

# Driscoll Children's Health Plan

an affiliate of Driscoll Health System

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



## ÁREA DE SERVICIO DE NUECES

*Aransas, Bee, Brooks, Calhoun, Goliad, Jim Wells, Karnes, Kenedy, Kleberg, Live Oak, Nueces, Refugio, San Patricio y Victoria Condados*

**CHIP GUIA DE MIEMBROS**

**MARCH 2012**

**GRATIS**

**1-877-451-5598**



## Sus beneficios CHIP incluyen:

- ★ **Visitas a los doctores**
- ★ **Medicamentos con receta**
- ★ **Hospitalización en hospitales locales**
- ★ **Vacunas**
- ★ **Exámenes de la vista y anteojos**
- ★ **Exámenes de audición y dentales**
- ★ **Servicios de interpretación**
- ★ **Transporte gratis hasta su médico**
- ★ **Beneficios de salud mental**
- ★ **Consejos sobre cómo controlar**



---

## Driscoll Children's Health Plan brinda servicios adicionales, tales como:

- ★ **SERVICIOS DE TRANSPORTE.** Ayuda con los servicios de transporte a las citas médicas y las clases de educación prenatal
- ★ **ANTEOJOS.** \$100 para anteojos cada 24 meses *(a partir de los 2 años de edad)*
- ★ **EXAMEN MÉDICO PARA DEPORTES.** Examen médico gratis para la escuela/deportes
- ★ **TELÉFONO CELULAR.** Teléfono celular prestado para las mujeres embarazadas inscritas en el plan o para los participantes con necesidades de salud especiales que necesitan un teléfono
- ★ **CLASES DE EMBARAZO Y PREPARACIÓN PARA EL PARTO.** Clases prenatales y orientación nutricional para las mujeres embarazadas, incluyendo fiestas de regalos comunitarias para el bebé *(actualmente disponible en los condados de Bee, Jim Wells, Kleberg, Nueces, San Patricio y Victoria)*
- ★ **SERVICIOS PARA EL ASMA.** Servicios para los miembros con asma, incluyendo una funda de almohada y un cubrecama antialérgico gratis
- ★ **MEMBRESÍAS EN EL BOYS & GIRLS CLUB.** Membresía para la familia en donde haya disponible un Boys & Girls Club o beca deportiva anual de \$25 para participar en equipos deportivos locales



## **Introducción al plan de salud Driscoll Children's Health Plan**

Al escoger el plan de salud Driscoll Children's Health Plan (DCHP), su hijo recibirá todos los beneficios del programa de seguro médico para niños Children's Health Insurance Program (CHIP) y mucho más:

- Su propio médico.
- Personal amable y de confianza.
- Atención en Driscoll Children's Hospital y en muchos hospitales más.
- Educación gratuita sobre la salud para niños de todas las edades.
- Atención garantizada, independientemente de la nacionalidad, la raza, la religión, el origen y el sexo del paciente.

Si tiene dudas o preguntas sobre la atención y considera que ésta no se le brindó por motivos de nacionalidad, raza, religión, origen o sexo, comuníquese lo antes posible con el Departamento de Servicio a Miembros (*Member Services*) de DCHP al **1-877-451-5598**. Sus dudas se investigarán y resolverán rápidamente.

El médico que escogió cuando se afilió a DCHP CHIP será el prestador de atención primaria de su hijo y le ayudará a satisfacer todas sus necesidades de atención médica.

Pero, primero lo primero. A continuación se incluyen algunos aspectos importantes sobre la atención médica de su hijo:

- Recibirá una tarjeta de identificación de DCHP, en caso de que no haya recibido una.
- En dicha tarjeta aparecerá el nombre del prestador de atención primaria. Compruebe que los nombres incluidos en la tarjeta de identificación sean correctos.
- Conozca al médico de su hijo. Programe una cita lo antes posible con el prestador de atención primaria.
- Llame al prestador de atención primaria para programar las citas. Dígame que su hijo es miembro de DCHP CHIP.
- Llame al prestador de atención primaria cada vez que su hijo necesite atención médica.
- Siga las recomendaciones del prestador de atención primaria.
- Lleve la tarjeta de identificación de DCHP de su hijo en todo momento.
- Vaya a la sala de emergencias del hospital solamente en caso de emergencia.

En este Manual para miembros se responden muchas preguntas sobre DCHP. Las referencias a "usted", "mi" o "yo" se aplican solamente si usted es miembro de CHIP. Las referencias a "mi hijo" o "mi hija" se aplican si su hijo o hija es miembro de CHIP o miembro recién nacido de CHIP Perinatal. Esperamos que pueda leer pronto este manual. Guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo con facilidad.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos o escribirnos. En DCHP le brindaremos ayuda en cualquier momento, de día o de noche. Contamos con servicios especiales para las personas que tienen problemas para leer, escuchar, ver o hablar en un idioma que no sea inglés o español. Si necesita este manual en formato de cinta (audio), en letras más grandes, en braille o en otro idioma que no sea español, comuníquese lo antes posible con Member Services al **1-877-451-5598**. DCHP le entregará estos materiales sin costo alguno.

Nuevamente, le damos la bienvenida.

## **Driscoll Children's Health Plan**

### **Números de teléfono importantes**

<b>Llámenos:</b>	<b>Member Services</b>
<i>Se habla español</i>	<b>1-877-451-5598</b> (línea gratuita) ( <b>inglés o español</b> ). <b>En caso de emergencia o crisis, vaya a la sala de emergencias o llame al 911.</b>
	Para las personas con problemas auditivos: Línea gratuita <b>1-800-855-2880</b> (para usuarios de TTY).
	También se ofrecen servicios de interpretación.
<b>Escríbanos:</b>	Driscoll Children's Health Plan 615 N Upper Broadway, Suite 1621 Corpus Christi, TX 78477
<b>Horario de atención:</b>	De lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CST, excepto los días festivos aprobados por el estado.
<b>Antes de las 8 a. m. o después de las 5 p. m.</b>	Llame y deje su mensaje. Le devolveremos la llamada el día hábil siguiente.
<b>Línea directa para la salud conductual, las 24 horas del día, los 7 días de la semana</b>	<b>1-877-330-3312 (inglés o español)</b> con datos sobre los servicios. También se ofrecen otros servicios de interpretación. <b>En caso de emergencias o crisis, vaya a la sala de emergencias o llame al 911.</b>
<b>Número de atención de la vista</b>	Llame al <b>1-888-268-2334</b> para preguntas relativas a exámenes de la vista y anteojos.
<b>Número de atención dental</b>	Delta Dental: <b>1-866-561-5891</b> DentaQuest: <b>1-800-508-6775</b> MCNA Dental: <b>1-800-494-6262</b>
<b>Línea de ayuda farmacéutica</b>	Llame al <b>1-877-451-5598</b> (línea gratuita) si necesita que se le dispense una receta.
<b>Línea de ayuda de CHIP</b>	<b>1-800-647-6558</b>

# Índice

	Página
<b>Introducción</b> .....	1
<b>Números de teléfono importantes</b> .....	2
<b>Índice</b> .....	3
<b>Driscoll Children’s Health Plan y CHIP</b> .....	6
<b>Tarjeta de identificación de CHIP</b> .....	6
Tarjeta de identificación de DCHP CHIP .....	6
Cómo leer la tarjeta de identificación de DCHP CHIP .....	6
Cómo usar la tarjeta de identificación de DCHP CHIP .....	6
Qué debe hacer si pierde la tarjeta de identificación o si se muda .....	7
<b>Información acerca de los prestadores de atención primaria</b> .....	7
¿Qué debo llevar a la cita con mi médico o con el médico de mi hijo? .....	7
¿Qué es un prestador de atención primaria? .....	7
¿Puede un médico especialista ser el prestador de atención primaria de mi hijo? .....	7
¿Puede una clínica ser mi prestador de atención primaria o el de mi hijo? .....	7
¿Cómo puedo cambiar a mi prestador de atención primaria o el de mi hijo? .....	8
¿Cuántas veces puedo cambiar a mi prestador de atención primaria o el de mi hijo? .....	8
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio del prestador de atención primaria? .....	8
¿Hay alguna razón por la cual se podría negar mi solicitud de cambio de prestador de atención primaria? .....	8
¿Un prestador de atención primaria puede derivarme a mí o a mi hijo a otro prestador de atención primaria por falta de cumplimiento? .....	8
¿Qué sucede si mi prestador de atención primaria deja de pertenecer al plan de salud? .....	9
¿Qué sucede si decido consultar a otro médico que no es mi prestador de atención primaria o el de mi hijo? .....	9
¿Cómo puedo recibir atención médica cuando el consultorio de mi prestador de atención primaria o el de mi hijo está cerrado? .....	9
Plan de incentivos para médicos .....	9
<b>Cómo cambiar de plan de salud</b> .....	9
¿Qué sucede si deseo cambiar de plan de salud? .....	9
¿A quién debo llamar? .....	10
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud? .....	10
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de plan de salud? .....	10
¿Puede DCHP solicitar que se me dé de baja del plan de salud (por falta de cumplimiento, etc.)? .....	10
<b>Atención médica y otros servicios</b> .....	10
¿Qué es la atención médica de rutina? .....	10
¿Qué es la atención médica de urgencia? .....	11
¿Qué es una red limitada de prestadores? .....	11
<b>Atención de emergencia</b> .....	11
¿Qué son una emergencia, una afección médica de emergencia y una afección de salud conductual de emergencia? .....	11
¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia? .....	12
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia? .....	12
¿Qué debo hacer si necesito atención dental de emergencia? .....	12
¿Con qué rapidez puedo esperar que me atiendan a mí o a mi hijo? .....	13
Cómo obtener atención por la noche y durante los fines de semana .....	13
¿Qué es la atención posterior a la estabilización? .....	13
¿Qué sucede si mi hijo o yo nos enfermamos cuando estamos fuera de la ciudad o de viaje? ¿Qué sucede si mi hijo o yo estamos fuera del estado? .....	13
¿Qué sucede si mi hijo o yo estamos fuera del país? .....	13

<b>ATENCIÓN PARA LAS MUJERES QUE SON MIEMBROS</b> .....	14
¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos atención de un obstetra o ginecólogo? .....	14
¿Tengo el derecho de escoger un obstetra o ginecólogo? .....	14
¿Qué debo hacer para escoger un obstetra o ginecólogo? .....	14
Si no escojo un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo? .....	14
¿Deberé obtener una derivación? .....	14
¿Con qué rapidez podemos mi hija o yo recibir atención luego de programar la cita con el obstetra o ginecólogo? .....	14
¿Mi hija o yo podemos seguir consultando a un obstetra o ginecólogo que no forma parte de DCHIP? .....	14
¿Qué sucede si mi hija o yo estamos embarazadas? ¿A quién debo llamar?.....	15
¿Qué otros servicios, actividades y acciones educativas ofrece DCHIP a las mujeres embarazadas? .....	15
<b>Beneficios de CHIP</b> .....	15
¿Cuáles son mis beneficios de CHIP? .....	15
¿Cómo puedo obtener estos servicios para mí o para mi hijo? .....	15
¿Cuáles servicios no están cubiertos? .....	15
Cobertura de Medicaid y CHIP para recién nacidos del programa CHIP Perinatal .....	15
¿Cuáles son los beneficios del programa CHIP Perinatal? .....	15
Inscripción simultánea de familiares en CHIP y CHIP Perinatal .....	16
¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados? .....	16
<b>Servicios de salud conductual (mental)</b> .....	16
¿Cómo puedo recibir ayuda si mi hijo o yo tenemos problemas de conducta (mentales) o drogas? .....	16
¿Debo obtener una derivación en este caso? .....	16
<b>Cobertura de recetas médicas</b> .....	16
¿Cómo puedo obtener recetas médicas para mí o mi hijo? .....	16
¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red? .....	17
¿Qué sucede si voy a una farmacia que no pertenece a la red? .....	17
¿Qué debo llevar a la farmacia? .....	17
¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos o los de mi hijo? .....	17
¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos o los de mi hijo?.....	17
¿Qué sucede si los medicamentos que el médico recetó para mí o para mi hijo no están autorizados? .....	17
¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos o los de mi hijo? .....	17
¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos un medicamento de venta libre para CHIP? .....	17
¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos un suministro de medicamentos recetados para más de 34 días? .....	17
¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos píldoras anticonceptivas? .....	17
<b>Otros servicios y coberturas de salud</b> .....	18
¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece DCHIP? .....	18
¿Cómo puedo recibir servicios de atención de la vista para mí o mi hijo? .....	18
¿Cómo puedo recibir servicios de atención dental para mí o mi hijo? .....	18
<b>Intérprete</b> .....	18
¿Puedo recibir los servicios de un intérprete cuando hablo con mi médico o el de mi hijo? .....	18
¿A quién debo llamar para solicitar los servicios de un intérprete? .....	18
¿Con cuánta anticipación debo llamar? .....	18
¿Cómo puedo obtener los servicios de un intérprete en persona en el consultorio del prestador? .....	18
<b>Costos del seguro de DCHIP CHIP</b> .....	19
¿Qué son los copagos? ¿Cuánto cuestan y cuándo debo pagarlos? .....	19
¿Qué beneficios adicionales reciben los miembros de DCHIP? .....	19
¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mí o mi hijo? .....	20
Límites de coparticipación de CHIP .....	20
¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico? .....	20
¿A quién debo llamar? .....	20
¿Qué información necesitarán? .....	20

¿Qué debo hacer si me mudo? .....	21
¿Qué sucede si tengo un accidente y DCHP paga la factura? .....	21
Otros costos para los miembros de CHIP .....	21
<b>Derivaciones a especialistas</b> .....	21
¿Qué es una derivación? .....	21
¿Para cuáles servicios <u>no</u> se requiere una derivación? .....	21
¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos ver a un especialista? .....	21
¿Con qué rapidez puedo esperar que un especialista me atienda a mí o a mi hijo? .....	21
¿A quién debo llamar si mi hijo o yo necesitamos atención médica especial y necesito ayuda? .....	22
¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión? .....	22
<b>Servicios que requieren autorización previa</b> .....	22
<b>Cómo realizar una apelación por un servicio negado</b> .....	23
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio para mí que está cubierto, pero DCHP lo niega o limita? .....	23
¿Cómo sabré si se ha negado un servicio? .....	23
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación? .....	23
¿Cuándo tengo el derecho de solicitar una apelación? .....	23
¿Debo presentar la solicitud por escrito? .....	23
¿Alguna persona de DCHP puede ayudarme a presentar la apelación? .....	23
<b>Apelación inmediata</b> .....	23
¿Qué es una apelación inmediata? .....	23
¿Cómo solicito una apelación inmediata? .....	24
¿Debo presentar la solicitud por escrito? .....	24
¿Cuáles son los plazos para una apelación inmediata? .....	24
¿Qué sucede si DCHP niega la solicitud de apelación inmediata? .....	24
¿Quién puede ayudarme a presentar la apelación? .....	24
<b>Proceso de la Organización de Revisión Independiente</b> .....	24
¿Qué es una Organización de Revisión Independiente? .....	24
¿Cómo puedo solicitar la revisión de una IRO? .....	24
¿Cuáles son los plazos para este proceso? .....	25
¿Qué sucede si necesito rápidamente la decisión de la apelación? .....	25
<b>Quejas</b> .....	25
¿Qué debo hacer si tengo una queja? .....	25
¿A quién debo llamar? .....	25
¿Alguna persona de DCHP puede ayudarme a presentar la queja? .....	25
¿Cuánto tardará el procesamiento de la queja? .....	25
¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja? .....	26
Si no me satisface el resultado, ¿con quién puedo comunicarme? .....	26
¿Tengo el derecho de presentarme ante un panel de apelación de quejas? .....	26
<b>Fraude y abuso del programa CHIP</b> .....	26
¿Desea denunciar un caso de despilfarro, abuso o fraude del programa CHIP? .....	26
Cómo denunciar casos de despilfarro, abuso o fraude del programa CHIP por parte de prestadores o clientes .....	27
<b>Derechos y responsabilidades de los miembros</b> .....	27
Derechos de los miembros .....	27
Responsabilidades de los miembros .....	29
<b>Alcance de los beneficios de DCHP CHIP</b> .....	29
¿Qué significa “médicamente necesario”? .....	29
Descripción de los beneficios .....	31
Servicios de valor agregado .....	47
Exclusiones .....	48
DME y suministros .....	49

## Driscoll Children's Health Plan y CHIP

Mediante la legislación aprobada por el Congreso de los Estados Unidos y la Legislatura de Texas, se puso en marcha el programa CHIP en Texas, el cual brinda ayuda a los niños de familias que tienen ingresos demasiado altos como para recibir Medicaid, pero demasiado bajos como para pagar una cobertura familiar privada.

