. DCHP seguirá la decisión de la IRO. Nosotros pagaremos por el proceso de la IRO. Nosotros también pagaremos por el servicio si la decisión de la IRO es la de prestar el servicio.

Si su hijo(a) está en el hospital y necesita una decisión de apelación rápidamente debido a su condición médica, contacte a DCHP inmediatamente. Nosotros enviaremos su petición a TDI inmediatamente. La IRO tomará la decisión acerca del cuidado de su hijo dentro de los próximos cinco (5) días, o como máximo ocho (8) días después de recibida la petición. DCHP seguirá la decisión de la IRO. Nosotros pagaremos por el proceso de la IRO.

Para pedir una revisión por una Organización de Revisión Independiente, llame al DCHP al **1-877-451-5598**. Complete la forma de la IRO obtenida de DCHP y mándenla por fax al **361-882-4520**. Usted puede también enviarnosla por correo al:

Driscoll Children's Health Plan  
**ATT: Appeals Coordinator**  
P.O. Box 6609  
Corpus Christi, Texas 78466-6609

## Quejas

### ¿Qué debo hacer si yo tengo una queja?

Nosotros deseamos ayudar. Si usted tiene algún problema, nosotros queremos saberlo. Por favor llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **361-904 0955** o llame gratis al **1-877-451-5598**. Un representante de servicios para miembros puede ayudarle a usted a presentar una queja. Le enviaremos una carta para avisarle que hemos recibido su queja. Esta carta se le enviará dentro de los primeros cinco (5) días de recibida su queja. Nosotros le enviaremos un formulario a usted para que lo llene y nos lo devuelva. No haremos seguimiento a su queja si usted no la hace por escrito. No hay ningún tipo de sanción por presentar una queja.

Su doctor puede presentar una queja en nombre de usted. No habrá ninguna sanción ni para su médico ni para usted por presentar una queja.

La mayoría de las veces podemos ayudarle en seguida, o en muy pocos días. A lo máximo, responderemos a su queja dentro de treinta (30) días de la fecha de recibo. Si no queda satisfecho con la manera en que le ayudamos o respondemos, tiene derecho a llamarnos para apelar.

El Plan de Salud Driscoll Children's desea ayudarle a buscar la mejor atención médica para su familia. Si tiene preguntas sobre cómo presentar una queja o apelación, o si necesita más ayuda, llámenos gratis al **1-877-451-5598**. Será un placer ayudarle.

Llámenos al: Plan de Salud Driscoll Children's  
Servicios para Miembros del DCHP  
**1-877-451-5598**

Escríbanos al: Driscoll Children's Health Plan  
**ATT: Executive Director of QI**  
615 N Upper Broadway, Suit 1621  
Corpus Christi, TX 78401

Todas las quejas son revisadas para garantizar una investigación y respuesta oportunas.

### ¿Si no estoy satisfecho con el resultado a quién más puedo contactar?

Usted tiene derecho a presentar una apelación si no está contento con nuestra respuesta a su queja. Su doctor puede presentar una apelación por usted. Para apelar, hable con Servicios para miembros. El teléfono de ellos es el **1-877-451-5598**. Ellos le explicarán cómo apelar nuestra decisión. También puede llamar al Departamento de Seguros de Texas (TDI), al 1-800-252-3439. TDI le explicará qué hacer para apelar nuestra respuesta. Nosotros no tendremos ningún tipo de sanción contra su médico o contra usted por presentar una apelación.

## *Abuso del programa CHIP*

### **Mal Uso de un Proveedor o Cliente, Abuso, o Fraude en CHIP**

Si usted sospecha que un cliente (una persona que recibe beneficios) o un proveedor (ej. doctor, dentista, consejero, etc.) ha cometido mal uso, abuso o fraude, usted tiene la responsabilidad y derecho de reportarlo.

### ¿Cómo Reportar Mal Uso, Abuso o Fraude de un Proveedor/ Cliente?

Usted puede reportar un proveedor/cliente directamente a su Plan de Salud al:

Dricoll Children's Health Plan  
**ATT: Compliance Officer**  
615 N Upper Broadway, Suite 1621  
Corpus Christi, TX 78401  
**Teléfono: 1-877-324-7543**

Si usted tiene acceso al Internet vaya al sitio Web del Inspector General del HHSC al:

<http://www.hhs.state.tx.us>

y seleccione "Reporting Waste, Abuse and Fraud." Este sitio suministra información acerca de los diferentes tipos de mal uso, abuso o fraude que deben ser reportados. Si usted no tiene acceso al Internet y prefiere hablar con una persona, llame a la Línea Directa de Fraude de la Oficina del Inspector General (OIG) al: 1-800-436-6184, o usted puede mandar una afirmación por escrito a la siguiente dirección de la OIG:

#### **Para reportar proveedores, use esta dirección:**

Office of Inspector General  
Medicaid Provider Integrity/Mail Code  
1361  
P.O. Box 85200  
Austin, TX 78708-5200

#### **Para reportar clientes, use esta dirección:**

Office of Inspector General  
General Investigations/Mail Code  
1362  
P.O. Box 85200  
Austin, Tx 78708-5200

- Cuando reporte a un proveedor (ej. doctor, dentista, consejero, etc.) suministre la siguiente información:
  - Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor;
  - Nombre y dirección de la institución (hospital, clínica para convalecientes, agencia de cuidados médicos, etc.);
  - El número de Medicaid del proveedor y de la institución también ayuda;
  - Tipo de proveedor (médico, fisioterapeuta, farmacéuta, etc.);

- Nombres y número de testigos que pueden ayudar en la investigación;
  - Fechas de los eventos; y
  - Resumen de lo sucedido.
- Cuando reporte a un cliente (una persona que recibe beneficios) suministre la siguiente información:
- El nombre de la persona;
  - Fecha de nacimiento de la persona; número del seguro social, o número del caso si está disponible;
  - La ciudad donde la persona reside; y
  - Detalles específicos acerca del mal uso, abuso o fraude.

