



## Parte 18

### Servicios incluidos en la cobertura CHIP

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
<p>Servicios de hospital para pacientes internos para atención general, aguda y rehabilitación.</p>	<p>Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médicos o profesional de la salud en hospitales.</li> <li>• Comida y estadía en habitación semiprivada (o en habitación privada si es médicamente necesario, según lo certifique el médico adjunto).</li> <li>• Cuidados de enfermería general.</li> <li>• Cuidados de enfermería especiales cuando sean médicamente necesarios.</li> <li>• Unidad de cuidados intensivos (ICU, en inglés) y servicios relacionados.</li> <li>• Comidas y dietas especiales del paciente.</li> <li>• Quirófano, sala de recuperación y otras salas de tratamiento.</li> <li>• Anestesia y su administración (componente técnico del centro).</li> <li>• Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos y férulas.</li> <li>• Fármacos, medicamentos, productos biológicos.</li> <li>• Sangre o productos de la sangre que no se proporcionan sin cargo al paciente, y su administración.</li> <li>• Radiografías, diagnóstico por imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro).</li> <li>• Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico del centro).</li> <li>• Pruebas diagnósticas con máquinas (electroencefalograma, electrocardiograma, etc.).</li> <li>• Terapia de inhalación y servicios de oxígeno.</li> <li>• Radiación y quimioterapia.</li> <li>• Acceso a hospitales o centros perinatales de nivel III. El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas debe haberlos elegido. Tienen que cumplir con los mismos niveles de atención médica.</li> <li>• Servicios de médicos y en centros, dentro de la red o fuera de esta, para la madre y el recién nacido, durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones o 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.</li> <li>• Servicios en hospitales, de médicos y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental.</li> <li>• Servicios de hospitalización relacionados con abortos espontáneos y embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Los servicios de hospitalización relacionados con abortos espontáneos y embarazos no viables incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>– procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C, en inglés);</li> <li>– medicamentos administrados por el profesional de la salud;</li> <li>– ultrasonidos;</li> <li>– examen histológico de tejidos.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Para asegurados de CHIP Perinatal de familias con ingresos iguales o inferiores al límite de elegibilidad para el Medicaid (asegurados de CHIP Perinatal que son elegibles para Medicaid después de su nacimiento), los cargos del centro no son un beneficio incluido. Sin embargo, los cargos por servicios de profesionales relacionados con el trabajo de parto y el parto son un beneficio incluido.</p> <p>Para asegurados de CHIP Perinatal de familias con ingresos superiores al límite de elegibilidad para Medicaid (asegurados de CHIP Perinatal que no son elegibles para Medicaid después de su nacimiento), los beneficios se limitan a los cargos por servicios de profesionales y del centro. Además, estos servicios deben estar relacionados con el trabajo de parto y el parto hasta el nacimiento. Los servicios se limitan también al aborto espontáneo o al embarazo no viable.</p> <p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quirófano, sala de recuperación y otras salas de tratamiento.</li> <li>• Anestesia y su administración (componente técnico del centro).</li> </ul> <p>Los servicios de cirugía médicamente necesarios se limitan a los servicios relacionados directamente con el parto de un bebé por nacer. Se incluyen los servicios relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero).</p>

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
<p>(continuación) Servicios de hospital para pacientes internos para atención general, aguda y rehabilitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes quirúrgicos.</li> <li>• Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos.</li> <li>• Estos son los servicios para pacientes internos para mastectomía y reconstrucción de la mama:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>– prótesis mamarias externas en casos en que se practicó una mastectomía médicamente necesaria;</li> <li>– cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;</li> <li>– tratamiento de las complicaciones físicas que puedan surgir de las mastectomías y tratamientos de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>• Los dispositivos que se implantan están incluidos en la cobertura de servicios para pacientes internos y externos. No se contabilizan para el límite durante un período de 12 meses del equipo médico duradero.</li> <li>• Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para tratamientos médicamente necesarios de anomalías del cráneo y de la cara que requieren cirugía. Además, deben ser prestados como parte de un plan de tratamiento propuesto y detallado con claridad para tratar lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– labio leporino o paladar hendido;</li> <li>– malformaciones graves del cráneo y de la cara por trauma, de huesos o de nacimiento;</li> </ul> </li> <li>• asimetría facial grave causada por defectos de huesos, enfermedades sindrómicas de nacimiento o crecimiento de tumores o su tratamiento.</li> </ul>	<p>Los servicios de hospitalización relacionados con (a) el aborto espontáneo o (b) el embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero) son un beneficio incluido en la cobertura. Los servicios de hospitalización relacionados con abortos espontáneos y embarazos no viables incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C, en inglés);</li> <li>• medicamentos administrados por el profesional de la salud;</li> <li>• ultrasonidos;</li> <li>• examen histológico de tejidos.</li> </ul>
<p>Centros de enfermería especializada (incluyen hospitales de rehabilitación)</p>	<p>Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comida y estadía en habitación semiprivada;</li> <li>• servicios regulares de enfermería;</li> <li>• servicios de rehabilitación;</li> <li>• suministros médicos, y uso de dispositivos y equipo proporcionados por el centro.</li> </ul>	<p>No es un beneficio incluido en la cobertura.</p>