Al escoger el plan de salud Driscoll Children's Health Plan (DCHP), podemos brindar a sus hijos los beneficios de salud de CHIP, desde que nacen hasta los 18 años de edad. El plan de atención médica de DCHP CHIP está disponible en los siguientes condados del sur de Texas:

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

DCHP es un seguro médico cerrado (*Health Maintenance Organization* o HMO) sin fines de lucro y con licencia del Departamento de Seguros de Texas (*Texas Department of Insurance* o TDI).

## Tarjeta de identificación de CHIP

Una vez que se afilió a DCHP, recibirá una tarjeta de identificación de CHIP. A continuación se muestra una copia de esta tarjeta.

Datos de su hijo

Nombre y número de teléfono del prestador de atención primaria

**Driscoll Children's HEALTH PLAN**  
*A Friend of the Family*  
**CHIP**

Member Name: ANN ELWOOD  
 Member ID#: J12345678  
 Effective Date: 01/01/2008  
 PCP: JAMES CARTER  
 PCP Phone #: 361-123-4567  
 Effective Date of PCP: 01/01/2008  
 Co-payment Amounts/Co-pagos:  
 OV: \$5 ER: \$5 IP: \$25 RX Brand: \$5 RX Generic: \$0  
 No Co-payment for CHIP Perinate Newborn  
 No hay Co-pago para los recién Nacidos Perinatal

Member Service Phone #: 1-877-451-5598

**TDI**

**Important Information/Información Importante**

24/7 Member Services/Departamento de Servicios para Miembros: 1-877-451-6668  
 TTY for hearing impaired/TTY para personas con problemas del oído: 1-800-865-2880  
 24/7 Behavioral Health Hotlines/Líneas de Servicios de Salud Mental: 1-877-330-3312  
 Vision Services/Servicios para las vista: 1-888-268-2334

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

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

**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 number is 1-866-741-6660.  
 Submit Claims to: DCHP, P.O. Box 3668, Corpus Christi, TX 79469-3668

Pharmacist (Only) Help Desk: 1-877-608-6023  
 BIN: 610502 PCN: MCD Rx GRP: DCH Rev 3/12

Cada uno de sus hijos tendrá su propia tarjeta. No recibirá una tarjeta nueva de DCHP CHIP cada mes. Se le enviará una tarjeta nueva si la pierde o si nos llama para cambiar de prestador de atención primaria.

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

En el frente de la tarjeta de identificación de DCHP CHIP se encuentran los datos importantes de su hijo junto con el nombre y el número de teléfono del prestador de atención primaria. También se indican los montos (copagos) que podría tener que pagar por las consultas médicas o las recetas. En la parte posterior de la tarjeta se incluyen los números de teléfono importantes para emergencias u otro tipo de asistencia de Member Services de DCHP.

### Cómo usar la tarjeta de identificación de DCHP CHIP

Lleve la tarjeta de identificación de DCHP CHIP de su hijo cada vez que éste reciba servicios de atención médica. **Debe** mostrar la tarjeta de identificación de CHIP a fin de recibir cualquier servicio médico.

## Qué debe hacer si 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 obtener una tarjeta nueva. Si se muda o cambia de número de teléfono, llámenos para que le enviemos otra tarjeta de identificación. Es fundamental que tengamos siempre su dirección y su número de teléfono correctos.

## Información acerca de los prestadores de atención primaria

### ¿Qué debo llevar a la cita con mi médico o con el médico de mi hijo?

Cuando vaya al médico, lleve siempre su tarjeta de identificación de DCHP, o la de su hijo. Si su hijo va al médico para que lo vacunen, no se olvide de llevar la cartilla de vacunación.

### ¿Qué es un prestador de atención primaria?

El prestador de atención primaria que usted escogió es el “hogar médico” de su hijo. Este prestador le brindará ayuda en todo lo relativo a la atención médica. Se familiarizará con usted y con su hijo, les realizará chequeos regulares a sus hijos y los atenderá cuando estén enfermos. Su prestador de atención primaria recetará medicamentos y suministros médicos para sus hijos, y los derivará a un especialista cuando sea necesario.

Es importante que siga las recomendaciones del prestador de atención primaria. Participe en la toma de decisiones acerca de la atención médica de su hijo. Si no sigue las recomendaciones de su prestador de atención primaria, es posible que este nos solicite que le asignemos otro prestador. Esto también podría suceder si usted y el prestador de atención primaria no tienen una buena relación. Si esto sucede, el prestador de atención primaria tiene la obligación de informarnos. Nos comunicaremos con usted para solicitarle que escoja otro prestador de atención primaria.

Cuando pueda, llame al prestador de atención primaria durante el horario de atención. Si es posible, no espere hasta la noche para llamar cuando tiene un problema de salud y necesita atención. La mayoría de las enfermedades tienden a empeorar a medida que transcurre el día. Llame temprano.

Usted debe ver solamente al prestador de atención primaria que figura en la tarjeta de identificación. Si ve a otro prestador de atención primaria, deberá pagar la factura.

### ¿Puede un médico especialista ser el prestador de atención primaria de mi hijo?

Es posible que, en ocasiones, DCHP permita que un especialista sea el prestador de atención primaria de su hijo. Esto es para los niños con necesidades de salud especiales (*Children with Special Health Care Needs* o CSHCN). Usted debe firmar el “Acuerdo para que un médico especialista actúe como prestador de atención primaria” y el especialista también debe firmar el formulario para aceptar ser el prestador de atención primaria. Nuestro Medical Director revisará el caso y tomará una decisión acerca de la aprobación dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la solicitud. Se le enviará una carta en donde se le informará sobre dicha decisión. Si se niega su solicitud, tiene el derecho de apelar la decisión (consulte la página 25 para obtener información sobre cómo presentar quejas y apelaciones). La fecha de entrada en vigencia de este cambio será el primer día del mes en que se realizó la solicitud. Para obtener más información, comuníquese con Member Services de DCHP al **1-877-451-5598**.

### ¿Puede una clínica ser mi prestador de atención primaria o el de mi hijo?

Usted puede escoger una clínica como prestador de atención primaria para su hijo. Puede ser un Centro de Salud Aprobado por el Gobierno Federal (*Federally Qualified Health Center* o FQHC) o una Clínica de Salud Rural (*Rural Health Clinic* o RHC). Si tiene preguntas, llame a Member Services al **1-877-451-5598**.

### **¿Cómo puedo cambiar a mi prestador de atención primaria o el de mi hijo?**

En las siguientes situaciones es posible que desee tener otro prestador de atención primaria:

- Si no está conforme con la atención de su prestador de atención primaria.
- Si necesita otra clase de médico para que atienda a su hijo.
- Si se muda a un lugar más alejado de su prestador de atención primaria.
- Si su prestador de atención primaria ya no forma parte de la red de DCHP.

Para cambiar de prestador de atención primaria, llame a la línea gratuita **1-877-451-5598**. En el Directorio de Proveedores de DCHP (*DCHP Provider Directory*) se incluye una lista de todos los prestadores de atención primaria.

Recibirá una tarjeta de identificación nueva donde se indicará la fecha en que el nuevo prestador de atención primaria puede comenzar a atender a su hijo. En la tarjeta nueva se incluirá el nombre y el número de teléfono del nuevo prestador de atención primaria. El cambio de prestador de atención primaria no impedirá su acceso a la atención médica. Si necesita atención antes de que el cambio de prestador de atención primaria entre en vigencia, llame al prestador de atención primaria que figura en su tarjeta actual.

Para brindarle la mejor atención posible, el prestador de atención primaria necesita conocer la historia clínica de su hijo. Su historia clínica es privada y confidencial. Solamente usted, su prestador de atención primaria y los demás prestadores autorizados tienen el derecho de verla. Si cambia de médico, asegúrese de dar al nuevo prestador de atención primaria todos los datos necesarios sobre su historia clínica.

### **¿Cuántas veces puedo cambiar a mi prestador de atención primaria o el de mi hijo?**

No hay límites en la cantidad de veces que puede cambiar a su prestador de atención primaria o el de su hijo. Para cambiar de prestador de atención primaria, puede llamar a la línea gratuita **1-877-451-5598** o escribir a Driscoll Children's Health Plan, 615 N Upper Broadway Suite 1621, Corpus Christi, Texas 78401-0764.

### **¿Cuándo entrará en vigencia el cambio del prestador de atención primaria?**

Puede cambiar de prestador de atención primaria en cualquier momento. Si llama **ANTES** del día 5 del mes, el cambio entrará en vigencia de inmediato. Si llama **DESPUÉS** del día 5 del mes, el cambio del prestador de atención primaria no se realizará sino hasta el primer día del mes siguiente. Si ve al nuevo prestador de atención primaria antes de que se realice el cambio, deberá pagar la factura.

### **¿Hay alguna razón por la cual se podría negar mi solicitud de cambio de prestador de atención primaria?**

En los siguientes casos es posible que no pueda tener el prestador de atención primaria que escogió:

- Si el prestador de atención primaria que escogió no acepta pacientes nuevos.
- Si el prestador de atención primaria que escogió ya no forma parte de DCHP.

### **¿Un prestador de atención primaria puede derivarme a mí o a mi hijo a otro prestador de atención primaria por falta de cumplimiento?**

Es importante que siga las recomendaciones del prestador de atención primaria. Participe en la toma de decisiones acerca de la atención médica de su hijo. Si no sigue las recomendaciones de su prestador de atención primaria, es posible que este nos solicite que asignemos a su hijo a otro prestador. También existe la posibilidad de que usted y su prestador de atención primaria no tengan una buena relación, o de que usted falte a varias citas sin avisar el motivo. Si esto sucede, el prestador de atención primaria tiene la obligación de informarnos. Nos comunicaremos con usted para solicitarle que escoja otro prestador de atención primaria.

### **¿Qué sucede si mi prestador de atención primaria deja de pertenecer al plan de salud?**

Si su prestador de atención primaria decide que ya no será un prestador de DCHP y su hijo tiene necesidades especiales, continuaremos pagando los servicios de este prestador de atención primaria durante los noventa (90) días posteriores a la fecha efectiva en que el prestador dejó de pertenecer a DCHP. Su prestador de atención primaria deberá enviarnos una solicitud para continuar prestando los servicios y explicar las necesidades especiales de su hijo. Si despedimos a su prestador de atención primaria, excepto por motivos relacionados con la competencia médica o la conducta profesional, se lo notificaremos de inmediato. Si su hijo tiene necesidades especiales, continuaremos pagando los servicios durante los noventa (90) días posteriores a la fecha efectiva del despido. Si despedimos a su prestador de atención primaria por motivos relacionados con la competencia médica o la conducta profesional, se lo notificaremos de inmediato. Usted deberá escoger de inmediato otro prestador de atención primaria que pertenezca a la red de DCHP.

### **¿Qué sucede si decido consultar a otro médico que no es mi prestador de atención primaria o el de mi hijo?**

Si necesita atención de emergencia durante las 24 horas de una sala de emergencias, puede atenderse con cualquier prestador.

También puede atenderse con cualquier prestador de obstetricia o ginecología de DCHP; no necesita una derivación de su prestador de atención primaria.

Si necesita servicios de salud mental o atención por adicciones, debe llamar a la línea directa de salud conductual al **1-877-330-3312**. Los servicios de salud conductual son muy privados, por lo que no necesita la aprobación de su prestador de atención primaria para recibir estos servicios.

Si necesita un examen de rutina de la vista, no necesita la aprobación de su prestador de atención primaria para recibir estos servicios. Sin embargo, si tiene un problema de la vista, necesitará una derivación de su prestador de atención primaria. Si tiene preguntas sobre los servicios de atención de la vista, llame al **1-888-268-2334**.

Para todos los otros tipos de atención, debe ver solamente al prestador de atención primaria que figura en la tarjeta de identificación. Si ve a otro prestador de atención primaria, es posible que deba pagar la factura.

### **¿Cómo puedo recibir atención médica cuando el consultorio de mi prestador de atención primaria o el de mi hijo está cerrado?**

Excepto en caso de emergencia, si su hijo se enferma por la noche o durante el fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su prestador de atención primaria. Su prestador de atención primaria u otro médico está disponible por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si su hijo tiene fiebre o dolor de garganta y no sabe con certeza qué debe hacer, llame al consultorio de su prestador de atención primaria.

### **Plan de incentivos para médicos**

Mediante un plan de incentivos para médicos se recompensa a los médicos por los tratamientos que reducen o limitan los servicios para las personas cubiertas por CHIP. Por el momento, DCHP no cuenta con un plan de incentivos para médicos.

## **Cómo cambiar de plan de salud**

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

Se le permite cambiar de plan de salud:

- por cualquier motivo, dentro de los noventa (90) días posteriores a la inscripción en CHIP;
- con causa, en cualquier momento;
- durante el período de reinscripción anual de CHIP.

### ¿A quién debo llamar?

Para obtener más información, llame a CHIP a la línea gratuita **1-800-647-6558**.