## ***Derechos y responsabilidades de los Miembros***

Como miembro del DCHP CHIP, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Si usted tiene preguntas o preocupaciones, por favor llámenos. Nosotros estamos aquí para ayudarle. Usted puede llamar gratis al **1-877-451-5598**.

### **Miembros tienen derecho a:**

1. Recibir información precisa y fácil de entender, para ayudarle a tomar buenas decisiones sobre el plan de seguro médico de su niño, sus doctores, hospitales y otros proveedores.
2. Su plan de seguros debe avisarle si utiliza una “red limitada de proveedores.” Ésta se compone de un grupo de médicos y otros proveedores que sólo remiten a sus pacientes a otros doctores que están en el mismo grupo. Significa que no se le permite a usted ver a todos los médicos que están en su plan de salud. Si el plan de usted recurre a “redes limitadas,” usted debe confirmar que el doctor de atención primaria y el especialista que desea ver sean miembros de la misma “red limitada.”
3. Tiene derecho a saber la forma en que se paga a los médicos. Algunos reciben una cantidad fija, sin importar el número de veces que usted lo vea. A otros les pagan según el servicio prestado a su hijo(a). Usted tiene derecho a saber cuáles son estos pagos y en qué forma se hacen.
4. Tiene derecho a saber cómo su plan de seguro decide si un servicio está cubierto o si es médicamente necesario un servicio. Usted tiene derecho a saber acerca de las personas del plan que toman esas decisiones.
5. Tiene derecho a saber el nombre y dirección de los hospitales y demás proveedores de su plan de seguro médico.
6. Tiene derecho a escoger de una lista de proveedores que es lo suficientemente amplia para que su hijo pueda recibir la atención apropiada a la hora que la necesite.
7. Si se ha confirmado que su hijo tiene necesidades médicas especiales o alguna incapacidad, es posible que usted pueda tener un especialista como su doctor de atención primaria. Hable con alguien de su plan de salud acerca de esto.
8. Los niños diagnosticados con necesidades especiales o alguna incapacidad tienen derecho a atención especializada.

9. Si su niño tiene problemas médicos especiales, y el doctor que lo está atendiendo se sale del plan de salud, su hijo puede continuar viendo a este doctor por tres meses, y el plan debe continuar pagando esos servicios. Pregunte a un representante del plan de salud acerca de cómo funciona esto.
10. Su hija tiene derecho a ver un ginecólogo/obstetra participante sin remisión de su doctor de atención primaria o sin consultar antes con su plan. Hay que preguntar cómo funciona eso. Algunos planes pueden exigirle escoger a un ginecólogo/obstetra antes de ver a este doctor sin remisión.
11. Usted tiene derecho a los servicios de emergencia cuando usted los necesite, si usted cree razonablemente que la vida de su hijo(a) está en peligro, o que quedaría gravemente lastimado si no se trata en seguida. Su plan cubre los casos de emergencia, sin tener que hablar primero con un representante del plan. A lo mejor, habrá que pagar unos pocos dólares, según sus ingresos. Esto se llama co-pago.
12. Usted tiene el derecho y responsabilidad de tomar parte en todas las decisiones acerca de los cuidados de la salud de su niño.
13. Usted tiene derecho a hablar por su hijo(a) en toda selección de tratamiento.
14. Usted podría tener derecho a buscar una segunda opinión de otro médico participante en su plan de salud acerca de la clase de tratamiento que necesita su hijo.
15. Tiene derecho a ser tratado justamente por el plan de seguros, médicos, hospitales y otros proveedores.
16. Tiene derecho a hablar con los doctores de su hijo(a) y con otros proveedores en privado, y a que mantengan en forma confidencial el expediente de su hijo(a). Tiene derecho a mirar y copiar el expediente de su hijo(a), y a pedir que le hagan los cambios necesarios.
17. Tiene derecho a un proceso justo y rápido para resolver los problemas que surjan con su plan de seguro de salud y con los doctores, hospitales y otros proveedores del plan que prestan servicio a su niño. Si el plan de salud no quiere pagar algún servicio o prestación cubierta que su doctor considera médicamente necesaria, usted tiene derecho a buscar la opinión de un grupo que no sea parte del plan de usted, para que ellos determinen si el doctor de su plan tenía la razón.

#### Responsabilidades de los Miembros:

Usted y su plan de salud tienen ambos el interés de mejorar la salud de su hijo(a). Usted puede prestar más ayuda asumiendo estas responsabilidades:

1. Trate de que su hijo(a) siga costumbres sanas, ej., hacer ejercicio, evitar el tabaco y seguir una dieta saludable.
2. Tome parte en las decisiones médicas sobre el tratamiento de su hijo.
3. Colabore con los médicos del plan y otros proveedores para escoger el tratamiento con el que todos estén de acuerdo.
4. Si hay un desacuerdo con su plan de salud, primero trate de resolverlo siguiendo el procedimiento de quejas del plan de salud.

5. Aprenda qué es lo que cubre y no cubre el plan de salud. Lea el manual para miembros para entender cómo se aplican las reglas.
6. Cuando haga una cita para su hijo(a), procure llegar al consultorio del médico a tiempo. En caso de que no pueda asistir, no deje de llamar para cancelarla.
7. Haga los co-pagos que debe al doctor y a otros proveedores
8. Denuncie el abuso del programa CHIP por proveedores, otros participantes del CHIP o por el personal del plan de salud.

### **Gama de beneficios de CHIP**

Los servicios cubiertos por CHIP deben satisfacer la definición de CHIP de "medicamento necesarios".