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
<p>Servicios de hospital para pacientes externos, hospital de rehabilitación integral para pacientes externos, clínica (incluye centro de salud) y centro de atención médica para pacientes externos.</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios brindados en el consultorio o en la sala de emergencias de un hospital, en una clínica o en un centro de atención médica, en un departamento de emergencias de un hospital o en ámbitos de atención médica para pacientes externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico).</li> <li>• Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico).</li> <li>• Pruebas diagnósticas con máquinas.</li> <li>• Servicios en centros quirúrgicos para pacientes externos.</li> <li>• Fármacos, medicamentos, productos biológicos.</li> <li>• Yesos, férulas y vendajes.</li> <li>• Servicios preventivos de salud.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</li> <li>• Diálisis renal.</li> <li>• Servicios respiratorios. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Radiación y quimioterapia.</li> </ul> </li> <li>• Sangre o productos de la sangre que no se proporcionan sin cargo al paciente, y la administración de tales productos.</li> <li>• Servicios para pacientes externos relacionados con (a) el aborto espontáneo o (b) el embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Los servicios para pacientes externos relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>– procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C, en inglés);</li> <li>– medicamentos administrados por el profesional de la salud;</li> <li>– ultrasonidos;</li> <li>– examen histológico de tejidos.</li> </ul> </li> <li>• Servicios en centros y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental, cuando se prestan en un centro quirúrgico certificado para pacientes externos.</li> <li>• Implantes quirúrgicos.</li> <li>• Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos.</li> <li>• Servicios para pacientes externos prestados en un hospital para pacientes externos o en un centro de atención médica para pacientes externos para mastectomía y reconstrucción de la mama, si son clínicamente adecuados, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>– todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>– prótesis mamarias externas en casos en que se practicó una mastectomía médicamente necesaria; cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;</li> <li>– tratamiento de las complicaciones físicas que puedan surgir de las mastectomías y tratamientos de linfedemas.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios brindados en el consultorio o en la sala de emergencias de un hospital, en una clínica o en un centro de atención médica, en un departamento de emergencias de un hospital o en ámbitos de atención médica para pacientes externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico).</li> <li>• Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico).</li> <li>• Pruebas diagnósticas con máquinas.</li> <li>• Fármacos, medicamentos y productos biológicos que sean fármacos inyectables y recetados médicamente necesarios.</li> <li>• Servicios para pacientes externos relacionados con el embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Los servicios para pacientes externos relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>– procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C, en inglés);</li> <li>– medicamentos administrados por el profesional de la salud;</li> <li>– ultrasonidos;</li> <li>– examen histológico de tejidos.</li> </ul> </li> </ul> <p>(1) Los servicios de laboratorio y de radiografías se limitan a los servicios directamente relacionados con la atención médica previa al parto o el parto del asegurado con cobertura CHIP Perinatal hasta el nacimiento.</p> <p>(2) El ultrasonido de útero de embarazadas es un beneficio incluido en casos médicamente indicados. El ultrasonido puede indicarse en caso de sospecha de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso de crecimiento fetal, confirmación de la edad gestacional o aborto espontáneo o embarazo no viable.</p> <p>(3) Amniocentesis, cordocentesis, transfusión fetal intrauterina y orientación por ultrasonido para cordocentesis y transfusión fetal intrauterina son beneficios incluidos en la cobertura con el debido diagnóstico.</p>

