

Área de servicio del condado de Travis



Manual para asegurados de la cobertura **CHIP**

Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente: **1-888-657-6061**; TTY: **711**
espanol.bcbstx.com/medicaid

Vigente a partir de septiembre de 2026

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

CHIPM-6284-0626

729420.0926

¡Le damos la bienvenida!

Le damos la bienvenida a Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX). Gracias por elegir nuestra cobertura médica. Como valioso asegurado de BCBSTX, le ofrecemos este manual con información necesaria para ayudarle a aprovechar al máximo su cobertura médica. Nuestro objetivo es brindar atención médica a todos los asegurados de manera competente culturalmente, sin importar el sexo, la orientación sexual o la identidad de género.

Si necesita este manual en otro formato o idioma, como CD de audio, texto en letras grandes, en braille o en otro idioma además de inglés y español, llame sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061**. Comuníquese también con un especialista en Servicio al Cliente si desea una copia impresa del manual para asegurados, del directorio de prestadores de servicios médicos o de cualquier otro material que le ayude a entender los servicios con cobertura. Las solicitudes en inglés y español se completarán sin costo en un período de cinco días hábiles. Es posible que se necesite más tiempo para completar las solicitudes de traducción de materiales en otros idiomas.

Lea este manual para obtener información sobre cómo funciona su cobertura. Tiene que obtener nuestra aprobación* con anticipación para que algunos tipos de atención médica especializada se incluyan en la cobertura.

Recuerde consultar a profesionales médicos que participen en la red de BCBSTX. Si la red no cuenta con un profesional médico que pueda proporcionar la atención que usted necesita, su prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés) solicitará nuestra aprobación para referirle a un profesional médico que no participe en la red. Si obtiene atención médica que no sea de emergencia con un prestador de servicios médicos que no participe en la red antes de obtener nuestra aprobación, es posible que usted tenga que pagarle al Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés) por ese servicio médico.

No necesita nuestra aprobación para consultar a un PCP que participe en la red o para recibir atención médica inmediata ni de emergencia. Tampoco necesita nuestra aprobación para obtener referidos** de su PCP a fin de consultar a prestadores de servicios médicos de planificación familiar.

En este manual, las palabras “usted”, “mi” y “yo” hacen referencia a usted como asegurado con cobertura CHIP. Las palabras “mi hijo” o “mi hija” hacen referencia a su hijo si es un asegurado con cobertura CHIP o un asegurado recién nacido con cobertura CHIP Perinate.

Se le envió por separado su tarjeta de asegurado. En la tarjeta de asegurado figura su PCP. Si quiere cambiarlo, elija uno del *Directorio de prestadores de servicios médicos* de BCBSTX. Puede iniciar sesión en el portal protegido Blue Access for MembersSM (BAMSM) para hacer un cambio de PCP o llamar a un especialista en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** o TTY **711** para recibir ayuda con este asunto.

Los números de teléfono del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente y de la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line aparecen al final de cada página de este manual.

Estamos a sus órdenes.

*En este manual, usamos el término “aprobación” para referirnos a la autorización previa.

**En este manual, usamos el término “referido” para referirnos al proceso por el cual un profesional médico le recomienda a un asegurado que consulte a otro profesional o especialista. En BCBSTX, no se exige la documentación de estos referidos.

Índice

Área de servicio de BCBSTX	1
----------------------------------	---

Parte 1

Cómo usar este manual	2
Medidas importantes que debe tomar ..	2

Números de teléfono importantes	3
---------------------------------	---

Parte 2

Tarjeta de asegurado de BCBSTX ...	6
Cómo usar su tarjeta de asegurado	6
Cómo reemplazar una tarjeta de asegurado de BCBSTX si la pierde:	6
Cómo leer su tarjeta de asegurado	6

Parte 3

Cómo elegir a un prestador de servicios médicos	8
Cómo elegir a un prestador de atención médica primaria (PCP)	8

Parte 4

Cómo usar la cobertura médica de BCBSTX	8
Cómo programar una cita con el PCP su hijo	8
Primer chequeo preventivo para niños .	9
Blue Access for Members	9
Planes de incentivos para médicos	9
Cómo cambiar su PCP o el de su hijo ...	10
Directorio de prestadores de servicios médicos/Provider Finder®, nuestro directorio en línea	10

Parte 5

Su prestador de servicios médicos perinatales de CHIP Perinate	11
Cómo elegir un prestador de servicios médicos perinatales	11