Los servicios de salud "medicamento necesarios" son:

Los servicios de cuidados de la salud que son:

- Razonables y necesarios para prevenir enfermedades o padecimientos médicos o para detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones y/o tratamientos para padecimientos médicos que causen sufrimiento o dolor; causen deformaciones en el cuerpo; limiten alguna función, amenacen con causar o empeorar una discapacidad, causen una enfermedad o pongan en riesgo la vida de un Miembro;
- se prestan en instalaciones apropiadas y a los niveles apropiados de cuidado para el tratamiento de padecimientos médicos de los miembros;
- cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica determinadas por organizaciones profesionales de atención médica o por agencias del gobierno;
- son acordes con el diagnóstico del padecimiento; y
- No son mas invasivos o restrictivos que lo necesario para ofrecer un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
- No son experimentales o investigativos; y
- No son principalmente para la conveniencia del proveedor del miembro; y

Servicios de Salud del Comportamiento que:

- Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de problemas de salud mental o de una dependencia química o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro de alguna función que resulta de este trastorno;
- Se ofrecen conforme a las guías y normas clínicas aceptadas por profesionales del cuidado de la salud del comportamiento;
- Son proporcionados en el ambiente más apropiado y menos restrictivo, en donde los servicios pueden ser prestados en un ambiente seguro;
- Servicios prestados al nivel más apropiado y seguro posible;
- No pueden ser omitidos sin afectar adversamente la salud mental o física o la calidad de los cuidados prestados.
- No son experimentales o investigativos; y
- No son principalmente para la conveniencia del miembro o el proveedor.

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
<p><b>Servicios hospitalarios generales (para pacientes críticos) y de rehabilitación para pacientes internos</b></p>	<p>Los servicios médicamente necesarios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios prestados por doctores o proveedores en el hospital</li> <li>▪ Cuarto semi-privado y alimentación (o cuarto privado, si el doctor que lo atiende certifica que es médicamente necesario)</li> <li>▪ Servicios de enfermería general</li> <li>▪ Servicios y sala de cuidados intensivos (ICU)</li> <li>▪ Comidas del paciente y dietas especiales</li> <li>▪ Quirófano, cuarto de recuperación y otros cuartos de tratamiento</li> <li>▪ Anestesia y su administración (componente técnico de la institución)</li> <li>▪ Aparatos implantados quirúrgicamente</li> <li>▪ Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos, tablillas</li> <li>▪ Medicinas y productos biológicos</li> <li>▪ Sangre o productos sanguíneos, que no se dan gratis al paciente, y su administración</li> <li>▪ Radiografías, toma de imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico de la institución)</li> <li>▪ Servicios de laboratorio y patología (componente técnico de la institución)</li> <li>▪ Pruebas diagnósticas por máquinas (electroencefalograma, EEG; electrocardiograma,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización previa para recibir atención que no sea de emergencia, o que se presta después de la estabilización de una condición de emergencia</li> <li>▪ Es necesaria una autorización previa para los servicios de doctores e instalaciones dentro y fuera de la red para mamás y recién nacidos después de las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y después de las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel de co-pago correspondiente al paciente hospitalizado</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
	<p>EKG, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicio de oxígeno y terapia de inhalación</li> <li>▪ Radiación y quimioterapia</li> <li>▪ Acceso a centros perinatales designados Nivel III por DSHS, o a hospitales que satisfacen un nivel de atención equivalente</li> <li>▪ Instalación médica dentro o fuera de la red para mamás y recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones.</li> <li>▪ Servicios hospitalarios por doctores y otros servicios médicos, como la anestesia, relacionados con el cuidado dental</li> <li>▪ Implantes quirúrgicos</li> <li>▪ Otras ayudas artificiales incluyendo implantes quirúrgicos</li> <li>▪ Aparatos implantables están cubiertos bajo servicios para pacientes hospitalizados y pacientes externos y no cuenta en el período límite de 12 meses- para equipo médico duradero (DME)</li> </ul>		
<p><b>Servicios de enfermería especializada en instituciones (entre ellos, hospitales de rehabilitación)</b></p>	<p>Los servicios médicamente necesarios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuarto semi-privado y alimentación</li> <li>▪ Servicios de enfermería regulares</li> <li>▪ Servicios de rehabilitación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesaria una autorización previa y una receta médica</li> <li>▪ 60 días durante un período de 12 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican co-pagos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Artículos médicos y el uso de aparatos y equipo proveídos por la institución</li> </ul>		
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios integrales de rehabilitación hospitalaria para pacientes externos, servicios de una clínica (incluyendo un centro de salud) y centro de cuidados médicos para pacientes externos</b></p>	<p>Los servicios médicamente necesarios incluyen, entre otros, los siguientes servicios que se dan en una clínica del hospital, en una clínica o centro de salud, en un departamento de emergencias de un hospital o en un lugar donde se prestan servicios de salud ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Radiografías, toma de imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico)</li> <li>▪ Servicios de laboratorio y patología (componente técnico)</li> <li>▪ Máquinas para pruebas diagnósticas</li> <li>▪ Servicios de cirugía para pacientes externos</li> <li>▪ Aparatos de implante quirúrgico</li> <li>▪ Medicinas y productos biológicos</li> <li>▪ Yesos, tablillas, vendajes</li> <li>▪ Servicios preventivos de la salud</li> <li>▪ Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>▪ Diálisis renal</li> <li>▪ Servicios respiratorios</li> <li>▪ Terapia de radiación y quimioterapia</li> <li>▪ Sangre o productos sanguíneos, que no se dan gratis al paciente, y su administración</li> <li>▪ Servicios de la institución y servicios médicos, como la anestesia, relacionados con el cuidado dental, siempre que se presten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser necesaria una autorización previa y una receta médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de co-pago para los servicios de medicinas recetadas</li> <li>▪ Los co-pagos no se aplican a los servicios preventivos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
	<p>en un centro quirúrgico con licencia para pacientes ambulatorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implantes quirúrgicos</li> <li>▪ Otras ayudas artificiales incluyendo implantes quirúrgicos</li> <li>▪ Aparatos implantables que están cubiertos bajo servicios de pacientes hospitalizados y pacientes externos y no cuenta en el periodo límite de 12 meses para DME</li> </ul>		