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
<p>(continuación) Servicios de hospital para externos, centro de rehabilitación integral para pacientes externos, clínica (incluye centro de salud) y centro de atención médica para pacientes externos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los dispositivos que se implantan están incluidos en la cobertura de servicios para pacientes internos y externos. No se contabilizan para el límite durante un período de 12 meses del equipo médico duradero.</li> <li>• Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para tratamientos médicamente necesarios de anomalías del cráneo y de la cara que requieren cirugía. Además, deben ser prestados como parte de un plan de tratamiento propuesto y detallado con claridad para tratar lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– labio leporino o paladar hendido;</li> <li>– malformaciones graves del cráneo y de la cara por trauma, de huesos o de nacimiento;</li> </ul> </li> <li>• asimetría facial grave causada por defectos de huesos, enfermedades sindrómicas de nacimiento o crecimiento de tumores o su tratamiento.</li> </ul>	<p>(4) Las pruebas de laboratorio se limitan a lo siguiente: cardiocografía en reposo, cardiocografía con contracciones, hemoglobina o hematocrito repetido una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo; o hemograma completo (CBC, en inglés), análisis de orina para determinar el nivel de proteínas y glucosa en cada visita, tipo de sangre y detección de anticuerpos Rh; repetición de la detección de anticuerpos Rh para aseguradas con Rh negativo en la semana 28, seguida de la administración de inmunoglobulina Rho si está indicada; valoración de anticuerpos contra la rubéola, serología para detectar sífilis, antígeno de superficie de la hepatitis B, citología de cuello de útero, prueba de embarazo, prueba para detectar gonorrea, cultivo de orina, prueba para detectar células falciformes, prueba para detectar tuberculosis (TB), detección de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), prueba para detectar clamidia, otras pruebas de laboratorio no especificadas, pero consideradas médicamente necesarias, y diversas pruebas de marcadores para detectar defectos en el tubo neural (si la cliente inicia la atención médica entre las semanas 16 y 20); prueba de detección de diabetes gestacional en las semanas 24-28 de embarazo; otras pruebas de laboratorio según se indica conforme a la enfermedad de la cliente.</p> <p>(5) Los servicios quirúrgicos relacionados con (a) el aborto espontáneo o (b) el embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero) son un beneficio incluido.</p>

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
<p>Servicios profesionales de médicos y asociados médicos</p>	<p>Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda exámenes preventivos para niños y servicios médicos preventivos (que incluyen, entre otros, exámenes de vista, audición y vacunas).</li> <li>• Consultas al médico, servicios para pacientes internos y externos.</li> <li>• Servicios de laboratorio, radiografías, diagnóstico por imágenes y de patología, que incluyen el componente técnico o la interpretación profesional.</li> <li>• Medicamentos, materiales y productos biológicos administrados en el consultorio del médico.</li> <li>• Inyecciones, pruebas o suero para la alergia.</li> <li>• Componente profesional (para pacientes internos y externos) de los servicios quirúrgicos, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>– cirujanos y cirujanos auxiliares para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención médica de seguimiento correspondiente;</li> <li>– administración de anestesia por parte de un médico (que no sea cirujano) o un enfermero anestesista profesional (CRNA, en inglés);</li> <li>– segundas opiniones quirúrgicas;</li> <li>– cirugía el mismo día que se la pide, en un hospital sin pasar la noche;</li> <li>– procedimientos diagnósticos invasivos, como exámenes endoscópicos.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de médicos prestados en el hospital (incluidos los componentes técnicos y de interpretación brindados por médicos).</li> <li>• Los servicios de médicos y de profesionales para mastectomía y reconstrucción de la mama incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>– todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>– prótesis mamarias externas en casos en que se practicó una mastectomía médicamente necesaria;</li> <li>– cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;</li> <li>– tratamiento de las complicaciones físicas que puedan surgir de las mastectomías y tratamientos de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de médicos, que forman parte y que no forman parte de la red, para la madre y el recién nacido, durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones o 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.</li> </ul>	<p>Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda exámenes preventivos para niños y servicios médicos preventivos (que incluyen, entre otros, exámenes de vista, audición y vacunas).</li> <li>• Consultas al médico, servicios para pacientes internos y externos.</li> <li>• Servicios de laboratorio, radiografías, diagnóstico por imágenes y de patología, que incluyen el componente técnico o la interpretación profesional.</li> <li>• Medicamentos, materiales y productos biológicos administrados en el consultorio del médico.</li> <li>• Inyecciones, pruebas o suero para la alergia.</li> <li>• Componente profesional (para pacientes internos y externos) de los servicios quirúrgicos, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>– cirujanos y cirujanos auxiliares para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención médica de seguimiento correspondiente;</li> <li>– administración de anestesia por parte de un médico (que no sea cirujano) o un enfermero anestesista profesional (CRNA, en inglés);</li> <li>– segundas opiniones quirúrgicas;</li> <li>– cirugía el mismo día que se la pide, en un hospital sin pasar la noche;</li> <li>– procedimientos diagnósticos invasivos, como exámenes endoscópicos.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de médicos prestados en el hospital (incluidos los componentes técnicos y de interpretación brindados por médicos).</li> </ul>