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

Un miembro de CHIP puede cambiar de plan de salud en cualquier momento por las siguientes razones:

- por cualquier motivo, dentro de los noventa (90) días posteriores a la inscripción en CHIP;
- con causa, en cualquier momento;
- durante el período de reinscripción anual de CHIP.

### ¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de plan de salud?

El cambio de plan de salud entrará en vigencia el mes siguiente a la solicitud de cambio.

### ¿Puede DCHP solicitar que se me dé de baja del plan de salud (por falta de cumplimiento, etc.)?

DCHP puede solicitar que se le dé de baja de nuestro plan de salud por una “causa justa”, tal como:

1. Fraude o abuso por parte de un miembro.
2. Amenazas de actos físicos que ocasionen daños al personal o los prestadores de DCHP.
3. Robo.
4. Negativa a cumplir con las políticas y los procedimientos de DCHP, por ejemplo:
  - a. Permitir que otra persona utilice su tarjeta de identificación de CHIP.
  - b. No asistir a las citas con su prestador en repetidas ocasiones.
  - c. Comportarse de forma grosera o impulsiva con un prestador o miembro del personal de DCHP.
  - d. Seguir utilizando los servicios de un médico que no es prestador de DCHP.

DCHP no le solicitará que deje de pertenecer al plan de salud sin intentar hablarlo con usted. Si tiene preguntas sobre este proceso, llame a Member Services al **1-877-451-5598**. La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (*Texas Health and Human Service Commission*, HHSC) determinará si se le puede ordenar a un miembro que deje de pertenecer al programa.

## Atención médica y otros servicios

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

Un caso de atención médica de rutina puede ser cuando su hijo ve al prestador de atención primaria para que le realice un control de niño sano. Otro caso puede ser también su primera consulta con el prestador de atención primaria.

- **¿Con qué rapidez puedo esperar que me atiendan o que atiendan a mi hijo?**

Puede esperar que el prestador de atención primaria le dé una cita dentro de los 14 días para la primera consulta u otra consulta de rutina. Si su prestador de atención primaria deriva a su hijo a un especialista, lo atenderán en un plazo de tres semanas.

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

Un caso de atención médica de urgencia es cuando su hijo está enfermo o lesionado y necesita tratamiento lo antes posible para evitar que empeore. En las siguientes situaciones debe llamar primero al prestador de atención primaria de su hijo:

- Dolor de oído.
  - Dolor de muelas o dentición del bebé.
  - Erupciones.
  - Resfrío, tos, dolor de garganta, gripe o problemas de los senos paranasales.
  - Quemadura leve provocada por el sol.
  - Quemadura leve al cocinar.
  - Dolor crónico de espalda.
  - Dolor de cabeza leve.
  - Yeso roto.
  - Puntos o suturas que se deben retirar.
  - Reabastecimiento de medicamentos.
- **¿Con qué rapidez puedo esperar que me atiendan o que atiendan a mi hijo?**

Puede esperar recibir atención médica urgente dentro de las 24 horas.

### ¿Qué es una red limitada de prestadores?

La red limitada de prestadores es una lista de prestadores que solamente derivan los miembros a otros prestadores de nuestra red. DCHP no tiene una red limitada de prestadores. La lista de todos nuestros prestadores se encuentra en nuestro sitio web: [www.dchpkids.com](http://www.dchpkids.com).

## Atención de emergencia

### ¿Qué son una emergencia, una afección médica de emergencia y una afección de salud conductual de emergencia?

La atención de emergencia es un servicio cubierto. Se proporciona atención de emergencia para afecciones médicas de emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia. El término “afección médica de emergencia” se refiere a una afección médica de aparición reciente y de gravedad, incluido, entre otros, el dolor intenso, que llevaría a una persona prudente y no experta, con conocimientos promedio sobre medicina y salud, a considerar que la afección, la enfermedad o la lesión del niño es de tal naturaleza que la falta de atención médica inmediata podría tener las siguientes consecuencias:

- poner en grave peligro la salud del niño;
- provocar un deterioro grave de las funciones corporales;
- causar una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo;
- ocasionar una desfiguración grave; o
- en el caso de una niña embarazada, poner en grave peligro la salud del feto.

El término “afección de salud conductual de emergencia” se refiere a una afección, independientemente de su naturaleza o causa, que en la opinión de una persona prudente y no experta, con conocimientos promedio sobre medicina y salud:

- requiere intervención o atención médica inmediata, sin la cual el niño constituiría un peligro inmediato para sí mismo o para los demás; o

- hace que el niño sea incapaz de controlarse o de conocer o comprender las consecuencias de sus actos.

### **¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia?**

Los términos “servicios de emergencia” o “atención de emergencia” se refieren a los servicios de atención médica prestados en el departamento de emergencia de un hospital dentro o fuera de la red, en un centro médico de emergencias autónomo o en otro centro similar, por médicos, prestadores o personal del centro dentro o fuera de la red, con el propósito de evaluar y estabilizar las afecciones médicas de emergencia o las afecciones de salud conductual de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen, entre otros, los exámenes médicos de detección u otras evaluaciones exigidas por la ley estatal o federal que se necesiten para determinar si existe una afección médica de emergencia o una afección de salud conductual de emergencia.

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

El plan médico de CHIP de su hijo cubrirá algunos servicios dentales de emergencia, por ejemplo:

- Mandíbula dislocada.
- Lesiones traumáticas en los dientes y las estructuras de sostén.
- Eliminación de quistes.
- Tratamientos de absceso oral originado en los dientes o las encías.
- Tratamiento y dispositivos para tratar anomalías craneofaciales.
- Medicamentos para tratar todas las afecciones antes mencionadas.

El plan médico de CHIP también cubre los servicios dentales que su hijo recibe en un hospital. Se incluyen los servicios prestados por el médico y otros que su hijo pueda necesitar, como la anestesia.

### **¿Qué debo hacer si necesito atención dental de emergencia?**

Durante el horario de atención normal, llame al dentista principal de su hijo para obtener información sobre cómo recibir servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia cuando el consultorio del dentista principal está cerrado, llámenos a la línea gratuita **1-877-451-5598**.

**Si su hijo tiene una emergencia, vaya de inmediato a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.**

Estos son algunos ejemplos de casos en los que debe ir a la sala de emergencias:

- Alguien corre peligro de muerte.
- Alguien tiene mucho dolor en el pecho.
- Alguien no puede respirar o se está asfixiando.
- Alguien se ha desmayado o tiene convulsiones.
- Alguien está enfermo por envenenamiento o sobredosis de drogas.
- Alguien se fracturó un hueso.
- Alguien sangra mucho.
- Alguien ha sido víctima de un ataque (violación, puñalada, balazo, golpe).
- Alguien está a punto de dar a luz.
- Alguien se ha lastimado gravemente el brazo, la pierna, la mano, el pie o la cabeza.
- Alguien tiene una quemadura grave.
- Alguien tiene una reacción alérgica grave o ha sido mordido por un animal.
- Alguien tiene dificultad para controlar su comportamiento y, si no recibe tratamiento, representa un peligro para sí mismo y para los demás.

Si cree que tiene alguno de estos problemas, vaya al hospital más cercano. Puede llamar al 911 para que le ayuden a llegar a la sala de emergencias del hospital.

Los resfríos, la tos, los sarpullidos, los cortes pequeños, las quemaduras leves o los moretones **no** son buenos motivos para ir a la sala de emergencias.

### **¿Con qué rapidez puedo esperar que me atiendan a mí o a mi hijo?**

La atención médica de emergencia está disponible en el hospital más cercano las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Si va a la sala de emergencias, asegúrese de llamar a su prestador de atención primaria dentro de las 24 horas, o apenas su hijo se encuentre médicamente estable.**

### **Cómo obtener atención por la noche y durante los fines de semana**

Si su hijo se enferma por la noche o durante el fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame al prestador de atención primaria de su hijo. Su prestador de atención primaria u otro médico está disponible por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si su hijo tiene fiebre o dolor de garganta y no sabe con certeza qué debe hacer, llame al consultorio de su prestador de atención primaria.

### **¿Qué es la atención posterior a la estabilización?**

Los servicios de atención posterior a la estabilización están cubiertos por CHIP y mantienen su condición estable luego de la atención médica de emergencia.

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

Si usted o su hijo necesitan atención médica mientras se encuentran de viaje, llame a la línea gratuita **1-877-451-5598** y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia mientras se encuentran de viaje, vaya a un hospital cercano y luego llame a la línea gratuita **1-877-451-5598**. Lleve su tarjeta de identificación de DCHP, o la de su hijo, en todo momento.

Cuando usted o su hijo estarán temporalmente ausentes de casa, debe comunicarse con el prestador de atención primaria con anticipación a fin de programar las citas u obtener recetas de medicamentos para todo el tiempo que su hijo estará ausente. Si su hijo se enferma cuando está fuera de la ciudad, **y no es una emergencia**, permanecerá bajo el cuidado del prestador de atención primaria. A excepción de la atención médica de emergencia, si usted o su hijo ven a un médico fuera de la ciudad, es posible que deban pagar la consulta.

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

CHIP no cubre los servicios de atención médica prestados fuera del país.

## Atención para las mujeres que son miembros

### ¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos atención de un obstetra o ginecólogo?

Si necesita asistencia para escoger un obstetra o ginecólogo, puede llamar a Member Services al **1-877-451-5598**. Si usted o su hija están embarazadas, debe escoger un obstetra o ginecólogo para recibir atención.

### ATENCIÓN PARA MIEMBROS

Usted tiene el derecho de escoger un obstetra o ginecólogo para usted o su hija, sin la derivación de su prestador de atención primaria. Un obstetra o ginecólogo le puede brindar lo siguiente:

- Un examen médico para la mujer sana al año.
- Atención relacionada con el embarazo.
- Atención para cualquier afección médica femenina.
- Derivaciones a especialistas de la red de prestadores.

DCHP les permite a usted o a su hija escoger cualquier obstetra o ginecólogo, ya sea que dicho médico pertenezca o no a la misma red de su prestador de atención primaria o el de su hija.

Si tiene preguntas sobre los servicios de obstetricia o ginecología, llame a Member Services de DCHP al **1-877-451-5598**.

### ¿Tengo el derecho de escoger un obstetra o ginecólogo?

Usted tiene el derecho de elegir cualquier prestador que brinde servicios de obstetricia o ginecología.

### ¿Qué debo hacer para escoger un obstetra o ginecólogo?

Escoja un obstetra o ginecólogo del DCHP Provider Directory. Si escoge un obstetra o ginecólogo que no está incluido en dicho directorio, es posible que deba pagar la consulta.

### Si no escojo un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?

Sí. Usted puede acudir directamente a un prestador de obstetricia o ginecología.

### ¿Deberé obtener una derivación?

No. No necesita una derivación de su prestador de atención primaria.

### ¿Con qué rapidez podemos mi hija o yo recibir atención luego de programar la cita con el obstetra o ginecólogo?

Usted o su hija deben obtener una cita dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud. Si usted o su hija tienen siete meses o más de embarazo y es miembro nuevo, debe obtener una cita dentro de los cinco días, o inmediatamente en caso de emergencia.

### ¿Mi hija o yo podemos seguir consultando a un obstetra o ginecólogo que no forma parte de DCHP?

Si usted o su hija están cerca de la fecha de parto, podrán seguir atendiéndose con el obstetra o ginecólogo que han estado viendo. De lo contrario, debe comunicarse con Member Services de DCHP al **1-877-451-5598**. Solicite los servicios de un administrador de casos para que la ayude a encontrar un obstetra o ginecólogo que forme parte de DCHP.

### **¿Qué sucede si mi hija o yo estamos embarazadas? ¿A quién debo llamar?**

Es muy importante que llame a DCHP para notificarnos que usted o su hija están embarazadas y que médico las atiende. Llame a Member Services al **1-877-451-5598**. Es muy importante que usted o su hija comiencen a recibir atención prenatal inmediatamente. También debe llamar a la línea directa de CHIP al **1-800-647-6558** para que usted o su hija puedan ser transferidas al programa CHIP Perinatal.

### **¿Qué otros servicios, actividades y acciones educativas ofrece DCHP a las mujeres embarazadas?**

Las mujeres embarazadas recibirán servicios de administración de casos y educación sobre la salud. Una enfermera administradora de casos:

- Se comunicará con usted por teléfono.
- Se comunicará con usted por correo.
- Le brindará información acerca de su embarazo o el de su hija.
- La ayudará a encontrar un obstetra o ginecólogo para usted o su hija.

Existen otros servicios de valor agregado que puede obtener si usted o su hija están embarazadas. Consulte la página 47 para ver la lista de servicios de valor agregado.

## Beneficios de CHIP

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

Consulte las páginas 31 a 46 para ver la lista completa de beneficios.

### **¿Cómo puedo obtener estos servicios para mí o para mi hijo?**

Llame a Member Services al **1-877-451-5598**. Nos complacerá explicarle cómo usted o su hijo pueden obtener estos beneficios.

### **¿Cuáles servicios no están cubiertos?**

En la página 49 de este Manual para miembros se incluye una lista de los servicios que no están cubiertos por CHIP.

### **Cobertura de Medicaid y CHIP para recién nacidos del programa CHIP Perinatal**

Al recién nacido se le trasladará de CHIP Perinatal a Medicaid para recibir doce (12) meses de cobertura continua, si la familia del recién nacido tiene ingresos iguales o inferiores al 185% del nivel federal de pobreza.

Si los ingresos de la familia son del 186% al 200% del nivel federal de pobreza, el recién nacido de CHIP Perinatal permanecerá en el programa CHIP.

### **¿Cuáles son los beneficios del programa CHIP Perinatal?**

Para el recién nacido de CHIP Perinatal, los beneficios son los mismos que para los miembros de CHIP. Para la madre del recién nacido que tiene cobertura de CHIP Perinatal, consulte el Manual para miembros del programa CHIP Perinatal.

- **¿Cómo puedo obtener estos servicios para mi hijo?**

El recién nacido que tiene cobertura de CHIP Perinatal comenzará a recibir los servicios de CHIP al momento de su nacimiento.

○ **¿Cuáles son los beneficios que mi bebé recibe al nacer?**

Los beneficios para el bebé recién nacido que califica como miembro de CHIP son los mismos que reciben los miembros de CHIP.

**Inscripción simultánea de familiares en CHIP y CHIP Perinatal**

Para los miembros del programa CHIP Perinatal, el plan de salud seleccionado será también el plan de salud para el resto de los miembros de CHIP de la familia. Por lo tanto, si un miembro de CHIP Perinatal elige otro plan de salud, los niños que tienen cobertura de CHIP se trasladarán a ese mismo plan de salud.

Los copagos siguen siendo aplicables para los miembros de CHIP. Los miembros del programa CHIP Perinatal no deben abonar copagos.

**¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados?**

DCHIP cubre la mayoría de los medicamentos recetados por el médico. Para obtener más información, comuníquese con Member Services al **1-877-451-5598**.