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
<p><b>Servicios profesionales de médicos y asistentes médicos</b></p>	<p>Los servicios médicamente necesarios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chequeos preventivos para niños y servicios de salud preventivos recomendados por la Academia Americana de Pediatría (como pruebas de detección temprana para la vista y el oído, e inmunizaciones)</li> <li>▪ Visitas al consultorio médico, servicios para pacientes internos y externos</li> <li>▪ Servicios de laboratorio, radiografías, toma de imágenes y patología incluso el componente técnico y su interpretación profesional</li> <li>▪ Medicamentos, productos biológicos y materiales que se dan en el consultorio médico</li> <li>▪ Pruebas de detección de alergias, sueros e inyecciones</li> <li>▪ Componente profesional (pacientes internos y externos) de los servicios quirúrgicos, entre ellos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirujanos y asistentes para procedimientos quirúrgicos y atención postoperatoria apropiada</li> <li>• Administración de anestesia por un médico (que no sea el cirujano) o un CRNA</li> <li>• Segunda opinión sobre la necesidad de cirugía</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser necesaria una autorización previa para servicios especializados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel correspondiente de co-pago que se aplica a las visitas al consultorio</li> <li>▪ Los co-pagos no se aplican a las citas preventivas o a las citas prenatales después de la primera visita</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía que se hace el mismo día en el hospital, sin tener que quedarse la noche</li> <li>• Procedimientos diagnósticos invasivos, como el examen endoscópico</li> <li>▪ Servicios médicos en el hospital (entre ellos, componentes técnicos y de interpretación realizados por un médico)</li> <li>▪ Servicios de doctores dentro y fuera de la red para mamás y sus recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones</li> <li>▪ Servicios médicos médicamente necesarios para apoyar a un dentista que presta servicios dentales, como anestesia general o sedación intravenosa.</li> </ul>		
<p><b>Equipo médico duradero (DME), aparatos protésicos y artículos médicos desechables</b></p>	<p>Los servicios cubiertos son, entre otros, DME (equipo que aguanta el uso repetido, y que se usa principalmente y usualmente para propósitos médicos, por lo general no es útil para la persona que no padece de una enfermedad, lesión o discapacidad y que es apropiado para uso en el hogar), aparatos y artículos que son médicamente necesarios, y que se necesitan para realizar una o más actividades de la vida cotidiana, y que son apropiados para ayudar con</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización previa y una receta médica del doctor</li> <li>▪ Límite de \$20,000 durante un periodo de 12 meses, para DME, aparatos protésicos y artículos médicos desechables (los artículos y equipos para los diabéticos no son parte de este límite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican co-pagos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
	<p>el tratamiento de un padecimiento médico. incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aparatos (férulas) ortopédicos y ortesis</li> <li>▪ Aparatos protésicos, como ojos y extremidades artificiales y otros aparatos ortopédicos</li> <li>▪ Anteojos y lentes de contacto protésicos para controlar enfermedades oftalmológicas graves</li> <li>▪ Audífonos</li> <li>▪ Artículos médicos desechables para ciertos diagnósticos, incluyendo, fórmulas especiales y suplementos alimenticios recetados para el diagnóstico específico</li> </ul>		
<p><b>Servicios de salud en la casa y en la comunidad</b></p>	<p>Los servicios médicamente necesarios que se dan en la casa y en la comunidad son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infusión en casa</li> <li>▪ Terapia respiratoria</li> <li>▪ Visitas de un enfermero particular (enfermero registrado o enfermero vocacional con licencia/L.V.N.)</li> <li>▪ Visitas de un enfermero especializado, como se define para los propósitos de servicios de salud en casa (puede ser un enfermero registrado o un enfermero vocacional con licencia)</li> <li>▪ Auxiliar de salud en casa cuando forma parte de un plan de servicios, durante el período en que las visitas especializadas han sido aprobadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización previa y una receta médica</li> <li>▪ Estos servicios no pretenden reemplazar al cuidador del niño ni dar relevo al cuidador</li> <li>▪ Las visitas de enfermeros especializados se ofrecen de forma discontinua y no se prestan las 24 horas seguidas</li> <li>▪ Los servicios no pretenden reemplazar los servicios continuos las 24 horas - para pacientes internos o de un centro para convalecientes especializado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican co-pagos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia física, ocupacional y del habla</li> </ul>		
<p><b>Servicios de salud mental para pacientes internos</b></p>	<p>Los servicios médicamente necesarios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ los servicios de salud mental, incluidos aquellos para enfermedades mentales severas que se dan en un hospital psiquiátrico independiente, en unidades psiquiátricas de hospitales de servicios generales de urgencias y en centros administrados por el estado</li> <li>▪ Pruebas psicológicas y neuropsicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización previa para los servicios que no son de emergencia</li> <li>▪ No es necesario una remisión del PCP</li> <li>▪ Los servicios de salud mental para pacientes internos se limitan a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Límite de 45 días como paciente interno durante un periodo de 12 meses</li> <li>▪ Cubren los servicios psiquiátricos como paciente interno, hasta un período límite de 12 meses, cuando éstos son ordenados por una corte de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salubridad y Seguridad de Texas, relacionadas con ingresos a instalaciones psiquiátricos ordenados por la corte. La orden de la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación de los servicios tiene que presentarse ante la corte que tiene la jurisdicción sobre la materia por determinar.</li> <li>▪ 25 días de los beneficios como paciente interno se pueden sustituir por tratamiento residencial, cuidado temporal terapéutico u otros servicios continuos planificados y estructurados con fines terapéuticos, o servicios de salud mental no tan</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel correspondiente de co-pago que se aplica para pacientes internos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
		<p>urgentes para pacientes externos (hospitalización parcial o tratamiento de rehabilitación para pacientes externos), si el costo del tratamiento es equivalente al costo diario de tratamiento como paciente interno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 20 de los días de tratamiento como paciente interno se deben reservar solamente para uso como paciente interno</li> </ul>	
<p><b>Servicios de salud mental para pacientes externos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios médicamente necesarios incluyen, entre otros, los servicios de salud mental, inclusive aquellos para enfermedades de salud mental severas prestados como pacientes externos</li> <li>▪ Las visitas de control de medicamentos no afectan el límite de visitas como paciente externo</li> <li>▪ Pruebas psicológicas y neuropsicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización previa</li> <li>▪ No es necesario una remisión por parte del PCP</li> <li>▪ Las visitas pueden hacerse en una variedad de ambientes comunitarios (por ejemplo, en escuelas y en el hogar) o en un centro administrado por el estado</li> <li>▪ Límite de hasta 60 días en un periodo límite de 12 meses para tratamiento de rehabilitación para pacientes externos</li> <li>▪ Límite de 60 citas como paciente externo durante un período límite de 12 meses</li> <li>▪ 60 días de tratamiento de rehabilitación se pueden convertir en citas como paciente externo, si el costo del tratamiento es equivalente al costo diario de tratamiento ambulatorio</li> <li>▪ 60 días de citas como paciente externo se pueden convertir en capacitación en habilidades (desarrollo de habilidades psicoeducacionales) o en tratamiento de rehabilitación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel correspondiente de co-pago que se aplica a las visitas al consultorio</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
		<p>ambulatorio, si el costo del tratamiento es equivalente al costo de la cita como paciente externo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="756 394 1187 1058">▪ Incluyen los servicios psiquiátricos como paciente externo, hasta el límite de un período de 12 meses, cuando éstos son ordenados por una corte de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salubridad y Seguridad de Texas, relacionadas con ingresos a instalaciones psiquiátricas ordenados por la corte. La orden de la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación de los servicios tiene que presentarse ante la corte que tiene la jurisdicción sobre la materia que se va a determinar.</li> <li data-bbox="756 1100 1187 1325">▪ Los días como paciente interno que se convierten a servicios no muy urgentes para paciente externo son adicionales a los límites para pacientes externos y no cuentan dentro de dichos límites</li> <li data-bbox="756 1367 1187 1894">▪ Un Profesional Capacitado en Salud Mental (QMHP), según lo definen y acreditan las normas del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) (TAC Título 25, Parte II, Capítulo 412), es un proveedor de las autoridades locales de salud mental. El QMHP tiene que trabajar bajo la autoridad de una entidad del DSHS y ser supervisado por un doctor o profesional de la salud mental con licencia. Los QMHP son proveedores aceptables siempre y cuando los servicios</li> </ul>	