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
<p>(continuación) Servicios profesionales de médicos y asociados médicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de médicos y de profesionales para mastectomía y reconstrucción de la mama incluyen los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>– prótesis mamarias externas en casos en que se practicó una mastectomía médicamente necesaria;</li> <li>– cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;</li> <li>– tratamiento de las complicaciones físicas que puedan surgir de las mastectomías y tratamientos de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>– Servicios de médicos, que forman parte y que no forman parte de la red, para la madre y el recién nacido, durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones o 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.</li> <li>• Servicios de médicos relacionados con (a) el aborto espontáneo o (b) el embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Los servicios de médicos relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C, en inglés);</li> <li>– medicamentos administrados por el profesional de la salud;</li> <li>– ultrasonidos;</li> <li>– examen histológico de tejidos.</li> </ul> </li> <li>• Servicios médicos médicamente necesarios para asistir a un dentista que brinda servicios dentales a un asegurado de CHIP, como anestesia general o sedación intravenosa.</li> <li>• Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para tratamientos médicamente necesarios de anomalías del cráneo y de la cara que requieren cirugía. Además, deben ser prestados como parte de un plan de tratamiento propuesto y detallado con claridad para tratar lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– labio leporino o paladar hendido;</li> <li>– malformaciones graves del cráneo y de la cara por trauma, de huesos o de nacimiento;</li> <li>– asimetría facial grave causada por defectos de huesos, enfermedades sindrómicas de nacimiento o crecimiento de tumores o su tratamiento.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El componente profesional del ultrasonido de útero de embarazadas cuando se indique médicamente en caso de sospecha de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso de crecimiento fetal o confirmación de la edad gestacional.</li> <li>• Componente profesional de amniocentesis, cordocentesis, transfusión fetal intrauterina y orientación por ultrasonido para amniocentesis, cordocentesis y transfusión fetal intrauterina.</li> <li>• Componente profesional relacionado con (a) el aborto espontáneo o (b) el embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Los servicios profesionales relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C, en inglés);</li> <li>– medicamentos administrados por el profesional de la salud;</li> <li>– ultrasonidos;</li> <li>– examen histológico de tejidos.</li> </ul> </li> </ul>

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
<p>Atención prenatal y servicios y suministros para la familia previos al embarazo.</p>	<p>Atención médica perinatal con cobertura, sin límites, y atención médica médicamente necesaria relacionada con enfermedades y anomalías del sistema reproductivo. Las limitaciones y las exclusiones a estos servicios se describen en la sección sobre servicios de médicos y para pacientes internos y externos.</p> <p>Los beneficios primarios y preventivos no incluyen servicios y suministros de reproducción familiar. Tampoco los medicamentos recetados únicamente para la atención de la salud reproductiva preventiva y primaria.</p>	<p>Los servicios se limitan a la consulta inicial y las consultas posteriores de atención médica prenatal (previas al parto) que incluyen lo siguiente:</p> <p>(1) una (1) consulta cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo; (2) una (1) consulta cada dos (2) a tres (3) semanas desde la semana 28 hasta la semana 36 de embarazo; y (3) una (1) consulta por semana desde la semana 36 hasta el parto.</p> <p>Se permiten consultas más frecuentes según sea médicamente necesario. Los beneficios se limitan a los siguientes:</p> <p>Limitado a 20 consultas prenatales y a dos (2) consultas de posparto (hasta dentro de los 60 días) si no se documenta una complicación del embarazo. Los embarazos de alto riesgo pueden requerir consultas más frecuentes. Las consultas prenatales para embarazos de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. La documentación que respalda la necesidad médica debe conservarse en los archivos del médico y está sujeta a una revisión retrospectiva.</p> <p>Las consultas posteriores a la consulta inicial deben incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antecedentes provisionales (problemas, estado civil, estado del feto);</li> <li>• examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, tamaño y posición del feto, frecuencia cardíaca del feto, extremidades);</li> <li>• pruebas de laboratorio (análisis de orina para determinar el nivel de proteínas y glucosa en cada consulta; hemoglobina o hematocrito repetido una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo; diversas pruebas de marcadores para detectar anomalías fetales ofrecidas en las semanas 16-20 de embarazo; repetición de la detección de anticuerpos Rh para aseguradas con Rh negativo en la semana 28, seguida de la administración de inmunoglobulina Rho si está indicada; prueba de detección de diabetes gestacional en las semanas 24-28 de embarazo; y otras pruebas de laboratorio según se indica conforme a la enfermedad de la cliente).</li> </ul>