**Servicios de salud conductual (mental)**

**¿Cómo puedo recibir ayuda si mi hijo o yo tenemos problemas de conducta (mentales) o drogas?**

Usted puede recibir ayuda para problemas de conducta (mentales) o adicción (drogas). Puede consultar a un prestador de atención de la salud mental sin la derivación de su prestador de atención primaria. El prestador que escoja debe pertenecer a la red de salud conductual de DCHIP. Para recibir ayuda, llame a la línea directa de salud conductual que aparece en su tarjeta de identificación. El número de teléfono es **1-877-330-3312**. Puede llamar en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si su hijo tiene una emergencia relacionada con problemas mentales o adicción a las drogas o el alcohol, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911.

**¿Debo obtener una derivación en este caso?**

Los servicios de salud conductual son muy privados, por lo que no necesita la aprobación de su prestador de atención primaria para recibir estos servicios. No necesita una derivación de su prestador de atención primaria.

**Cobertura de recetas médicas**

**¿Cómo puedo obtener recetas médicas para mí o mi hijo?**

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico, o el de su hijo, les recete. Su médico, o el de su hijo, le darán una receta para que la lleve a la farmacia, o quizá pueda enviarla en su nombre.

Estas son algunas de las exclusiones: medicamentos anticonceptivos recetados solamente para evitar un embarazo, y medicamentos para bajar o subir de peso.

Es posible que, según sus ingresos, deba abonar un copago por la receta.

### **¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?**

Si desea solicitar ayuda para encontrar una farmacia, llame a Member Services al **1-877-451-5598**. O bien, puede visitar el sitio web de DCHP: [www.dchpkids.com](http://www.dchpkids.com).

### **¿Qué sucede si voy a una farmacia que no pertenece a la red?**

La farmacia puede llamar al número de Pharmacy Help Desk que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación donde le brindarán ayuda para obtener los medicamentos.

### **¿Qué debo llevar a la farmacia?**

Debe llevar su tarjeta de identificación de CHIP a la farmacia.

### **¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos o los de mi hijo?**

Llame a Member Services al **1-877-451-5598** y solicite ayuda para encontrar una farmacia que realice envíos a domicilio.

### **¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos o los de mi hijo?**

Llame a Member Services al **1-877-451-5598**.

### **¿Qué sucede si no puedo obtener los medicamentos que el médico aprobó para mí o mi hijo?**

Si no puede encontrar a su médico, o al de su hijo, para que autorice una receta, se le puede otorgar un suministro de medicamentos de emergencia para tres días.

Llame a DCHP al **1-877-451-5598** si necesita ayuda con respecto a sus medicamentos y reabastecimiento de recetas.

### **¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos o los de mi hijo?**

La pérdida de un medicamento no tiene cobertura. Puede comunicarse con su farmacia para que le dispensen una receta anticipada y pagar el costo de los medicamentos.

### **¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos un medicamento de venta libre para CHIP?**

La farmacia no puede entregarle un medicamento de venta libre como parte de su beneficio, o el de su hijo, de CHIP. Si usted o su hijo necesitan un medicamento de venta libre, deberá pagarlo.

### **¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos un suministro de medicamentos recetados para más de 34 días?**

La farmacia solamente puede darle la cantidad de medicamento que usted o su hijo necesitan para 34 días.

Si tiene otras preguntas, llame a DCHP al **1-877-451-5598**.

### **¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos píldoras anticonceptivas?**

La farmacia no puede darle a usted o su hija píldoras anticonceptivas para evitar un embarazo. Solamente podrá obtenerlas si son necesarias para tratar una afección médica.

## Otros servicios y coberturas de salud

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

DCHP ofrece a sus miembros educación sobre numerosos temas relacionados con la salud. La educación sobre la salud que brinda DCHP no tiene costo alguno y puede incluir información sobre los siguientes temas:

- Vacunas
- Dietas especiales para tratar la diabetes
- Atención médica para el asma
- Programas de bienestar y ferias de salud

Si necesita materiales de educación sobre la salud en otro idioma o formato, llame a Member Services al **1-877-451-5598**.

### ¿Cómo puedo recibir servicios de atención de la vista para mí o mi hijo?

Los servicios de atención de la vista incluyen un examen anual realizado por un oftalmólogo. Usted o su hijo pueden recibir un par de anteojos por año. Para obtener más información sobre los exámenes de la vista o los anteojos, llame a nuestro prestador de atención de la vista al **1-888-268-2334**.

### ¿Cómo puedo recibir servicios de atención dental para mí o mi hijo?

El plan dental de CHIP de su hijo brinda servicios dentales que incluyen servicios que ayudan a prevenir las caries y solucionar problemas dentales. Llame al plan dental de CHIP de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrece. Estos son los números de teléfono de los planes dentales de CHIP: Delta Dental, 1-866-561-5891; DentaQuest, 1-800-508-6775; o MCNA Dental, 1-800-494-6262.

DCHP cubre los servicios dentales de emergencia que su hijo recibe en un hospital. También se incluyen los servicios prestados por el médico y otros que su hijo pueda necesitar, como la anestesia.

## Intérprete

### ¿Puedo recibir los servicios de un intérprete cuando hablo con mi médico o el de mi hijo?

Sí. Puede ser en español o en otro idioma. Usted o su médico pueden coordinarse para recibir los servicios de un intérprete.

### ¿A quién debo llamar para solicitar los servicios de un intérprete?

Llame a Member Services al **1-877-451-5598** y haremos los arreglos necesarios para que un intérprete le asista durante la consulta.

### ¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Debe llamar al menos 48 horas antes de su cita.

### ¿Cómo puedo obtener los servicios de un intérprete en persona en el consultorio del prestador?

El intérprete que contactamos puede ir al consultorio y estar presente junto con usted durante la cita. Infórmenos si esto es lo que desea.

**Se habla español.** DCHP cuenta con personal que habla español e inglés. También ofrecemos folletos para miembros en español.

## Costos del seguro de DCHP CHIP

### ¿Qué son los copagos? ¿Cuánto cuestan y cuándo debo pagarlos?

Los copagos son la parte de la factura del médico o del costo de las recetas médicas que usted debe pagar. En la siguiente tabla se incluye el cuadro de copagos de CHIP según los ingresos de la familia. Los copagos por los servicios médicos o los medicamentos recetados se pagan en el consultorio del médico o la farmacia al momento en que se recibe el servicio. No se abonan copagos por los servicios de atención preventiva, por ejemplo, los controles de niño sano o las vacunas.

En la tarjeta de identificación del plan de salud de su hijo se enumeran los copagos que se aplican a su familia. Presente la tarjeta de identificación cada vez que reciba servicios en el consultorio del médico o en la sala de emergencias, o cuando se le dispense una receta.

Los copagos no se aplican a los recién nacidos que tienen cobertura del programa CHIP Perinatal.

Niveles federales de pobreza	Consultas en el consultorio	Visitas que no son a la sala de emergencias	Hospitalización	Recetas de medicamentos genéricos	Recetas de medicamentos de marca	Tope que se puede informar por año
<b>Indígenas de los EE. UU.</b>	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>100% o menos</b>	\$3	\$3	\$15	\$0	\$3	Tope de 5% de los ingresos anuales de la familia
<b>101%-150%</b>	\$5	\$5	\$35	\$0	\$5	Tope de 5% de los ingresos anuales de la familia
<b>151%-185%</b>	\$20	\$75	\$75	\$10	\$35	Tope de 5% de los ingresos netos anuales de la familia
<b>186%-200%</b>	\$25	\$75	\$125	\$10	\$35	Tope de 5% de los ingresos netos anuales de la familia

### ¿Qué beneficios adicionales reciben los miembros de DCHP?

Todos los miembros de DCHP pueden recibir los siguientes beneficios adicionales (servicios de valor agregado):

- Anteojos con precio minorista de hasta \$100 cada 24 meses.
- Servicios de transporte para los miembros que necesitan atención médica especial y no tienen un medio de transporte para acudir al médico o a las clases educación sobre la salud.
- Uso temporal de teléfonos celulares para los miembros que cumplen con los criterios médicos.
- Exámenes de aptitud física para la práctica de deportes o la escuela.
- Beneficios para dejar de fumar.
- Evaluación del medio ambiente para los miembros con asma y, una vez realizada la inspección, una almohada y una colcha sin costo alguno.
- Educación prenatal y asesoramiento nutricional para las mujeres embarazadas que viven en los condados de Nueces, Jim Wells, Bee, Victoria, Kleberg o San Patricio.
- Acceso a clubes de niños y niñas, donde estén disponibles, o membresía del YMCA en Corpus Christi o Victoria. También se ofrecen becas deportivas anuales de \$25 por miembro.

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

Para obtener anteojos, comuníquese con nuestro proveedor de productos para la vista al **1-888-268-2334**.

Si necesita servicios de transporte para ir al médico, llame a Member Services al **1-877-451-5598** a fin de hacer los arreglos necesarios para obtener este servicio. Debe llamar 48 horas antes de la cita con el médico. Estos servicios pueden estar disponibles por la noche o durante los fines de semana. Es posible que necesitemos tiempo adicional para coordinar tales servicios. El horario de atención es de 8 a. m. a 5 p. m.

Para obtener teléfonos celulares temporales o realizar preguntas acerca de los beneficios adicionales, comuníquese con Member Services al **1-877-451-5598**.

Para realizar preguntas sobre la educación prenatal y el asesoramiento nutricional, comuníquese con Member Services al **1-877-451-5598**.

### **Límites de coparticipación de CHIP**

Cuando se afilió a CHIP, usted recibió un formulario que debe utilizar para anotar sus gastos de CHIP. A fin de asegurarse de no superar el límite de coparticipación, anote todos los gastos relacionados con CHIP en este formulario. En la carta de bienvenida de CHIP se le indica exactamente su límite de coparticipación basado en los ingresos de su familia. Si perdió esta carta, llame a la línea directa de CHIP al **1-800-647-6558** y le informarán cuál es su límite anual.

Cuando alcance su límite anual, envíe el formulario al Contratista de Servicios Administrativos (*Administrative Services Contractor*) de la HHSC, quien nos notificará que usted alcanzó su límite anual. Al recibir la notificación, le enviaremos una tarjeta de identificación nueva dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de dicha notificación. En la tarjeta nueva se indicará que no se debe abonar un copago cuando su hijo recibe servicios. Si necesita ir al médico o la sala de emergencias antes de recibir la nueva tarjeta de identificación, solicite al médico o la persona que le atienda en la sala de emergencias que se comunique con nosotros para verificar los montos de los copagos y les informaremos que no se requiere un copago. Llame a Member Services al **1-877-451-5598**.

### **¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico?**

A excepción de los copagos, usted o su hijo nunca deberían recibir una factura de su prestador de atención primaria ni del médico de DCHP.

Los copagos y los costos aparecen en el frente de su tarjeta de identificación, o la de su hijo. En general, los copagos se deben abonar antes de que usted o su hijo reciban la atención médica u obtengan una receta.

### **¿A quién debo llamar?**

Si recibe una factura de su prestador de atención primaria u otro médico, comuníquese con Member Services de DCHP al **1-877-451-5598** y llamaremos al consultorio del prestador para explicarle cuáles son sus beneficios y copagos.

### **¿Qué información necesitarán?**

Cuando nos llame, tenga a la mano su tarjeta de identificación, o la de su hijo, y la factura del prestador. El personal de Member Services de DCHP necesitará esta información para brindarle ayuda.

### ¿Qué debo hacer si me mudo?

Apenas sepa su dirección nueva, llame a la oficina de beneficios de la HHSC de su localidad y a Member Services de DCHP al **1-877-451-5598** para informarles. Para recibir los servicios de CHIP en su nuevo lugar de residencia, primero debe llamar a DCHP, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo la atención a través de DCHP hasta que la HHSC cambie su dirección.

### ¿Qué sucede si tengo un accidente y DCHP paga la factura?

En caso de accidente, su seguro contra accidentes debe pagar la factura. El seguro contra accidentes puede ser el seguro del automóvil o del hogar. Intentaremos recuperar el dinero que DCHP haya pagado por la factura de servicios médicos.

Es posible que intentemos recuperar el dinero de la persona responsable del accidente, si usted no lo fue. DCHP tiene un contrato con una empresa que nos ayudará a recuperar el dinero que pudiéramos haber pagado. Si esta empresa se comunica con usted, le solicitamos que nos ayude a recuperar el dinero que hayamos pagado. Usted no deberá pagar la factura.

### Otros costos para los miembros de CHIP

La membresía de CHIP dura 12 meses. Si vuelve a inscribir a sus hijos en el programa de CHIP, deberá pagar un costo de inscripción, el cual se le informará al momento de la nueva inscripción.

## Derivaciones a especialistas

### ¿Qué es una derivación?

Una derivación tiene lugar cuando su prestador de atención primaria le envía a usted o a su hijo a ver a otro médico para que le brinde atención o servicio.

### ¿Para cuáles servicios no se requiere una derivación?

Usted puede recibir ciertos servicios sin necesidad de que visite primero a su prestador de atención primaria:

- Atención de emergencia
- Atención de obstetricia o ginecología
- Servicios de salud conductual y adicciones
- Exámenes de rutina de la vista

Se recomienda que informe a su prestador de atención primaria, o al de su hijo, cuando reciba atención de otros prestadores, pero no está obligado(a) a hacerlo. De este modo, su prestador de atención primaria, o el de su hijo, puede conocer todas sus necesidades o las de su hijo.

### ¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos ver a un especialista?

Su prestador de atención primaria, o el de su hijo, le indicará si usted o su hijo necesitan ver a un especialista. También se asegurará de que usted o su hijo reciban la atención especial que necesitan. En general, usted no puede ver a otro médico ni recibir servicios especiales si su prestador de atención primaria, o el de su hijo, no acepta realizar la derivación.

### ¿Con qué rapidez puedo esperar que un especialista me atienda a mí o a mi hijo?

Puede esperar que el especialista le dé una cita de rutina dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud. En caso de una solicitud de urgencia, puede esperar que le dé una cita dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud.

### **¿A quién debo llamar si mi hijo o yo necesitamos atención médica especial y necesito ayuda?**

Usted o su hijo podrían necesitar servicios adicionales de salud y de otro tipo para tratar una discapacidad, una afección médica crónica o compleja, o una afección de salud conductual. Es posible que, en ocasiones, DCHP permita que un especialista sea el prestador de atención primaria de su hijo.

Llame a Member Services al **1-877-451-5598** para obtener más información sobre los servicios especiales que DCHP ofrece para usted o su hijo en caso de que necesite atención médica especial.

### **¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?**

Si no está satisfecho con el plan de atención que le ofrece el especialista, usted tiene el derecho de solicitar una segunda opinión de un prestador de DCHP. Su prestador de atención primaria debe indicarle una derivación para una consulta donde podrá recibir una segunda opinión. Si su médico desea que lo vea un especialista que no es prestador de DCHP, dicha consulta debe ser autorizada previamente.