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
		<p>estén dentro del ámbito de los servicios que los QMHP proporcionan normalmente. Estos incluyen, entre otros, capacitación en habilidades individual o en grupo (que pueden ser componentes de intervenciones tales como tratamiento ambulatorio y servicios en casa), educación del paciente y de la familia y servicios en caso de crisis.</p>	
<p><b>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes internos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios médicamente necesarios incluyen, entre otros, servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes internos y en casa, por ejemplo, desintoxicación y estabilización de crisis y programas residenciales de rehabilitación las 24 horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización previa para los servicios que no son de emergencia</li> <li>▪ No es necesaria una remisión del PCP</li> <li>▪ Los servicios de desintoxicación o de estabilización médicamente necesarios para pacientes internos, se limitan a <u>14 días en un período de 12 meses</u></li> <li>▪ Los programas residenciales de rehabilitación las 24 horas, o su equivalente, se limitan a hasta <u>60 días por cada periodo de 12 meses</u></li> <li>▪ 30 días se pueden convertir en hospitalización parcial o rehabilitación intensiva como paciente externo, si el costo del tratamiento es equivalente al costo diario como paciente interno</li> <li>▪ 30 de los días de tratamiento se deben reservar solamente para uso como paciente interno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel correspondiente de co-pago que se aplica para pacientes internos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
<p><b>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes externos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios de tratamiento del abuso de sustancias médicamente necesarios para el paciente externo incluyen, entre otros, los servicios de prevención e intervención brindados por proveedores (médicos y otros profesionales que no son médicos), como detección, evaluación y remisiones a servicios para trastornos de dependencia química</li> <li>▪ Los servicios intensivos para pacientes externos se definen como un servicio organizado no residencial que brinda terapia estructurada individual y en grupo, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida que dura por lo menos 10 horas por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas al día</li> <li>▪ El servicio de tratamiento para pacientes externos se define como un servicio que dura por lo menos una o dos horas por semana que brinda terapia estructurada individual y en grupo, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización previa</li> <li>▪ No es necesaria una remisión del PCP</li> <li>▪ Servicios de tratamiento para el paciente externo hasta un máximo de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programa intensivo como paciente externo (hasta 12 semanas en un período de 12 meses)</li> <li>▪ Servicios como paciente externo (hasta seis meses en un período de 12 meses)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel correspondiente de co-pago que se aplica a las visitas al consultorio</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
<b>Servicios de rehabilitación</b>	<p>La rehabilitación médicamente necesaria (el proceso de brindar al niño los medios necesarios para que logre las metas importantes del desarrollo adecuadas para su edad, por medio de la terapia o el tratamiento) y los servicios de rehabilitación, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>▪ Valoración del desarrollo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización previa y una receta médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican co-pagos</li> </ul>
<b>Servicios de cuidado de hospicio</b>	<p>Los servicios de hospicio médicamente necesarios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidado paliativo, incluso servicios médicos y de apoyo, para el niño a quien le quedan seis meses o menos de vida, para mantenerlo cómodo durante sus últimas semanas y meses de vida</li> <li>▪ No afecta el tratamiento de padecimientos no relacionados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización y una receta médica</li> <li>▪ Los servicios se basan en el diagnóstico de hospicio</li> <li>▪ Hasta un máximo de 120 días cuando la expectativa de vida es de seis meses</li> <li>▪ El paciente que decide recibir los servicios de hospicio, renuncia a su derecho al tratamiento relacionado con su enfermedad mortal; sin embargo, puede cancelar esta decisión en cualquier momento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican co-pagos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
<p><b>Servicios de emergencia, incluyendo, servicios hospitalarios de emergencia, servicios médicos y de ambulancia</b></p>	<p>El plan de salud no puede exigir una autorización como condición de pago para padecimientos de emergencia o trabajo de parto y parto. Los servicios médicamente necesarios que están cubiertos son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de emergencia basados en la definición de padecimiento de emergencia de una persona prudente, común y corriente</li> <li>▪ Servicios de la sala de emergencias del hospital y servicios relacionados, y servicios de doctores, las 24 horas del día, los siete días de la semana, prestados por proveedores de la red y de fuera de la red</li> <li>▪ Exámenes preliminares de detección médica</li> <li>▪ Servicios de estabilización</li> <li>▪ Acceso a centros de traumatología designados Nivel I y II por el DSHS, o a hospitales que satisfacen un nivel de atención de emergencia equivalente</li> <li>▪ Transporte de emergencia por tierra, aire o agua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser necesaria una autorización para los servicios después de la estabilización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplican los co-pagos correspondientes a las visitas a la sala de emergencias (sólo para la institución)</li> </ul>
<p><b>Trasplantes</b></p>	<p>Los servicios médicamente necesarios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todo trasplante no experimental de órganos y tejidos humanos, según las pautas actuales de la FDA, y toda clase de trasplante no experimental de córnea, médula ósea y de células madres periféricas, incluyendo los gastos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican co-pagos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Co-pago
	médicos del donante		
<b>Servicios para la vista</b>	<p>Los servicios médicamente necesarios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un examen de los ojos durante un período de 12 meses, sin autorización, para determinar la necesidad y la graduación de lentes correctivos</li> </ul> <p>Un par de anteojos no protésicos durante un periodo de 12 meses</p>	<p>El plan de salud puede poner un límite razonable al costo de la montura y los lentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización para lentes de policarbonato y de protección cuando son médicamente necesarios como parte de un plan de tratamiento de las enfermedades de los ojos cubiertas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de co-pago para visitas al consultorio facturadas como examen de refracción</li> </ul>
<b>Servicios quiroprácticos</b>	<p>Los servicios médicamente necesarios no exigen una receta médica y se limitan a la subluxación de la espina dorsal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesaria una autorización para el límite de 12 citas en un período de 12 meses (sin importar el número de servicios o modalidades brindados en una cita)</li> <li>• Es necesaria una autorización para visitas adicionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El nivel correspondiente de co-pago que se aplica a las visitas al consultorio</li> </ul>
<b>Programas para dejar de fumar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cubre hasta \$100 durante un período límite de 12 meses para un programa aprobado por el plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización</li> <li>▪ El plan de salud define qué es un programa aprobado por el plan</li> <li>▪ Es posible que se apliquen los requisitos de un catálogo de medicinas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican co-pagos</li> </ul>
<b>Servicios de Coordinadores de Casos y Servicios de Manejo de Niños con Necesidades de Cuidados Especiales y Complejas (CCSHCN)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios médicamente necesarios de coordinación de casos que van más allá de los servicios normalmente prestados a todos los miembros que están cubiertos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ninguna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ninguno</li> </ul>