# Parte 18

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
Servicios en centros de parto	<p>Se incluyen en la cobertura los servicios de parto ofrecidos por un centro de parto certificado. Se limitan a los servicios del centro (p. ej., trabajo de parto y parto).</p> <p>Limitación: Se aplica solo a los asegurados de CHIP.</p>	<p>Se incluyen en la cobertura los servicios de parto ofrecidos por un centro de parto certificado. Se limitan a los servicios del centro relacionados con el trabajo de parto y el parto.</p> <p>Se aplica solo a los asegurados de CHIP Perinatal (niño por nacer) con ingresos superiores al límite de elegibilidad para Medicaid (que no serán elegibles para Medicaid después de su nacimiento).</p>
Servicios prestados por una enfermera partera profesional o por un médico en un centro de parto certificado.	<p>Asegurado de CHIP: Se incluyen en la cobertura los servicios prenatales y los servicios de parto prestados en un centro de parto certificado.</p> <p>Asegurados recién nacidos de CHIP Perinatal: Se incluyen en la cobertura los servicios prestados a un recién nacido inmediatamente después del parto.</p>	<p>Se incluyen en la cobertura los servicios prenatales y los servicios de parto prestados en un centro de parto certificado. Los servicios prenatales están sujetos a las siguientes limitaciones: Los servicios se limitan a la consulta inicial y las consultas posteriores de atención médica prenatal (previas al parto) que incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) una (1) consulta cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo;</li> <li>(2) Una (1) consulta cada dos (2) a tres (3) semanas desde la semana 28 hasta la semana 36 de embarazo;</li> <li>(3) una (1) consulta por semana desde la semana 36 hasta el parto.</li> </ul> <p>Se permiten consultas más frecuentes según sea médicamente necesario. Los beneficios se limitan a los siguientes:</p> <p>Limitado a 20 consultas prenatales y a dos (2) consultas de posparto (hasta dentro de los 60 días) si no se documenta una complicación del embarazo. Los embarazos de alto riesgo pueden requerir consultas más frecuentes. Las consultas prenatales para embarazos de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. La documentación que respalda la necesidad médica debe conservarse y está sujeta a una revisión retrospectiva.</p>

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
<p>(continuación) Servicios prestados por una enfermera partera profesional o por un médico en un centro de parto certificado</p>		<p>Las consultas posteriores a la consulta inicial deben incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antecedentes provisionales (problemas, estado civil, estado del feto);</li> <li>• examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, tamaño y posición del feto, frecuencia cardíaca del feto, extremidades);</li> <li>• pruebas de laboratorio (análisis de orina para determinar el nivel de proteínas y glucosa en cada consulta; hemoglobina o hematocrito repetido una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo; diversas pruebas de marcadores para detectar anomalías fetales ofrecidas en las semanas 16-20 de embarazo; repetición de la detección de anticuerpos Rh para aseguradas con Rh negativo en la semana 28, seguida de la administración de inmunoglobulina Rho si está indicada; prueba de detección de diabetes gestacional en las semanas 24-28 de embarazo; y otras pruebas de laboratorio según se indica conforme a la enfermedad de la cliente).</li> </ul>
<p>Equipo médico duradero, aparatos protésicos y suministros médicos descartables</p>	<p>Límite de \$20,000 durante un período de 12 meses para equipo médico duradero, aparatos protésicos, dispositivos y suministros médicos descartables (los equipos y los suministros para diabéticos no se cuentan para alcanzar este límite). Los servicios incluyen equipo médico duradero (equipo que puede resistir el uso reiterado y sirve, principal y habitualmente, para un propósito médico, y que no suele ser útil para personas que no tengan una enfermedad, una lesión o una discapacidad, y que es adecuado para su uso en el hogar), incluidos los dispositivos y los suministros médicamente necesarios e indispensables para una o más actividades de la vida diaria y adecuados para ayudar en el tratamiento de un problema de salud, lo que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• abrazaderas y otros aparatos ortopédicos;</li> <li>• dispositivos dentales;</li> <li>• aparatos protésicos, como ojos, extremidades, frenillos y prótesis mamarias externas;</li> <li>• anteojos y lentes de contacto protésicos para controlar enfermedades oftalmológicas graves;</li> <li>• audífonos;</li> <li>• suministros médicos descartables para diagnósticos específicos, incluidos los suplementos dietarios y fórmulas especiales recetadas (consulte el Anexo A).</li> </ul>	<p>No constituyen un beneficio incluido en la cobertura, a excepción de un conjunto limitado de suministros médicos descartables, publicado en <a href="http://www.txvendordrug.com/formulary/limited-hhs.shtml">www.txvendordrug.com/formulary/limited-hhs.shtml</a>, y únicamente cuando se obtienen de un proveedor de farmacia inscrito en CHIP.</p>