## **Servicios que requieren autorización previa**

Para los siguientes servicios, su prestador de atención primaria u otro prestador debe comunicarse con DCHP para obtener la autorización antes de brindar los servicios:

- Todas las internaciones en un hospital (excepto en situaciones de emergencia, en cuyo caso se debe notificar a DCHP dentro de las 24 horas posteriores a la internación).
- Internaciones requeridas antes del día de la cirugía.
- Internación para un programa de observación de 48 horas.
- Internación en un centro de rehabilitación.
- Procedimientos quirúrgicos ambulatorios o para pacientes externos.
- Asistentes quirúrgicos para procedimientos quirúrgicos ambulatorios o para pacientes externos.
- Solicitud que no sea de emergencia de los servicios de un cirujano para ayudar en una cirugía.
- Terapia de rehabilitación (terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional).
- Servicios de atención médica en el hogar, incluida la terapia intravenosa en el hogar.
- Derivación a un especialista que no sea ginecólogo u obstetra.
- Pruebas de alergia para niños menores de cinco años.
- Analgésicos para dolores crónicos o tratamientos en clínicas para el alivio del dolor.
- Estudios de los trastornos del sueño y laboratorios donde se realizan dichos estudios.
- Neumograma.
- Procedimientos radiológicos que requieren internación para observación.
- Procedimientos radiológicos especiales, como resonancias magnéticas (MRI), tomografías axiales computarizadas (TAC) o tomografías por emisión de positrones (PET).
- Servicios de equipos médicos duraderos cuyo costo es superior a \$300.
- Uso de ambulancia para transporte médico (que no sea de emergencia).
- Solicitud de servicios de un prestador que no tiene contrato con DCHP.
- Servicios fuera de la red o de la región.
- Tratamiento de retroalimentación biológica.
- Medicamentos inyectables cuyo costo sea superior a \$300.
- Tratamiento para la articulación temporomandibular (TMJ).
- Evaluación para trasplantes de órganos.
- Otras formas de tratamiento médico (como hipnosis y terapia con masajes).

Para obtener autorización, usted o su médico pueden llamar a Member Services al **1-877-451-5598**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., CST. Si no se otorga la autorización para el servicio, es posible que usted deba pagarlo.

Usted tiene el derecho de saber el costo de cualquier servicio antes de que usted o su hijo lo reciban. Si acepta recibir servicios que no están cubiertos o autorizados por DCHP, es posible que deba pagarlos.

Su internación, o la de su hijo, se revisan todos los días. Es posible que los servicios se revisen después de haber sido prestados o pagados.

## **Cómo realizar una apelación por un servicio negado**

### **¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio para mí que está cubierto, pero DCHP lo niega o limita?**

Cuando esto sucede, usted puede apelar esta decisión. Para apelar tales decisiones médicas, comuníquese con Member Services al **1-877-451-5598**.

### **¿Cómo sabré si se ha negado un servicio?**

Es posible que, en ciertas ocasiones, el Medical Director de DCHP no apruebe estos servicios. Se le enviará una carta en donde se le informará que no se autorizaron los servicios. Si el Medical Director de DCHP niega un servicio, usted puede apelar esta decisión.

### **¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?**

Usted tiene treinta (30) días desde la fecha de la carta de negación para realizar la apelación. Le enviaremos una carta dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de su apelación para informarle que la hemos recibido. Realizaremos la revisión de la apelación en un plazo de treinta (30) días. Si necesitamos más tiempo para revisar la apelación, le enviaremos una carta para explicarle el motivo por el cual lo necesitamos.

### **¿Cuándo tengo el derecho de solicitar una apelación?**

Puede solicitar una apelación cuando un servicio le sea limitado o negado. Si desea apelar la negación de un servicio que no está cubierto por el plan, debe presentar una queja. Consulte la página 25 para conocer el procedimiento de presentación de quejas.

### **¿Debo presentar la solicitud por escrito?**

Usted o su prestador pueden apelar verbalmente o por escrito. Si la solicitud de apelación es verbal, usted o su prestador también deberán realizar la apelación por escrito.

### **¿Alguna persona de DCHP puede ayudarme a presentar la apelación?**

Sí. Si necesita ayuda para presentar una apelación, llame a Member Services al **1-877-451-5598**.

## **Apelación inmediata**

### **¿Qué es una apelación inmediata?**

Una apelación inmediata es cuando el plan de salud debe tomar una decisión rápida basada en su estado de salud porque, con el tiempo habitual que lleva una apelación, se podría poner en riesgo su vida o su salud.

### ¿Cómo solicito una apelación inmediata?

Debe llamar a Member Services al **1-877-451-5598** para solicitar una apelación inmediata.

### ¿Debo presentar la solicitud por escrito?

No es necesario que presente la solicitud por escrito. Tanto usted como su médico pueden solicitar este tipo de apelación.

### ¿Cuáles son los plazos para una apelación inmediata?

Se revisará su solicitud y se le dará respuesta a usted y a su médico el día siguiente a la solicitud de apelación.

### ¿Qué sucede si DCHP niega la solicitud de apelación inmediata?

Si tiene preguntas, puede hablar con el Medical Director sobre su solicitud de apelación inmediata. Las solicitudes de apelación inmediata son muy serias. Deseamos asegurarnos de que su hijo reciba la atención que sea médicamente necesaria.

### ¿Quién puede ayudarme a presentar la apelación?

Si necesita ayuda para presentar una apelación, llame a Member Services al **1-877-451-5598**.

## Proceso de la Organización de Revisión Independiente

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

Una Organización de Revisión Independiente (*Independent Review Organization* o IRO) es una organización que el Departamento de Seguros de Texas (*Texas Department of Insurance* o TDI) selecciona para revisar las apelaciones de los planes de salud. Cuando un miembro o un médico no están satisfechos con la respuesta del plan de salud a la apelación, esta organización tomará la decisión sobre la apelación. Esta organización revisa las decisiones adversas (negaciones) de DCHP que se mantuvieron cuando usted nos envió una apelación. Una determinación adversa es cuando el agente revisión de utilización (como DCHP) determina que los servicios prestados o propuestos para un paciente (o miembro) no son médicamente necesarios, o son experimentales o de investigación. Una revisión de utilización es un proceso que incluye la revisión prospectiva (en el futuro), concurrente (que ocurre en este momento) o retrospectiva (que ocurrió en el pasado) de la necesidad y la adecuación médicas de los servicios de atención médica. También incluye una revisión prospectiva, concurrente o retrospectiva para determinar la naturaleza experimental o de investigación de los servicios de atención médica. Esta IRO puede revisar la apelación de una solicitud de un servicio experimental o de investigación que haya sido negada por DCHP.

### ¿Cómo puedo solicitar la revisión de una IRO?

Le enviaremos formularios junto con nuestra respuesta a la apelación. Con estos formularios puede solicitar que una IRO revise su apelación. Esto se realiza si usted no está satisfecho(a) con el resultado de la apelación a DCHP. Para solicitar la revisión de una IRO, llame a DCHP al **1-877-451-5598**. Deberá completar el formulario de IRO que le envió DCHP y enviarlo por fax al **361-882-4520**. También puede enviarlo por correo a la siguiente dirección:

Driscoll Children's Health Plan  
**ATT: Appeals Coordinator**  
615 N Upper Broadway, Suite 1621  
Corpus Christi, Texas 78401-0764

Enviaremos su solicitud al TDI de inmediato.

### ¿Cuáles son los plazos para este proceso?

El TDI se coordinará con una IRO para que revise su apelación en un plazo de un (1) día hábil posterior a la recepción de la solicitud. La IRO revisará su caso y tomará la decisión acerca del servicio en un plazo de quince (15) días, pero no más de veinte (20) días después de la recepción de la solicitud. DCHP acatará la decisión de la IRO y pagará el proceso llevado a cabo por ella. También pagaremos el servicio si la decisión de la IRO es que debemos hacerlo.

### ¿Qué sucede si necesito rápidamente la decisión de la apelación?

Si su hijo está en el hospital o necesita una decisión rápida de apelación debido a su estado, comuníquese inmediatamente con DCHP. No necesita realizar el proceso normal de apelación. Enviaremos su solicitud al TDI de inmediato. La IRO tomará la decisión acerca de la atención de su hijo dentro de los cinco (5) días, pero no más de ocho (8) días después de haber recibido la solicitud. DCHP acatará la decisión de la IRO y pagará el proceso llevado a cabo por ella.

## Quejas

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

Deseamos ayudarle. Si tiene alguna queja, llame a la línea gratuita **1-877-451-5598** y cuéntenos cuál es su problema. Un defensor de Member Services de DCHP puede ayudarle a presentar la queja. Simplemente llame al **1-877-451-5598**. La mayoría de las veces le brindaremos ayuda de inmediato o a los pocos días.

### ¿A quién debo llamar?

Llame a Member Services al **361-904-0955** o a la línea gratuita **1-877-451-5598**.

### ¿Alguna persona de DCHP puede ayudarme a presentar la queja?

Un defensor de Member Services puede ayudarle a presentar la queja.

Llámenos a: Driscoll Children's Health Plan  
Member Services de DCHP  
**1-877-451-5598**

Escríbanos a: Driscoll Children's Health Plan  
**ATT: Complaints Coordinator**  
615 N Upper Broadway, Suite 1621  
Corpus Christi, TX 78401-0764

El representante de Member Services le ayudará a presentar la queja y le explicará el proceso correspondiente. Si nos llama para presentar una queja, le enviaremos un formulario de quejas de una página para que lo llene. Deberá enviarnos este formulario inmediatamente; esto nos ayudará a resolver su queja con rapidez. Si necesita ayuda para llenar el formulario, el representante de Member Services puede asistirle.

### ¿Cuánto tardará el procesamiento de la queja?

La mayoría de las veces, le brindaremos ayuda de inmediato o a los pocos días. Le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días hábiles para informarle que recibimos la queja. Dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su queja por escrito, le enviaremos una carta con el resultado de la queja. La carta de resultado incluirá nuestra resolución, la razón médica o contractual específica, el médico o prestador que fue consultado, el tipo de médico consultado, y el proceso de apelación con las fechas límite, en caso de que usted no esté conforme con nuestra respuesta.

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

Usted puede presentar una queja en cualquier momento. El plazo para presentar una queja cuando negamos un servicio porque no es un beneficio cubierto del plan es diferente. Para presentar una queja sobre la negación de un servicio, deberá notificarnos dentro de los treinta (30) días posteriores a la carta de negación.

Le enviaremos una carta para informarle que recibimos su queja. Esta carta se le enviará dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de su queja. También le enviaremos un formulario de una página para que lo llene y nos lo devuelva por correo. No se aplicará ningún tipo de sanción por presentar una queja.

Todas las quejas se revisan para asegurarnos de que se les dé seguimiento. También se revisan para garantizar que se respondan de manera oportuna.

### **Si no me satisface el resultado, ¿con quién puedo comunicarme?**

Si no le satisface la respuesta a su queja, también puede presentar una queja al TDI llamando a la línea gratuita **1-800-252-3439**. Si desea realizar su solicitud por escrito, envíela a la siguiente dirección:

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

### **¿Tengo el derecho de presentarme ante un panel de apelación de quejas?**

También tiene el derecho de presentarse ante un panel de apelación de quejas. Este panel está compuesto por empleados y médicos de DCHP y otros miembros de CHIP. Los médicos de este panel no participaron en la respuesta a la queja original y tendrán experiencia en el tipo de atención que se debe revisar. También puede presentar una apelación por escrito al panel de apelación de quejas. DCHP completará el proceso de apelación el día 30 después de la fecha de recepción de la solicitud de apelación por escrito.

Si su apelación es por una emergencia en curso o una internación continua en el hospital, revisaremos rápidamente dicha apelación según la urgencia del caso. Le daremos una respuesta, a más tardar, el día hábil posterior a la recepción de la apelación. Debido a que se trata de una revisión urgente, su apelación será revisada por un médico o prestador de una especialidad relacionada con la afección, el procedimiento o el tratamiento de su hijo, quien no habrá participado anteriormente en el caso de su hijo.

## **Fraude y abuso del programa CHIP**

### **DENUNCIA DE DESPILFARRO, ABUSO, O FRAUDE DEL PROGRAMA CHIP**

#### **¿Desea denunciar un caso de despilfarro, abuso o fraude del programa CHIP?**

Debe informarnos si considera que un médico, dentista, farmacéutico, otro prestador de atención médica o una persona que recibe beneficios del programa CHIP ha actuado de manera incorrecta. Dicho acto incorrecto puede ser un caso de despilfarro, abuso o fraude, lo cual infringe la ley. Por ejemplo, debe informarnos si cree que alguien:

- Recibe pagos por servicios de CHIP que no se proporcionaron o no eran necesarios.
- No dice la verdad sobre una afección médica para recibir tratamiento médico.
- Permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de CHIP.
- Utiliza la tarjeta de identificación de CHIP de otra persona.

- No dice la verdad sobre el monto de dinero o los recursos que posee, a fin de recibir los beneficios.

**Para denunciar un caso de despilfarro, abuso o fraude, elija uno de los siguientes recursos:**

- Llame a la línea gratuita de la Oficina del Inspector General (*Office of Inspector General* u OIG) al **1-800-436-6184**.
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/>, seleccione “Click Here to Report Waste, Abuse, and Fraud” (Haga clic aquí para denunciar casos de despilfarro, abuso o fraude) y llene el formulario en línea.
- Puede realizar la denuncia directamente a su plan de salud:
  - Driscoll Children’s Health Plan  
**ATT: Compliance Officer**  
 615 N Upper Broadway, Suite 1621  
 Corpus Christi, Texas 78401-0764  
**Teléfono: 1-877-324-7543**

**Para denunciar un caso de despilfarro, abuso o fraude, reúna toda la información posible.**

- Cuando denuncie a un prestador (médico, dentista, asesor, etc.) incluya los siguientes datos:
  - Nombre, dirección y número de teléfono del prestador.
  - Nombre y dirección del centro (hospital, centro de enfermería, agencia de salud en el hogar, etc.).
  - Número de Medicaid del prestador y del centro, si lo tiene.
  - Tipo de prestador (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
  - Nombre y números de teléfono de otros testigos que pueden ayudar en la investigación.
  - Fechas de los eventos.
  - Resumen de lo sucedido.
- Cuando denuncie a una persona que recibe beneficios, incluya los siguientes datos:
  - El nombre de la persona.
  - La fecha de nacimiento, el número de seguro social o el número de caso de la persona, si los tiene.
  - La ciudad donde vive la persona.
  - Detalles específicos acerca del caso de despilfarro, abuso o fraude.