## EXCLUSIONES

- Tratamientos para la infertilidad o servicios reproductivos para pacientes internos y externos; excepto los cuidados prenatales, el trabajo de parto, el parto y la atención relacionada con enfermedades, padecimientos o anomalías del sistema reproductivo
- Artículos de comodidad personal, entre ellos, juegos para la higiene personal que se dan al internarse, teléfono, televisión, fotos de recién nacidos, comidas para las visitas del paciente y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión específica
- Procedimientos y/o servicios médicos, quirúrgicos o de la salud, que son experimentales o parte de un estudio y que generalmente no se usan ni se reconocen dentro de la comunidad médica
- Tratamientos o evaluaciones que solicita algún tercero, por ejemplo, para escuelas, empleos, campamentos, cobertura de seguros, la corte o para autorizar a un miembro a volar
- Servicios de enfermería privada cuando se dan al paciente interno o en una institución de asistencia de enfermería capacitada.
- Aparatos mecánicos para reemplazar los órganos, entre ellos, corazones artificiales
- Servicios y artículos hospitalarios cuando se interna solamente con el propósito de realizar pruebas diagnósticas, a menos que el plan de salud haya dado autorización previa
- Pruebas de detección de la próstata y mamografías
- Cirugía electiva para corregir la vista
- Procedimientos gástricos para bajar de peso
- Cirugía y servicios estéticos solamente con propósitos estéticos
- Servicios fuera de la red que el Plan de Salud no haya autorizado, a menos que sea atención de emergencia o servicios de doctores para mamás y recién nacidos durante hasta las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones o las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones.
- Servicios, artículos, substitutos o suplementos alimenticios que se dan para controlar el peso o para tratar la obesidad, excepto los servicios relacionados con el tratamiento de la obesidad patológica como parte de un plan de tratamiento aprobado por el plan de salud
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia
- Inmunizaciones sólo con el propósito de viajar al extranjero
- Cuidado rutinario de los pies, como cuidado higiénico
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, torcidos o planos y recorte y remoción de callos, callosidades y uñas (esto no se aplica a la remoción de la raíz de la uña o al tratamiento quirúrgico de los padecimientos subyacentes de los callos, callosidades y las uñas encarnadas)
- Reemplazo o reparación de aparatos protésicos y equipo médico duradero debido al mal uso, al abuso o a la pérdida del mismo cuando esto está confirmado por el miembro o el vendedor
- Zapatos ortopédicos correctivos
- Artículos para conveniencia personal
- Ortesis usada principalmente para propósitos atléticos o recreativos
- No incluye el cuidado de un acompañante (cuidado que ayuda al niño con las actividades de la vida cotidiana, como caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, arreglarse, preparar una dieta especial y supervisar que toma las medicinas, si normalmente se las toma solo o se las da uno de los padres. Estos cuidados no requieren la atención continua de personal médico o paramédico). Esta exclusión no se aplica a los servicios de hospicio.
- Limpieza
- Los servicios y la atención médica que se prestan en un centro público para tratar enfermedades que por ley federal, estatal o local deben atenderse en un centro público, o la atención que recibe el paciente bajo la custodia de las autoridades policiales o judiciales
- Servicios y artículos que recibe de un enfermero, que no requieren la capacitación y experiencia de un enfermero
- Terapia y entrenamiento de la vista