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
<p>Servicios médicos comunitarios y en el hogar</p>	<p>Servicios brindados en el hogar y en la comunidad, que incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• infusión en el hogar;</li> <li>• terapia respiratoria;</li> <li>• visitas de enfermería privada (RN, LVN);</li> <li>• visitas de enfermeros especializados, como se define para propósitos de atención médica a domicilio (pueden incluir RN o LVN);</li> <li>• auxiliar de salud en el hogar, cuando forma parte de un plan de atención médica durante el período en que han sido aprobadas las visitas especializadas;</li> <li>• terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional;</li> <li>• los servicios no pretenden reemplazar al cuidador del NIÑO ni brindarle alivio a dicho cuidador;</li> <li>• las visitas de enfermeros especializados se ofrecen de forma intermitente y no pretenden ofrecer servicios de enfermería especializada las 24 horas;</li> <li>• los servicios no pretenden reemplazar los servicios de centros de enfermería especializada o para pacientes internos brindados durante las 24 horas.</li> </ul>	<p>No es un beneficio incluido en la cobertura.</p>
<p>Servicios de salud mental para pacientes internos</p>	<p>Servicios de salud mental, incluidos los servicios por trastornos mentales graves, prestados en un hospital psiquiátrico independiente, en unidades psiquiátricas de hospitales para condiciones agudas generales y en centros administrados por el estado, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas neuropsicológicas y psicológicas.</li> <li>• Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes internos son pedidos por un tribunal competente según las estipulaciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, relacionado con las internaciones en centros psiquiátricos ordenadas por el tribunal, la orden del tribunal funciona como una determinación vinculante de necesidad médica. Toda modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con competencia en la materia que se determinará.</li> <li>• No requiere una orden médica del prestador principal de servicios médicos.</li> </ul>	<p>No es un beneficio incluido en la cobertura.</p>

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
<p>Servicios de salud mental para pacientes externos</p>	<p>Servicios de salud mental, incluidos los servicios por trastornos mentales graves, brindados de manera externa; por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las consultas pueden hacerse en diversos lugares de la comunidad (por ejemplo, en escuelas y en el hogar) o en un centro administrado por el estado. <ul style="list-style-type: none"> <li>– pruebas neuropsicológicas y psicológicas;</li> <li>– manejo de medicamentos;</li> <li>– tratamiento diurno de rehabilitación;</li> <li>– servicios de tratamiento residencial;</li> <li>– servicios subagudos para pacientes externos (hospitalización parcial o tratamiento diurno de rehabilitación).</li> </ul> </li> <li>• Entrenamiento de habilidades (desarrollo psicoeducativo de habilidades).</li> <li>• Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes externos son pedidos por un tribunal competente según las estipulaciones de los capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, relacionado con las internaciones en centros psiquiátricos ordenadas por el tribunal, la orden del tribunal funciona como una determinación vinculante de necesidad médica. Toda modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con competencia en la materia que se determinará.</li> <li>• Un profesional de salud mental calificados/servicios comunitarios (QMHP-CS, en inglés), como los define el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas en el Código Administrativo de Texas (TAC, en inglés), título 25, parte I, capítulo 412, subcapítulo G, división 1, §412.303(48). Los QMHP-CS deben ser profesional de la salud que trabajan a través de una autoridad local de salud mental contratada por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas o por alguna otra entidad contratada por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. Los QMHP-CS deben ser supervisados por un médico o un profesional en salud mental con licencia, y deben prestar servicios de acuerdo con las normas del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. Estos servicios incluyen el entrenamiento en habilidades para grupos o una persona (que pueden ser componentes de intervenciones, como tratamiento diurno y servicios en el hogar), educación del paciente y de la familia, y servicios de crisis.</li> <li>• No requiere una orden médica del prestador principal de servicios médicos.</li> </ul>	<p>No es un beneficio incluido en la cobertura.</p>