**Derechos y responsabilidades de los miembros**

**PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL**

Si tiene dudas o preguntas, llámenos. Estamos para ayudarle. Puede llamarnos a la línea gratuita **1-877-451-5598**.

**DERECHOS DE LOS MIEMBROS:**

1. Usted tiene el derecho de recibir información precisa y fácil de comprender que le ayude a tomar decisiones acertadas sobre el plan de salud, los médicos, los hospitales y demás prestadores para su hijo.
2. Su plan de salud debe informarle si utiliza una “red limitada de prestadores”. Dicha red es un grupo de médicos y otros prestadores que derivan sus pacientes solamente a otros médicos del mismo grupo. Una “red limitada de prestadores” significa que no puede ver a todos los médicos que pertenecen a su plan de salud. Si su plan de salud utiliza “redes limitadas”, usted debe verificar que el prestador de atención primaria de su hijo y los especialistas que desee consultar sean miembros de la misma “red limitada”.

3. Usted tiene el derecho de saber cómo se les paga a los médicos. Algunos reciben un monto fijo, independientemente de la cantidad de veces que usted los consulte. A otros, se les paga según los servicios que presten a su hijo. Usted tiene el derecho de saber cuáles son esos pagos y en qué forma se efectúan.
4. Usted tiene el derecho de saber cómo su plan de salud decide si un servicio está cubierto o si es médicamente necesario. También tiene el derecho de recibir información acerca de las personas del plan de salud que toman tales decisiones.
5. Usted tiene el derecho de saber los nombres y las direcciones de los hospitales y demás prestadores de su plan de salud.
6. Usted tiene el derecho de escoger de una lista de prestadores de atención médica que sea lo suficientemente amplia para que su hijo pueda recibir atención adecuada cuando la necesite.
7. Si un médico indica que su hijo necesita recibir atención médica especial o tiene una discapacidad, es posible que pueda tener un especialista como prestador de atención primaria para su hijo. Consulte al plan de salud sobre esta posibilidad.
8. Los niños que necesitan atención médica especial, o a quienes se les ha diagnosticado una discapacidad, tienen el derecho de recibir atención especializada.
9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el médico que lo atiende deja de pertenecer a su plan de salud, su hijo puede continuar viendo a ese médico durante tres meses y el plan de salud debe seguir pagando esos servicios. Consulte al plan de salud sobre cómo funciona esto.
10. Su hija tiene el derecho de ver un obstetra o ginecólogo participante, sin una derivación de su prestador de atención primaria y sin consultar primero a su plan de salud. Consulte al plan de salud sobre cómo funciona esto. Algunos planes pueden exigirle que escoja un obstetra o ginecólogo antes de ver a ese médico sin una derivación.
11. Su hijo tiene el derecho de recibir servicios de emergencia si usted cree razonablemente que la vida de su hijo está en peligro o que su hijo quedaría gravemente lesionado si no recibe atención de inmediato. La cobertura para emergencias está disponible sin necesidad de consultar previamente al plan de salud. Es posible que, según sus ingresos, deba abonar un copago. Los copagos no se aplican al programa CHIP Perinatal.
12. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones relativas a la atención médica que se brinda a su hijo.
13. Usted tiene el derecho de hablar en nombre de su hijo en todas las selecciones de tratamientos.
14. Usted tiene el derecho de solicitar una segunda opinión de otro médico de su plan de salud acerca del tipo de tratamiento que su hijo necesita.
15. Usted tiene el derecho de ser tratado(a) de manera justa por el plan de salud, los médicos, los hospitales y demás prestadores.
16. Usted tiene el derecho de hablar con los médicos de su hijo y con los demás prestadores en privado, y de que mantengan la confidencialidad de la historia clínica de su hijo. También tiene el derecho de ver y copiar la historia clínica de su hijo, así como de solicitar que se realicen modificaciones a dicha historia clínica.
17. Usted tiene el derecho de obtener un proceso justo y rápido para resolver los problemas que surjan con su plan de salud y con los médicos, hospitales y demás prestadores del plan que brindan servicios a su hijo. Si su plan de salud se niega a cubrir un beneficio o servicio cubierto que el médico de su hijo considera que es médicamente necesario, usted tiene el derecho de

solicitar que otro grupo, no perteneciente al plan de salud, determine si su médico o el plan de salud están en lo cierto.

18. Usted tiene el derecho de saber que los médicos, los hospitales y demás personas que atienden a su hijo pueden informarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que le proporcionen dicha información, aunque la atención o el tratamiento no sean un servicio cubierto.

### **RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS:**

Tanto a usted como a su plan de salud les interesa que la salud de su hijo mejore, por lo que usted puede ayudar al asumir las siguientes responsabilidades:

1. Debe tratar de adoptar hábitos saludables. Aconseje a su hijo que no fume y que tenga una dieta sana.
2. Debe participar en las decisiones del médico relativas a los tratamientos de su hijo.
3. Debe colaborar con los médicos de su plan de salud y los demás prestadores a fin de escoger un tratamiento para su hijo con el que todos estén de acuerdo.
4. Si está en desacuerdo con su plan de salud, debe intentar resolverlo primero mediante el proceso de tramitación de quejas del plan de salud.
5. Debe aprender qué sí y qué no cubre su plan de salud. Lea el Manual para miembros a fin de comprender cómo se aplican las reglas.
6. Cuando programe una cita para su hijo, debe tratar de llegar puntualmente al consultorio del médico. En caso de que no pueda ir, asegúrese de llamar para cancelar la cita.
7. Si su hijo tiene la cobertura de CHIP, usted es responsable de abonar los copagos que deba al médico y los demás prestadores. Si su hijo recibe los servicios del programa CHIP Perinatal, no deberá pagar copagos para los servicios que reciba.
8. Debe denunciar el uso indebido de los servicios del programa CHIP o CHIP Perinatal por parte de prestadores de atención médica u otros miembros o planes de salud.
9. Debe hablar con su prestador sobre los medicamentos que le receta.

Si considera que ha sido tratado(a) injustamente o discriminado(a), llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services* o HHS) de los Estados Unidos, a la línea gratuita **1-800-368-1019**. También puede ver información en línea acerca de *Office of Civil Rights* del HHS en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

## **Alcance de los beneficios de DCHIP CHIP**

### **¿Qué significa “medicamento necesario”?**

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos de CHIP Perinatal deben cumplir con la definición de “medicamento necesarios” de CHIP.

**Medicamento necesario** se refiere a los servicios:

1. de atención médica que:
  - a. son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o para proporcionar detección temprana, intervenciones o tratamientos de afecciones que causan sufrimiento o dolor, que provocan deformaciones en el cuerpo o limitaciones en

- su función, que pueden causar o empeorar una discapacidad, que causan enfermedad o dolencia de un miembro, o que ponen en riesgo la vida;
- b. se proporcionan en centros adecuados y en los niveles adecuados de atención para el tratamiento de las afecciones médicas del miembro;
  - c. cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica emitidas por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por organismos gubernamentales;
  - d. son acordes a los diagnósticos del miembro;
  - e. no son más invasivos o restrictivos de lo necesario para ofrecer un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficacia;
  - f. no son experimentales o de investigación;
  - g. no son primordialmente para la conveniencia del miembro o del prestador; y
2. de salud conductual que:
- a. son razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de trastornos de salud mental o de fármacodependencia, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro de alguna función que resulte de tal trastorno;
  - b. se brindan según las pautas clínicas y las normas de prácticas profesionalmente aceptadas de atención de la salud conductual;
  - c. no son experimentales o de investigación;
  - d. no son primordialmente para la conveniencia del miembro o del prestador.

Los servicios médicamente necesarios se deben proporcionar en el entorno más adecuado y menos restrictivo en que se puedan ofrecer de manera segura, y se deben proporcionar en el nivel o la provisión de servicio más adecuado que se pueda ofrecer de manera segura y que no se pueda omitir sin afectar negativamente la salud física del niño o la calidad de la atención proporcionada.

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
<b>Servicios hospitalarios de atención general de casos agudos y rehabilitación para pacientes hospitalizados</b>	<p>Los servicios incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios brindados por médicos o prestadores en el hospital.</li> <li>▪ Habitación semiprivada y hospedaje (o privada, si el médico que lo atiende certifica que es médicamente necesario).</li> <li>▪ Atención de enfermería general.</li> <li>▪ Servicios especiales de enfermera privada, cuando sea médicamente necesario.</li> <li>▪ Unidad de cuidados intensivos y servicios.</li> <li>▪ Comidas y dietas especiales para el paciente.</li> <li>▪ Sala de operaciones, sala de recuperación y salas para otros tratamientos.</li> <li>▪ Anestesia y su administración (componente técnico del centro).</li> <li>▪ Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos, entablillados.</li> <li>▪ Medicamentos y productos biológicos.</li> <li>▪ Sangre o hemoderivados que no se proporcionen sin cargo al paciente, y su administración.</li> <li>▪ Radiografías, diagnósticos por imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro).</li> <li>▪ Servicios de laboratorio y patología (componente técnico del centro).</li> <li>▪ Pruebas de diagnóstico mediante máquinas: electroencefalogramas, electrocardiogramas, etc.</li> <li>▪ Servicios de oxígeno y terapia de inhalación.</li> <li>▪ Radioterapia y quimioterapia.</li> <li>▪ Acceso a centros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización previa para la atención que no sea de emergencia y la estabilización luego de una afección de emergencia.</li> <li>▪ Se requiere autorización para los servicios de un centro o médico dentro o fuera de la red para la madre y el recién nacido, durante al menos 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de copago para pacientes hospitalizados.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>perinatales de nivel III designados por el Departamento Estatal de Servicios de Salud (<i>Department of State Health Services</i> o DSHS) o a hospitales que ofrezcan un nivel de atención equivalente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de un centro o médico dentro o fuera de la red para la madre y el recién nacido, durante al menos 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.</li> <li>▪ Servicios hospitalarios, de médicos y otros servicios médicos relacionados (como anestesia), asociados con la atención dental.</li> <li>▪ Servicios para pacientes hospitalizadas relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto que murió en el útero), incluidos, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>- procedimientos de dilatación del cuello uterino y legrado;</li> <li>- medicamentos adecuados administrados por un prestador de salud;</li> <li>- ecografías; y</li> <li>- análisis histológico de muestras de tejido.</li> </ul> </li> <li>▪ Servicios de ortodoncia previos y posteriores a cirugías para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieran intervención quirúrgica y que se proporcionan como parte de un plan de tratamiento</li> </ul>		

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>propuesto y claramente diseñado para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- labio leporino o paladar hendido;</li> <li>- desviaciones óseas traumáticas, craneofaciales o congénitas severas; o</li> <li>- asimetría facial severa a causa de defectos óseos, afecciones con síndromes congénitos o crecimiento de un tumor o su tratamiento.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implantes quirúrgicos.</li> <li>▪ Otros dispositivos artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos.</li> <li>▪ Servicios para pacientes hospitalizadas relacionados con mastectomías y reconstrucción de mamas, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>- cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y</li> <li>- tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>▪ Los dispositivos que se implantan están cubiertos en los servicios para pacientes hospitalizados y externos, y no se cuentan para el período límite de 12 meses de los equipos médicos duraderos (DME).</li> </ul>		
<p><b>Centros de enfermería especializada (incluidos los hospitales de rehabilitación)</b></p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habitación semiprivada y hospedaje.</li> <li>▪ Servicios convencionales de enfermería.</li> <li>▪ Servicios de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización previa y receta médica.</li> <li>▪ 60 días por cada período límite de 12 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	rehabilitación. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suministros médicos y uso de aparatos y equipos provistos por el centro.</li> </ul>		
<b>Hospital para pacientes externos, hospital integral de rehabilitación para pacientes externos, clínica (incluidos los centros de salud) y centro de atención médica ambulatoria</b>	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios prestados en una clínica o sala de emergencias de un hospital, una clínica o centro de salud, un departamento de emergencias de un hospital, o un centro de atención médica ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Radiografías, diagnósticos por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico).</li> <li>▪ Servicios de laboratorio y patología (componente técnico).</li> <li>▪ Pruebas de diagnóstico mediante máquinas.</li> <li>▪ Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios.</li> <li>▪ Medicamentos y productos biológicos.</li> <li>▪ Yesos, entablillados y vendajes.</li> <li>▪ Controles de salud preventivos.</li> <li>▪ Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>▪ Diálisis renal.</li> <li>▪ Servicios respiratorios.</li> <li>▪ Radioterapia y quimioterapia.</li> <li>▪ Sangre o hemoderivados que no se proporcionen sin cargo al paciente, y su administración.</li> <li>▪ Servicios del centro y servicios médicos relacionados (como anestesia), asociados con la atención dental, siempre que se presten en un centro quirúrgico ambulatorio autorizado.</li> <li>▪ Servicios para pacientes externas relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es posible que se requiera autorización previa y receta médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de copago para los servicios de medicamentos recetados.</li> <li>▪ No se aplican copagos a los servicios preventivos.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>(embarazo molar, embarazo ectópico o feto que murió en el útero), incluidos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- procedimientos de dilatación del cuello uterino y legrado;</li> <li>- medicamentos adecuados administrados por un prestador de salud;</li> <li>- ecografías; y</li> <li>- análisis histológico de muestras de tejido.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de ortodoncia previos y posteriores a cirugías para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieran intervención quirúrgica y que se proporcionan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente diseñado para tratar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- labio leporino o paladar hendido;</li> <li>- desviaciones óseas traumáticas, craneofaciales o congénitas severas; o</li> <li>- asimetría facial severa a causa de defectos óseos, afecciones con síndromes congénitos o crecimiento de un tumor o su tratamiento.</li> </ul> </li> <li>▪ Implantes quirúrgicos.</li> <li>▪ Otros dispositivos artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos.</li> <li>▪ Servicios para pacientes externas prestados en un hospital para pacientes externos y un centro de atención médica ambulatoria para mastectomía y reconstrucción de mama, según sea clínicamente adecuado, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- todas las etapas de</li> </ul> </li> </ul>		