- Reembolso de los servicios de terapia física, ocupacional o del habla prestados en la escuela no está cubierto a menos que lo ordene un doctor o el PCP
- Gastos no médicos del donante
- Los gastos que corren por cuenta del donante de un órgano cuando la persona que recibe el trasplante no tiene cobertura de este plan de salud

### EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)/ARTÍCULOS MÉDICOS

ARTÍCULOS MÉDICOS	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/PROVISIÓN DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
Vendas elásticas (ACE)		X	Excepción: Si una clínica o una agencia de atención en casa se la da y se la cobra, están cubiertas como artículos secundarios.
Alcohol para frotar		X	Se vende sin receta.
Gasas con alcohol (para diabéticos)	X		Se venden sin receta, no están cubiertas a menos que presente una receta a la hora de surtirlos.
Gasas con alcohol	X		Están cubiertas sólo cuando se dan con equipos o artículos para la terapia intravenosa o un acceso venoso central.
Jeringa con epinefrina (Ana-Kit)	X		Una jeringa para inyectarse uno mismo que usan los pacientes muy alérgicos a la picadura de abeja.
Cabestrillo	X		Se da como parte de la consulta.
Attends (pañales)	X		Se limita la cobertura a niños de 4 años o más sólo con una receta médica cuando se usan como parte de la atención delineada en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto.
Vendajes		X	
Termómetro Basal		X	Se vende sin receta.
Pilas, primeras	X		Para artículos de DME cubiertos.
Pilas, de repuesto	X		Para artículos de DME cuando es necesario reponerlas debido al uso normal.
Betadina		X	Vea Artículos para la terapia intravenosa.
Libros		X	
Clinitest	X		Para el monitoreo de la diabetes.
Bolsas de colostomía			Vea Artículos para ostomía
Aparatos de comunicación		X	
Jalea anticonceptiva		X	Se vende sin receta. Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Molde craneal		X	
Artículos para diabéticos	X		Solución para calibrar el monitor, jeringas para insulina, agujas, lancetas, aparato con lancetas y tiras reactivas para detectar la glucosa.
Pañales, pantaletas para la incontinencia, toallas absorbentes a prueba de agua (Chux)	X		Se limita la cobertura a niños de 4 años o más sólo con una receta médica cuando se usan como parte de la atención delineada en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto.
Diafragma		X	Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Diastix, tiras reactivas	X		Para el monitoreo de la diabetes.
Dieta especial		X	
Agua destilada		X	
Artículos para cambiar vendajes o el catéter venoso central	X		Jeringas, agujas, apósito transparente Tegaderm, gasas con alcohol, pomada o gasas con Betadina, cinta adhesiva. Muchas veces, estos artículos se dan en conjunto en un paquete que tiene todo lo que se necesita para hacer un cambio de vendaje.
Artículos para cambio de vendajes, úlceras	X		Solo se cubren si está recibiendo servicios cubiertos de cuidados para heridas en la casa.