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internos	<p>Los servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes internos y residenciales, que incluyen desintoxicación y estabilización de crisis, y programas de rehabilitación residencial las 24 horas.</li> <li>• No requiere una orden médica del prestador principal de servicios médicos.</li> </ul>	No es un beneficio incluido en la cobertura.
Servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes externos	<p>Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de prevención e intervención que son ofrecidos por profesionales médicos y no médicos, como detección, evaluación y órdenes médicas por trastornos de dependencia química.</li> <li>• Servicios intensivos para pacientes externos.</li> <li>• Hospitalización parcial.</li> <li>• Servicios intensivos para pacientes externos, que se definen como servicio organizado no residencial que ofrece terapia estructurada para grupos o una persona, servicios educativos y entrenamiento para manejarse en la vida, que dura, como mínimo, 10 horas por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas al día.</li> <li>• Servicio de tratamiento para pacientes externos, que se define como un servicio que ofrece, por lo menos, una o dos horas por semana de terapia estructurada para grupos o una persona, servicios educativos y entrenamiento para manejarse en la vida.</li> <li>• No requiere una orden médica del prestador principal de servicios médicos.</li> </ul>	No es un beneficio incluido en la cobertura.
Servicios de rehabilitación	<p>Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de habilitación (el proceso de ofrecer al niño los medios para alcanzar las metas importantes del desarrollo adecuadas para su edad, por medio de la terapia o el tratamiento) y de rehabilitación, que incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• fisioterapia, terapia ocupacional y del habla;</li> <li>• evaluación del desarrollo.</li> </ul> </li> </ul>	No es un beneficio incluido en la cobertura.
Servicios de cuidados paliativos	<p>Los servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cuidados paliativos, que incluye servicios médicos y de apoyo, para niños que tienen seis (6) meses de vida o menos, para brindarles a los pacientes comodidad en las últimas semanas y meses de vida;</li> <li>• servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal;</li> <li>• hasta un máximo de 120 días, con 6 meses de esperanza de vida;</li> <li>• los pacientes que eligen los servicios de cuidados paliativos pueden cancelarlos en cualquier momento;</li> <li>• los servicios se aplican al diagnóstico de cuidados paliativos.</li> </ul>	No es un beneficio incluido en la cobertura.

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
<p>Servicios de emergencia, incluidos los servicios de emergencia en hospital y los de médicos y de ambulancia.</p>	<p>La Organización de Atención Médica Administrada (MCO, en inglés) no puede exigir una autorización como condición de pago para los situaciones de emergencia ni para el trabajo de parto y el parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, lo siguiente:</li> <li>• servicios de emergencia basados en la definición de problema médico de emergencia según el criterio de una persona prudente;</li> <li>• servicios en la sala del departamento de emergencias del hospital, servicios auxiliares y servicios de médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, brindados por profesionales de la salud que forman parte de la red o no;</li> <li>• exámenes médicos de detección;</li> <li>• servicios de estabilización;</li> <li>• Acceso a hospitales o centros de trauma de nivel I y II designados por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, que tienen que cumplir con niveles equivalentes de atención para brindar servicios de emergencia;</li> <li>• transporte de emergencia, por tierra, aire o agua;</li> <li>• servicios dentales de emergencia, limitados a fractura o dislocación de la mandíbula, daño traumático a los dientes, eliminación de quistes y tratamiento relacionado con abscesos orales del diente o la encía.</li> </ul>	<p>La Organización de Atención Médica Administrada no puede exigir una autorización como condición de pago para los situaciones de emergencia relacionadas con el trabajo de parto y el parto.</p> <p>Los servicios con cobertura se limitan a los servicios de emergencia que están directamente relacionados con el parto del niño por nacer hasta el nacimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de emergencia basados en la definición de problema médico de emergencia según el criterio de una persona prudente;</li> <li>• exámenes médicos de detección para establecer la emergencia cuando está directamente relacionado con el parto del hijo por nacer con cobertura;</li> <li>• servicios de estabilización relacionados con el parto y el trabajo de parto del hijo por nacer con cobertura;</li> <li>• el transporte de emergencia por tierra, aire y agua para partos o amenazas de trabajo de parto es un beneficio incluido en la cobertura;</li> <li>• EL transporte de emergencia por tierra, aire y agua para emergencias asociadas con (a) el aborto espontáneo o (b) el embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero) es un beneficio incluido en la cobertura.</li> </ul> <p>Límites de beneficios: Los servicios posteriores al parto o las complicaciones que surgen de la necesidad de servicios de emergencia para la madre del asegurado con CHIP Perinatal no son beneficios incluidos en la cobertura.</p>
<p>Trasplantes</p>	<p>Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con pautas actualizadas de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, en inglés), todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos no experimentales, y todas las formas de trasplantes de córnea, médula ósea y células madre periféricas no experimentales, incluidos los gastos médicos del donante.</li> </ul>	<p>No es un beneficio incluido en la cobertura.</p>