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>reconstrucción de la mama afectada;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y</li> <li>- tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y de linfedemas.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los dispositivos que se implantan están cubiertos en los servicios para pacientes hospitalizados y externos, y no se cuentan para el período límite de 12 meses de los DME.</li> </ul>		
<p><b>Servicios profesionales de médicos y asistentes o sustitutos médicos</b></p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Controles del niño sano y servicios de salud preventivos recomendados por la American Academy of Pediatrics (incluyendo, entre otros, pruebas de detección temprana de la vista y el oído, y vacunas).</li> <li>▪ Consultas en el consultorio médico, servicios para pacientes hospitalizados y externos.</li> <li>▪ Servicios de laboratorio, radiografías, diagnósticos por imágenes y patología, incluidos el componente técnico y su interpretación profesional.</li> <li>▪ Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio médico.</li> <li>▪ Pruebas de detección de alergias, sueros e inyecciones.</li> <li>▪ Componente profesional (pacientes hospitalizados y externos) de los servicios quirúrgicos, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirujanos y asistentes para procedimientos</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es posible que se requiera autorización para los servicios especializados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de copago para las consultas en el consultorio.</li> <li>▪ No se aplican copagos a las consultas preventivas o prenatales después de la primera consulta.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>quirúrgicos y la correspondiente atención de seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de anestesia por un médico (que no sea el cirujano) o un enfermero anesthesiólogo matriculado.</li> <li>• Segunda opinión sobre procedimientos quirúrgicos.</li> <li>• Cirugía ambulatoria realizada en un hospital, sin pernoctación.</li> <li>• Procedimientos diagnósticos invasivos, como el examen endoscópico.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios médicos en el hospital (entre ellos, los componentes técnicos y de interpretación realizados por el médico).</li> <li>▪ Servicios médicos y profesionales para mastectomías y reconstrucción de mamas, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>- cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y</li> <li>- tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>▪ Servicios de un médico dentro o fuera de la red para la madre y el recién nacido, durante al menos 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y 96 horas después de un parto por cesárea sin</li> </ul>		

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>complicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios médicamente necesarios de un médico para respaldo de un dentista que presta servicios dentales a un miembro de CHIP, por ejemplo, anestesia general o sedación intravenosa.</li> <li>▪ Servicios de un médico relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto que murió en el útero), incluidos, entre otros:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- procedimientos de dilatación del cuello uterino y legrado;</li> <li>- medicamentos adecuados administrados por un prestador de salud;</li> <li>- ecografías; y</li> <li>- análisis histológico de muestras de tejido.</li> </ul> </li> <li>▪ Servicios de ortodoncia previos y posteriores a cirugías para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieran intervención quirúrgica y que se proporcionan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente diseñado para tratar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- labio leporino o paladar hendido;</li> <li>- desviaciones óseas traumáticas, craneofaciales o congénitas severas; o</li> <li>- asimetría facial severa a causa de defectos óseos, afecciones con síndromes congénitos o crecimiento de un tumor o su tratamiento.</li> </ul> </li> </ul>		

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
<b>DME, prótesis y suministros médicos desechables</b>	<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los DME (equipos que soportan el uso repetido y que se usan principal y habitualmente con fines médicos; por lo general, no son útiles para una persona que no tiene una enfermedad, lesión o discapacidad y son adecuados para el uso en el hogar). Entre ellos se encuentran los dispositivos y suministros médicamente necesarios para realizar una o más actividades de la vida cotidiana y que son adecuados para ayudar en el tratamiento de una afección médica, e incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bragueros y aparatos ortopédicos.</li> <li>▪ Aparatos dentales.</li> <li>▪ Aparatos protésicos, como ojos y miembros artificiales, bragueros y prótesis externas de mama.</li> <li>▪ Anteojos protésicos y lentes de contacto para el control de enfermedades oftalmológicas graves.</li> <li>▪ Otros dispositivos artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos.</li> <li>▪ Audífonos.</li> <li>▪ Los dispositivos que se implantan están cubiertos en los servicios para pacientes hospitalizados y externos, y no se cuentan para el período límite de 12 meses de los equipos médicos duraderos (DME).</li> <li>▪ Suministros médicos desechables para diagnósticos específicos, que incluyen fórmulas especiales y suplementos alimenticios recetados para diagnósticos específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización previa y receta médica.</li> <li>▪ Límite de \$20,000 por cada período límite de 12 meses para los DME, prótesis y suministros médicos desechables (los dispositivos que se implantan y los suministros y equipos para diabéticos no se tienen en cuenta para este límite).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
<b>Servicios en centros de maternidad</b>	Se cubren los servicios de maternidad proporcionados por un centro de maternidad autorizado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitados a los servicios del centro (por ejemplo, trabajo de parto y parto).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>
<b>Servicios prestados por una enfermera partera certificada o un médico en un centro de maternidad autorizado</b>	Se cubren los servicios prenatales, de maternidad y de posparto prestados en un centro de maternidad autorizado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitado al centro de maternidad autorizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>
<b>Servicios de atención médica en el hogar y la comunidad</b>	<p>Servicios prestados en el hogar y la comunidad, incluidos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infusión domiciliaria.</li> <li>▪ Terapia respiratoria.</li> <li>▪ Visitas de una enfermera privada (enfermera acreditada [RN] o auxiliar de enfermería [LVN]).</li> <li>▪ Visitas de una enfermera especializada, según se define a los fines de los servicios de atención médica en el hogar (puede incluir una RN o una LVN).</li> <li>▪ Auxiliar de atención médica en el hogar cuando forma parte de un plan de atención durante el período para el que se aprobaron las visitas especializadas.</li> <li>▪ Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización previa y receta médica.</li> <li>▪ Los servicios no tienen como objeto reemplazar al cuidador del niño ni brindarle ayuda a dicho cuidador.</li> <li>▪ Las visitas de enfermeras especializadas se realizan de modo intermitente y no de manera continua durante las 24 horas.</li> <li>▪ Los servicios no tienen como objeto reemplazar los servicios de 24 horas para pacientes hospitalizados o a los servicios prestados en un centro de enfermería especializada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>
<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	<p>Servicios de salud mental para enfermedades mentales graves, brindados en un hospital psiquiátrico independiente, en unidades psiquiátricas de hospitales de atención de problemas médicos agudos, y en centros administrados por el estado, que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas neuropsicológicas y psicológicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización previa para los servicios que no son de emergencia.</li> <li>▪ No se requiere la derivación del prestador de atención primaria.</li> <li>▪ Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados son ordenados por un tribunal competente en virtud de las disposiciones de los capítulos 573 y 574 del</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de copago para pacientes hospitalizados.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
		<p><i>Texas Health and Safety Code</i>, relativos a las internaciones en centros psiquiátricos ordenadas por un tribunal, la orden judicial sirve como determinación vinculante de la necesidad médica. Toda modificación o cancelación de los servicios debe presentarse ante el tribunal competente sobre el asunto por determinar.</p>	
<p><b>Servicios de salud mental para pacientes externos</b></p>	<p>Servicios de salud mental para enfermedades mentales graves, brindados de forma ambulatoria, que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las consultas pueden realizarse en distintos lugares de la comunidad (por ejemplo, en escuelas y el hogar) o en un centro administrado por el estado.</li> <li>▪ Pruebas neuropsicológicas y psicológicas.</li> <li>▪ Administración de medicamentos.</li> <li>▪ Tratamientos ambulatorios de rehabilitación.</li> <li>▪ Servicios de tratamiento residencial.</li> <li>▪ Servicios para pacientes externos subagudos (hospitalización parcial o tratamiento ambulatorio de rehabilitación).</li> <li>▪ Capacitación en habilidades (desarrollo de habilidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización previa.</li> <li>▪ No se requiere la derivación del prestador de atención primaria.</li> <li>▪ Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes externos son ordenados por un tribunal competente en virtud de las disposiciones de los capítulos 573 y 574 del <i>Texas Health and Safety Code</i>, relativos a las internaciones en centros psiquiátricos ordenadas por un tribunal, la orden judicial sirve como determinación vinculante de la necesidad médica. Toda modificación o cancelación de los servicios debe presentarse ante el tribunal competente sobre el asunto por determinar.</li> <li>▪ Un profesional capacitado en servicios de salud mental y para la comunidad (QMHP-CS) está definido según el DSHS en el Título 25,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de copago para las consultas en el consultorio.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	psicoeducacionales).	Código Administrativo de Texas ( <i>Texas Administrative Code</i> , TAC), Parte I, Capítulo 412, Subcapítulo G, División 1, §412.303(48). Los QMHP–CS serán prestadores que trabajarán a través de una autoridad local de salud mental o una entidad independiente contratada por DSHS. Los QMHP–CS estarán supervisados por un médico o profesional de salud mental autorizado y deberán prestar servicios conforme a las normas del DSHS. Tales servicios incluyen, entre otros, capacitaciones en habilidades individuales y grupales (que pueden ser componentes de intervenciones, tales como tratamientos ambulatorios y servicios en el hogar), educación del paciente y de la familia, y servicios en casos de crisis.	
<b>Servicios de tratamiento por adicciones para pacientes hospitalizados</b>	Los servicios de tratamiento por adicciones para pacientes hospitalizados incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de tratamiento residencial y para pacientes hospitalizados por adicciones que incluyen desintoxicación, estabilización de crisis y programas residenciales de rehabilitación las 24 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización previa para los servicios que no son de emergencia.</li> <li>▪ No se requiere la derivación del prestador de atención primaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de copago para pacientes hospitalizados.</li> </ul>
<b>Servicios de tratamiento por adicciones para pacientes externos</b>	Los servicios de tratamiento por adicciones para pacientes externos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de prevención e intervención brindados por médicos y otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización previa.</li> <li>▪ No se requiere la derivación del prestador de atención primaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de copago para las consultas en el consultorio.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>profesionales; por ejemplo, evaluación y derivación para trastornos de farmacodependencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios intensivos para pacientes externos.</li> <li>▪ Hospitalización parcial.</li> <li>▪ Los servicios intensivos para pacientes externos se definen como un servicio organizado no residencial que brinda terapia estructurada individual y grupal, servicios educativos, y capacitación en habilidades para la vida, que dura, al menos, 10 horas por semana, entre 4 y 12 semanas, pero menos de 24 horas por día.</li> <li>▪ Los servicios de tratamiento para pacientes externos se definen como un servicio que brinda terapia estructurada individual y grupal, servicios educativos, y capacitación en habilidades para la vida durante al menos 1 o 2 horas por semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de tratamiento de pacientes externos hasta un máximo de:</li> <li>▪ Programa intensivo para pacientes externos (hasta 12 semanas por cada período de 12 meses).</li> <li>▪ Servicios para pacientes externos (hasta 6 meses por cada período de 12 meses).</li> </ul>	
<b>Servicios de rehabilitación</b>	<p>Los servicios de habilitación (proceso por el cual se brindan al niño los medios necesarios para que logre las metas importantes del desarrollo adecuadas para su edad a través de la terapia o el tratamiento) y rehabilitación incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>▪ Evaluación del desarrollo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización previa y receta médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>
<b>Servicios de cuidados paliativos</b>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidados paliativos, incluidos servicios médicos y de apoyo, para niños a quienes le quedan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización previa y receta médica.</li> <li>▪ Los servicios se aplican al diagnóstico de cuidados paliativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>seis meses o menos de vida, para mantenerlos cómodos durante sus últimas semanas y meses de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal, no se ven afectados al elegir los servicios de cuidados paliativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hasta un máximo de 120 días cuando la expectativa de vida es de 6 meses.</li> <li>▪ Los pacientes que deciden recibir los servicios de cuidados paliativos pueden cancelar esta decisión en cualquier momento.</li> </ul>	
<p><b>Servicios de emergencia, incluidos los servicios médicos, de hospitales de emergencia y de ambulancias</b></p>	<p>El plan de salud no puede exigir una autorización como condición de pago para afecciones de emergencia o trabajo de parto y parto. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de emergencia basados en la definición de afección médica de emergencia de una persona prudente y no experta.</li> <li>▪ Servicios de la sala de emergencias del hospital, servicios relacionados y servicios de médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, brindados por prestadores dentro y fuera de la red.</li> <li>▪ Exámenes médicos de detección.</li> <li>▪ Servicios de estabilización.</li> <li>▪ Acceso a centros de trauma de nivel I y II designados por el DSHS, o a hospitales que ofrezcan un nivel de atención de emergencia equivalente.</li> <li>▪ Transporte de emergencia por tierra, aire o agua.</li> <li>▪ Servicios dentales de emergencia, limitados a mandíbula fracturada o dislocada, daños traumáticos de los dientes y extracción de quistes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es posible que se requiera autorización para los servicios posteriores a la estabilización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplican los copagos correspondientes a las visitas que no son a la sala de emergencias.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
Trasplantes	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Según las normas actualizadas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (<i>Food and Drug Administration</i>, FDA), todo trasplante no experimental de órganos y tejidos humanos, y toda clase de trasplante no experimental de córnea, médula ósea y células madres periféricas, incluidos los gastos médicos del donante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>
<b>Beneficios de atención de la vista</b>	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un examen de los ojos por cada período de 12 meses, sin autorización, para determinar la necesidad y la receta de lentes correctivos.</li> <li>○ Un par de anteojos no protésicos por cada período de 12 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El plan de salud puede poner un límite razonable al costo de los lentes y los anteojos.</li> <li>▪ Se requiere autorización para los lentes de policarbonato y de protección cuando son médicamente necesarios como parte de un plan de tratamiento de las enfermedades de los ojos cubiertas por el plan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel de copago de la consulta en el consultorio facturada por el examen realizado para conocer el estado refractivo.</li> </ul>
<b>Servicios quiroprácticos</b>	<p>Los servicios cubiertos no requieren receta médica y se limitan a la subluxación de la columna vertebral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización para 12 consultas por cada período de 12 meses (independientemente de la cantidad de servicios o modalidades brindados en una consulta).</li> <li>• Se requiere autorización para consultas adicionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de copago para consultas en el consultorio del quiropráctico.</li> </ul>
<b>Programas para dejar de fumar</b>	<p>Se cubre hasta \$100 durante un período límite de 12 meses para un programa autorizado por el plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización.</li> <li>▪ El plan de salud define el programa autorizado por el plan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
		<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="842 244 1185 327">▪ Es posible que esté sujeto a los requisitos del vademécum.</li> </ul>	

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
<b>Servicios de valor agregado</b>			
<b>Servicios adicionales para asmáticos</b>	Evaluación del hogar con respecto a los factores desencadenantes de reacciones asmáticas. Los miembros participantes recibirán una almohada y una colcha hipoalergénicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización previa.</li> <li>▪ Los miembros deben ser previamente identificados por el administrador de casos como pacientes con asma persistente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se aplican copagos.</li> </ul>
<b>Servicios adicionales de atención de la vista</b>	\$100 para anteojos cada 24 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitado a los miembros que necesitan anteojos.</li> <li>▪ Los servicios son para los miembros de 2 años en adelante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos a los anteojos.</li> </ul>
<b>Exámenes de aptitud física para la práctica de deportes o la escuela</b>	Los exámenes de aptitud física para la práctica de deportes o la escuela son beneficios adicionales cubiertos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se requiere autorización previa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel de copago para las consultas en el consultorio.</li> </ul>
<b>Asistencia para el uso temporal de teléfonos</b>	Uso temporal de teléfonos celulares para los miembros que reúnan los criterios médicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización.</li> <li>▪ Debe ser un miembro que tiene necesidades especiales o que está embarazada y no cuenta con servicios de teléfono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>
<b>Educación prenatal y asesoramiento nutricional para las mujeres embarazadas</b>	Se ofrecen durante reuniones para celebrar el próximo nacimiento del bebé ( <i>baby showers</i> ) que se realizan en varios lugares, varias veces por mes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitado solamente a los miembros que viven en los condados de Nueces, Jim Wells, Bee, Victoria, Kleberg y San Patricio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>
<b>Servicios adicionales de transporte</b>	Transporte para citas médicas y clases de educación sobre la salud para miembros que necesitan traslado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se requiere autorización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>
<b>Acceso a oportunidades para la práctica de actividad física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acceso a clubes de niños y niñas, donde estén disponibles.</li> <li>▪ Membresía de YMCA.</li> <li>▪ \$25 por año/miembro para becas deportivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las membresías de YMCA están limitadas a los condados de Corpus Christi y Victoria.</li> <li>▪ Los miembros deberán abonar una parte del costo de la membresía de YMCA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>
<b>Beneficios adicionales para dejar de fumar</b>	Se dispone de un monto de \$50 adicionales para los miembros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se requiere autorización previa.</li> <li>▪ Limitado a un solo reembolso por cada miembro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos.</li> </ul>