ARTÍCULOS MÉDICOS	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/PROVISIÓN DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
de decúbito			
Artículos para cambio de vendajes, relacionados con la terapia intravenosa periférica	X		Solo se cubren si está recibiendo terapia intravenosa en la casa.
Artículos para cambio de vendajes, otros		X	
Máscara para el polvo		X	
Molde de oído	X		Hechos a la medida, después de la cirugía del oído medio o del oído interno
Electrodos	X		Sólo se cubren cuando se usan con DME cubierto.
Artículos para enemas		X	Se vende sin receta.
Artículos relacionados con la alimentación enteral	X		Se cubren artículos necesarios (por ejemplo, bolsas, tubos, conectores, catéteres, etc.). No se cubren los productos nutritivos para la alimentación enteral excepto los que se recetan para trastornos metabólicos hereditarios, o para una enfermedad o inactividad de las estructuras que normalmente permiten llegar los alimentos al intestino delgado, o para la malabsorción debido a enfermedad.
Parches para los ojos	X		Se cubren para el paciente que tiene ambliopía.
Fórmula		X	<p>Excepción: Sólo se puede cubrir para trastornos metabólicos hereditarios crónicos, o para enfermedad o inactividad de las estructuras que normalmente permiten llegar los alimentos al intestino delgado; o para la malabsorción debido a enfermedad (que se espera va a durar más de 60 días), cuando el doctor la receta y el plan la autoriza. La documentación del doctor para justificar la receta de la fórmula debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La identificación de un trastorno metabólico, disfagia que ocasiona la necesidad médica de una dieta líquida, la presencia de una gastrostomía, o una enfermedad que ocasiona la malabsorción que requiere un producto alimenticio médicamente necesario.</li> </ul> <p>No incluye la fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para miembros que se podrían sustentar con la dieta apropiada para su edad.</li> <li>• Usada tradicionalmente para alimentar a los bebés.</li> <li>• En forma de pudín (excepto para clientes con disfunción motora de la orofaringe documentada, que reciben más del 50 por ciento de su consumo calórico de este producto).</li> <li>• En casos de personas con diagnósticos de retraso del desarrollo, aumento de peso insuficiente o retraso del crecimiento o para bebés menores de 12 meses de edad, a menos que la necesidad médica se documente y se cumplan los otros criterios mencionados antes.</li> </ul> <p>Ingredientes para espesar la comida, comida para bebé u otros productos que se pueden comprar en la tienda que se pueden licuar y usar con un sistema enteral que <i>no</i> son médicamente necesarios, no se cubren, no importa si se toman oralmente o por medios parenterales.</p>
Guantes		X	Excepción: para cambiar el vendaje del catéter de acceso venoso

ARTÍCULOS MÉDICOS	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/PROVISIÓN DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
			central o tratar heridas, cuando lo hace una agencia de atención médica en casa.
Agua oxigenada		X	Se vende sin receta.
Artículos para la higiene personal		X	
Toallas para la incontinencia	X		Se limita la cobertura a niños de 4 años o más sólo con una receta médica cuando se usan como parte de la atención delineada en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto.
Artículos para la bomba (externa) de insulina	X		Se cubren los artículos médicos (por ejemplo, equipo para infusión, receptáculo de jeringa y vendajes, etc.) si la bomba es un artículo cubierto.
Equipo de irrigación para tratar heridas	X		Se cubren cuando se usan al recibir atención en casa que está cubierta para tratar heridas.
Equipos para irrigación del aparato urinario	X		Se cubren para la persona que tiene una sonda urinaria permanente.
Artículos para la terapia intravenosa	X		Sondas, filtro, casetes, soportes, gasas con alcohol, agujas, jeringas y otros artículos necesarios relacionados con la terapia intravenosa en casa.
Jalea K-Y, lubricante a base de agua		X	Se vende sin receta.
Aparato con lancetas	X		Se limita a solamente un aparato.
Lancetas	X		Se cubren para personas con diabetes.
Expulsor de medicinas MedEjector	X		
Agujas y jeringas para diabéticos			Vea Artículos para diabéticos.
Agujas y jeringas para terapia intravenosa y catéter de acceso venoso central			Vea Artículos para la terapia intravenosa y Artículos para cambiar catéteres de acceso venoso central.
Agujas y jeringas para otros usos	X		Se cubren si son para administrar en la casa medicinas intramusculares o subcutáneas cubiertas.
Salina normal			Vea Solución Salina normal
Novopen, sistema recargable de inyección tipo pluma	X		
Artículos relacionados con la ostomía	X		Se cubren, entre otros: cinturones, bolsas de varias clases, láminas, borde, piezas de inserción, placas autoadhesivas, filtro, aros, tapones, equipos y manguitas para irrigación, cinta adhesiva, lociones limpiadoras, esparadrapos, equipos para drenaje, productos para quitar adhesivos y esparadrapos y desodorante para la bolsa. Los artículos que no se cubren son, entre otros: tijeras, desodorantes de aire, limpiadoras, guantes de hule, gasa, forro para la bolsa, jabones y lociones.
Artículos para la alimentación parenteral	X		Se cubren los artículos necesarios (como tubos, filtros, conectores, etc.) cuando el plan de salud autoriza la alimentación parenteral.
Solución salina normal	X		Se cubre cuando: a) se usa para diluir medicinas para tratamientos con nebulizador; b) forma parte de la atención en casa que está cubierta para tratar heridas; c) se usa para la irrigación de la sonda urinaria permanente.

<b>ARTÍCULOS MÉDICOS</b>	<b>CUBIERTO</b>	<b>EXCLUÍDO</b>	<b>COMENTARIOS/PROVISIÓN DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS</b>
Funda protectora para muñón	X		
Calcetines para muñón	X		
Catéter de succión	X		
Jeringas			Vea Agujas y jeringas
Cinta adhesiva			Vea Artículos para cambiar vendajes, Artículos para ostomía, Artículos para terapia intravenosa.
Artículos para traqueostomía	X		Se cubren cánulas, sondas, cierres, fundas, equipo para limpieza, etc.
Toalla absorbente			Vea Pañales, pantaletas para la incontinencia, toallas absorbentes a prueba de agua (Chux).
Botas de compresión Unna	X		Se cubren como parte de la atención en casa para el tratamiento de heridas. Se cobra una suma mínima cuando se aplican durante una cita al consultorio.
Sonda urinaria externa y artículos relacionados		X	Excepción: Se cubre al usarlo un hombre incontinente cuando una lesión a la uretra prohíbe el uso de un catéter uretral permanente y está recetado por el PCP y aprobado por el plan.
Sonda urinaria permanente y artículos relacionados	X		Se cubren sondas, bolsas de drenaje con tubos, cubeta de inserción, equipo para irrigación y solución salina normal si es necesaria.
Sonda urinaria intermitente	X		Se cubren los artículos necesarios para el cateterismo intermitente o directo.
Prueba de detección de la orina	X		Cuando se determina que es médicamente necesaria.
Artículos para urostomía			Vea Artículos para ostomía.