# Parte 18

BENEFICIO INCLUIDO	ASEGURADOS DE CHIP Y ASEGURADOS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	ASEGURADOS DE CHIP PERINATAL (niño por nacer)
Beneficios de servicios para la vista	<p>El seguro de gastos médicos puede limitar razonablemente el costo de los armazones y lentes.</p> <p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un (1) examen ocular para determinar la necesidad y la receta médica de lentes correctivos por período de 12 meses, sin autorización;</li> <li>• un (1) par de anteojos no protésicos por cada período de 12 meses.</li> </ul>	No es un beneficio incluido en la cobertura.
Servicios quiroprácticos	Los servicios no requieren receta médica y se limitan a la subluxación vertebral.	No es un beneficio incluido en la cobertura.
Programa para dejar de fumar	<p>Se cubre hasta el límite de \$100 durante un período de 12 meses para un programa aprobado por el seguro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La aseguradora define lo que es un programa aprobado por el seguro.</li> <li>• Pueden estar sujetos a requisitos de formulario.</li> </ul>	No es un beneficio incluido en la cobertura.
Servicios de administración de casos clínicos y coordinación de atención médica	Estos servicios incluyen alcance de información, administración de casos clínicos, coordinación de atención médica y referidos a servicios comunitarios.	Beneficio incluido en la cobertura.
Beneficios de medicamentos	<p>Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos y productos biológicos para pacientes externos; incluidos los medicamentos y los productos biológicos para pacientes externos preparados en farmacias y administrados por el profesional de la salud;</li> <li>• medicamentos y productos biológicos para pacientes externos.</li> </ul>	<p>Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos y productos biológicos para pacientes externos; incluidos los medicamentos y los productos biológicos para pacientes externos preparados en farmacias y administrados por el profesional de la salud;</li> <li>• medicamentos y productos biológicos para pacientes externos.</li> </ul> <p>Los servicios deben ser medicamento necesarios para el niño por nacer.</p>

Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o para obtener interpretación oral o escrita para entender la información que se le brinda, lo que incluye materiales en formatos alternativos, como letra grande, braille u otros idiomas, llame al Servicio al Cliente de CHIP de BCBSTX al 1-888-657-6061 (TTY/TDD 7-1-1).

Blue Cross and Blue Shield of Texas cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Texas no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hsc.net). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-710-6984 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

اب. بشاب یم مهارف امش یارب ناگیار تروص هب ینابز تلایهست، دینک یم وگتفگ یسراف نابز هب رگا: هجوت 1-855-710-6984 (TTY: 711) دیریگب سامت.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

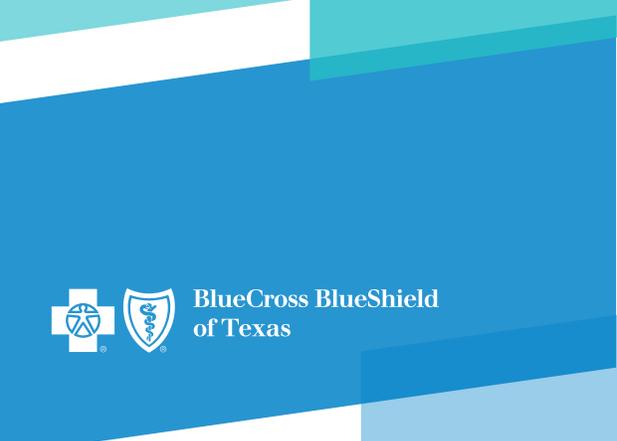
સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄຸ່ມນີ້ມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-710-6984 (TTY: 711).





BlueCross BlueShield  
of Texas