## EXCLUSIONES

- Tratamientos de fertilidad o servicios reproductivos para pacientes hospitalizados y externos (que no sean atención prenatal, trabajo de parto y parto), y la atención relacionada con enfermedades, afecciones o anomalías del sistema reproductivo.
- Medicamentos anticonceptivos recetados solamente para atención médica reproductiva primaria y preventiva (es decir, no pueden ser recetados para la planificación familiar).
- Artículos de uso personal, incluidos, entre otros, los paquetes para la higiene personal provistos durante la internación del paciente, teléfono, televisión, fotografías de recién nacidos, comidas para los visitantes del paciente y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento específico de la enfermedad o lesión.
- Procedimientos o servicios médicos, quirúrgicos u otros procedimientos de atención médica que son experimentales o de investigación, y que generalmente no se utilizan ni se reconocen dentro de la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adversa y es elegible para la revisión de una IRO, como se indica en la página 24 de este manual.
- Tratamientos o evaluaciones solicitados por terceros, incluidos, entre otros, aquellos para escuelas, empleos, permisos para volar, campamentos, seguros o tribunales.
- Aparatos dentales que se usan exclusivamente para fines estéticos.
- Servicios de enfermería privada proporcionados a pacientes hospitalizados o dentro de un centro de enfermería especializada.
- Aparatos mecánicos para reemplazo de órganos, incluidos, entre otros, corazones artificiales.
- Servicios y suministros hospitalarios cuando la internación se realiza solamente para llevar a cabo pruebas de diagnóstico, a menos que el plan de salud lo haya autorizado previamente.
- Mamografías y exámenes de próstata.
- Cirugía optativa para corregir la vista.
- Procedimientos gástricos para bajar de peso.
- Cirugías y servicios estéticos exclusivamente con fines estéticos.
- Servicios fuera de la red que el plan de salud no haya autorizado, a excepción de la atención de emergencia o los servicios de un médico para madres y recién nacidos, durante al menos 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
- Servicios, suministros, sustitutos o suplementos alimenticios que se ofrecen para controlar el peso o tratar la obesidad, a excepción de los servicios relacionados con el tratamiento de la obesidad mórbida que forman parte de un plan de tratamiento autorizado por el plan de salud.
- Medicamentos recetados para bajar o subir de peso.
- Servicios de acupuntura, medicina natural o terapia de hipnosis.
- Vacunas para quienes viajan al extranjero.
- Atención de rutina de los pies, como atención higiénica (la atención de rutina de los pies no incluye el tratamiento de lesiones o complicaciones causadas por la diabetes).
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, torcidos o planos y recorte o extracción de callos, callosidades y uñas de los pies (esto no se aplica a la extracción de la raíz de la uña o al tratamiento quirúrgico de las afecciones subyacentes de los callos, callosidades y uñas encarnadas de los pies).
- Reemplazo o reparación de aparatos protésicos y equipos médicos duraderos debido al uso indebido, abuso o pérdida cuando ello está confirmado por el miembro o el proveedor.
- Zapatos ortopédicos correctivos.
- Artículos de uso personal.
- Medicamentos de venta libre.
- Aparatos ortopédicos usados principalmente con fines atléticos o recreativos.
- Atención supervisada (atención que tiene como objeto ayudar al niño con las actividades de la vida diaria, como caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, arreglarse, preparar una dieta especial y supervisar que tome los medicamentos que habitualmente toma solo o se los da uno de los padres. Estos cuidados no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado). Esta exclusión no se aplica a los servicios de cuidados paliativos.
- Orden y limpieza.

- Los servicios y la atención que se prestan en centros públicos para tratar afecciones que, según las leyes federales, estatales o locales, se deben brindar en un centro público, o la atención proporcionada mientras se está bajo la custodia de las autoridades legales.
- Servicios o suministros recibidos de un enfermero que no requieren la capacitación y experiencia de un enfermero.
- Terapia y entrenamiento de la vista.
- No está cubierto el reembolso por servicios de terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla proporcionados en la escuela, a menos que los ordene un médico o prestador de atención primaria.
- Gastos no médicos del donante.
- Los gastos incurridos por el donante de un órgano cuando la persona que recibe el trasplante no tiene la cobertura de este plan de salud.
- La cobertura durante viajes fuera de los Estados Unidos y sus territorios (incluidos Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, la Comunidad de las Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Americana).

### DME y suministros

SUMINISTROS	CUBIERTOS	EXCLUIDOS	COMENTARIOS O DISPOSICIONES DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
Agua destilada		X	
Agujas y jeringas para diabéticos			Ver Suministros para diabéticos.
Agujas y jeringas para terapia intravenosa o catéter de acceso venoso central			Ver Suministros para cambios de vendajes, catéter venoso central o Terapia intravenosa.
Agujas y jeringas/Otros	X		Se cubren si se administran medicamentos intramusculares o subcutáneos en el hogar.
Alcohol para frotar		X	Suministro de venta libre.
Alcohol, gasas	X		Cubiertas solamente cuando se reciben con equipos o artículos de terapia intravenosa o acceso venoso central.
Alcohol, gasas (para diabéticos)	X		Suministro de venta libre no cubierto, a menos que se presente una receta cuando se dispensan.
Aparato con lancetas	X		Se limita a un aparato solamente.
Aparatos dentales	X		La cobertura se limita a los aparatos dentales utilizados para el tratamiento de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica.
Artículos para la higiene personal		X	
Attends (pañales)	X		La cobertura se limita a niños de 4 años o más solamente con receta médica y cuando se utilizan como parte de la atención indicada en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto.
Baterías de repuesto	X		Para artículos de DME cuando es necesario reponerlas debido al uso normal.
Baterías, primeras	X		Para artículos de DME cubiertos.
Betadine		X	Ver Suministros para terapia intravenosa.
Bolsas para colostomía			Ver Suministros para ostomía.
Cabestrillo	X		Se provee como parte de la consulta.
Calcetines para muñón	X		

SUMINISTROS	CUBIERTOS	EXCLUIDOS	COMENTARIOS O DISPOSICIONES DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
Cinta adhesiva			Ver Suministros para cambios de vendajes, Suministros para ostomía y Suministros para terapia intravenosa.
Clinitest	X		Para el control de la diabetes.
Diafragma		X	Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Diastix	X		Para el control de la diabetes.
Dieta especial		X	
Dispositivos de comunicación		X	
Electrodos	X		Solo se cubren cuando se utilizan con DME cubiertos.
Equipos de irrigación para tratamiento de heridas	X		Solo se cubren cuando se usan durante servicios cubiertos de cuidados de heridas en el hogar.
Equipos para análisis de orina	X		Cuando se determina que es médicamente necesario.
Equipos para irrigación del aparato urinario	X		Se cubren para las personas que tienen una sonda vesical permanente.
Fórmula (leche en polvo)		X	<p>Excepción: Solo se cubre para trastornos metabólicos hereditarios crónicos, para una enfermedad o disfunción de las estructuras que normalmente permiten el paso de los alimentos al intestino delgado, o para la absorción insuficiente causada por una enfermedad (que, según se prevé, durará más de 60 días), cuando el médico la receta y el plan la autoriza. La documentación del médico para justificar la receta de la fórmula debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La identificación de un trastorno metabólico, una disfagia que ocasiona la necesidad médica de una dieta líquida, la presencia de una gastrostomía o una enfermedad que produce la absorción insuficiente que requiere un producto nutritivo médicamente necesario.</li> </ul> <p>No se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para miembros que se podrían sustentar con una dieta apropiada para su edad.</li> <li>Para el uso tradicional en la alimentación de bebés.</li> <li>En forma de pudín (excepto para pacientes con disfunción motora de la orofaringe documentada que reciben más del 50% de su ingesta calórica diaria mediante este producto).</li> <li>Para diagnósticos primarios de retraso del desarrollo, aumento de peso insuficiente o retraso del crecimiento, o para bebés menores de 12 meses, a menos que la necesidad médica se documente y se cumpla con los demás criterios mencionados anteriormente.</li> </ul> <p>No se cubren los ingredientes para espesar la comida, la comida para bebés u otros productos que se pueden comprar en tiendas, que se pueden licuar y usar con un sistema enteral y que <i>no</i> son médicamente necesarios, independientemente de si se toman por</p>

SUMINISTROS	CUBIERTOS	EXCLUIDOS	COMENTARIOS O DISPOSICIONES DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
			vía oral o parenteral.
Funda protectora para muñón	X		
Gel anticonceptivo		X	Suministro de venta libre. Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Guantes		X	Excepción: Cambios de vendajes del catéter de acceso venoso central o tratamientos de heridas realizados por una agencia de atención médica en el hogar.
Jeringa con epinefrina (Ana-Kit)	X		Jeringa para autoinyectarse que usan los pacientes muy alérgicos a la picadura de abejas.
Jeringas			Ver Agujas y jeringas.
Lancetas	X		Se cubren para personas con diabetes.
Libros		X	
Lubricante K-Y Jelly		X	Suministro de venta libre.
Mascarilla antipolvo		X	
MedEjector	X		
Molde craneal de la cabeza		X	
Moldes de orejas	X		Hechos a medida, después de cirugías del oído medio o interno.
Novopen	X		
Pañales, ropa interior para la incontinencia, toallitas Chux	X		La cobertura se limita a niños de 4 años o más solamente con receta médica y cuando se utilizan como parte de la atención indicada en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto.
Parches para los ojos	X		Están cubiertos para los pacientes que tienen ambliopía.
Peróxido de hidrógeno		X	Suministro de venta libre.
Salina normal			Ver Solución salina normal.
Solución salina normal	X		Se cubre cuando: a) se utiliza para diluir medicamentos para tratamientos con nebulizador; b) forma parte de servicios cubiertos de cuidados de heridas en el hogar; c) se utiliza para la irrigación de la sonda vesical permanente.
Sonda vesical externa y suministros relacionados		X	Excepción: Se cubre para el uso de un hombre incontinente cuando una lesión de la uretra impide el uso de una sonda permanente, si está recetada por el prestador de atención primaria y autorizada por el plan.
Sonda vesical intermitente	X		Se cubren los suministros necesarios para el sondaje intermitente o directo.
Sonda vesical permanente y suministros relacionados	X		Se cubre la sonda, la bolsa de drenaje con tubos, la cubeta de inserción, el equipo de irrigación y la solución salina normal, si es necesaria.
Sondas de succión	X		
Suministros para cambios de vendajes o terapia	X		Solo se cubren si el paciente recibe terapia intravenosa en el hogar.

SUMINISTROS	CUBIERTOS	EXCLUIDOS	COMENTARIOS O DISPOSICIONES DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
intravenosa periférica			
Suministros para cambios de vendajes o úlceras de decúbito	X		Solo se cubren si el paciente recibe servicios cubiertos de cuidados de heridas en el hogar.
Suministros para cambios de vendajes, catéter venoso central	X		Jeringas, agujas, Tegaderm, gasas con alcohol, pomada o gasas con Betadine, cinta adhesiva. Muchas veces estos artículos se proporcionan en un paquete que incluye todo lo necesario para un cambio de vendaje.
Suministros para cambios de vendajes/Otros		X	
Suministros para diabéticos	X		Solución para calibrar el monitor, jeringas para insulina, agujas, lancetas, aparato con lancetas y tiras reactivas para el control de la glucosa.
Suministros para enemas		X	Suministro de venta libre.
Suministros para la bomba (externa) de insulina	X		Se cubren los suministros (por ejemplo, equipos de infusión, receptáculo de jeringa y vendajes, etc.) si la bomba es un artículo cubierto.
Suministros para la nutrición enteral	X		Se cubren los suministros necesarios (por ejemplo, tubos conectores, sondas, etc.). No se cubren los productos para la nutrición enteral, excepto los que se recetan para trastornos metabólicos hereditarios, para una enfermedad o disfunción de las estructuras que normalmente permiten el paso de los alimentos al intestino delgado, o para la absorción insuficiente causada por una enfermedad.
Suministros para la nutrición parenteral	X		Se cubren los suministros necesarios (por ejemplo, tubos, filtros, conectores, etc.) cuando el plan de salud autoriza la nutrición parenteral.
Suministros para ostomía	X		Se cubren, entre otros, los siguientes artículos: cinturones, bolsas, oblea, placa frontal, piezas de inserción, barreras, filtros, juntas, tapones, equipos y manguitos para irrigación, cinta adhesiva, preparadores de la piel, esparadrapos, equipos para drenaje, productos para quitar adhesivos y desodorante para la bolsa. Los artículos que no se cubren incluyen, entre otros: tijeras, desodorantes de ambiente, limpiadoras, guantes de hule, gasas, fundas para la bolsa, jabones y lociones.
Suministros para terapia intravenosa	X		Tubos, filtros, casetes, soportes para sueros, gasas con alcohol, agujas, jeringas y otros suministros relacionados necesarios para la terapia intravenosa en el hogar.
Suministros para traqueotomía	X		Se cubren cánulas, catéteres, cierres, fundas, equipos de limpieza, etc.
Suministros para urostomía			Ver Suministros para ostomía.
Termómetro basal		X	Suministro de venta libre.
Toallas para la	X		La cobertura se limita a niños de 4 años o más

SUMINISTROS	CUBIERTOS	EXCLUIDOS	COMENTARIOS O DISPOSICIONES DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
incontinencia			solamente con receta médica y cuando se utilizan como parte de la atención indicada en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto.
Toallas sanitarias			Ver Pañales, Ropa interior para la incontinencia, Toallitas Chux.
Vendajes		X	
Vendas elásticas		X	Excepción: Si una clínica o agencia de atención médica en el hogar las proporciona y cobra, están cubiertas como suministros incidentales.
Vendas Unna Boot	X		Se cubren como parte de los cuidados de heridas en el hogar. Se cobra un cargo incidental cuando se aplican durante una consulta en el consultorio.

## NOTAS

## NOTAS