Parte 6

Acceso a la atención médica: coberturas CHIP y CHIP Perinate para recién nacidos	12
Solicitud de cobertura médica	12
Atención médica especializada	13
Referidos	14
Autorizaciones previas	14
Segundas opiniones	14
Cómo renovar los beneficios y servicios	15
Cómo cambiar de cobertura médica	15

Parte 7

Acceso a la atención médica: CHIP Perinate	16
Solicitud de cobertura y elegibilidad	16
Qué hacer cuando se acabe su elegibilidad	17
Cómo cambiar de cobertura médica	17
Atención médica fuera del área	18

Parte 8

Servicios de rutina, urgencia y emergencia	19
Medicamento necesario	19
Atención médica de rutina	19
Atención médica inmediata	20
Atención médica de emergencia	20
Para asegurados con cobertura CHIP y recién nacidos con cobertura CHIP Perinate	20
Para asegurados con cobertura CHIP Perinate	21
Qué hacer en caso de una emergencia	22
Posestabilización	22

Parte 9

Servicios incluidos: coberturas CHIP y CHIP Perinate para recién nacidos 22

Servicios incluidos en la cobertura	24
Consultas preventivas para niños	26
Coordinación de servicios	27
Servicios de salud mental para asegurados con cobertura CHIP	27
Apoyo en situaciones de crisis y emergencia	28
Programa para dejar de fumar	28
Servicios dentales	28
Programa Intervención Temprana en la Infancia	29
Servicios de atención médica para la mujer	29
Atención durante el embarazo	30
¿Necesito un referido?	30
Servicios para la vista	31
Copagos y gastos compartidos	31

Parte 10

Servicios incluidos: cobertura CHIP Perinate 34

¿Cuáles son los beneficios y servicios de CHIP Perinatal para mi hijo por nacer?	34
--	----

Parte 11

Servicios con valor agregado 35

Beneficio adicional para obtener traslados	36
Línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line	38
Tarjeta de regalo por chequeos para niños y adolescentes	39
Tarjeta de regalo de incentivo por la vacuna contra el papilomavirus humano	39
Mejora de artículos para la vista (para niños)	39
Exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos	40
Recompensa por actividades de salud y bienestar	40
Clases en línea prenatales, posparto y para afrontar un duelo	40
Tarjeta de regalo por consulta prenatal	41
Educación sobre la lactancia a través del programa Special Beginnings®.	41
Tarjeta de regalo por consulta posparto	42
Servicios de entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria .	42
Servicios dentales para asegurados adultos	42
Programa de salud y bienestar Blue365®	42
Learn to Live: plataforma en línea sobre salud mental	43

Parte 12

Servicios en farmacias y de medicamentos con receta 43

- Para asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinate 43
- Para asegurados con cobertura CHIP Perinate 44
- Lista de medicamentos preferenciales 44
- Suministros limitados de atención médica a domicilio 45
- Cómo buscar una farmacia de la red ... 45
- Servicios de transporte para ir a la farmacia 45
- Farmacia con entrega de medicamentos a domicilio 46

Parte 13

Programas para ayudarle a estar saludable 46

- Coordinación de servicios 46
- ¿Qué otros servicios puede BCBSTX ayudarme a obtener? 47
- Cómo recibir otros servicios 48

Parte 14

Ayuda con servicios especiales 48

- Ayuda en otros idiomas 48
- Ayuda para asegurados con impedimentos auditivos o de la vista ... 49
- Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades 49
- Asegurados con necesidades especiales de atención médica 49

Parte 15

Cómo resolver un problema 50

- Quejas 50
- Apelaciones 51
- Apelaciones por servicios de farmacia . 52
- Apelaciones aceleradas 52
- Organización revisora independiente .. 53

Parte 16

Otros datos que quizá necesite saber 54

- Si ya no podemos brindarle nuestros servicios 54
- ¿Qué ocurre si recibo una factura del médico de mi hijo o del mío?
- ¿Qué ocurre si recibo una factura de un prestador de servicios médicos perinatales? 55
- Si usted tiene otro seguro 56
- Nuevos tratamientos médicos 56
- Mejoramiento de la calidad 56
- Evidencia de cobertura 56
- Políticas de privacidad 57
- Los expedientes médicos de su hijo 57
- Instrucciones anticipadas (testamento vital) 57
- Cambios en el programa 57
- Cómo denunciar malgasto, abuso o fraude en CHIP 57
- Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos 58
- Aviso estatal de prácticas de privacidad 63

Parte 17

Sus derechos y obligaciones de atención médica 64

- Derechos de los asegurados 64
- Obligaciones de los asegurados 66
- Para asegurados con cobertura CHIP Perinate 67

Parte 18

Definiciones 68

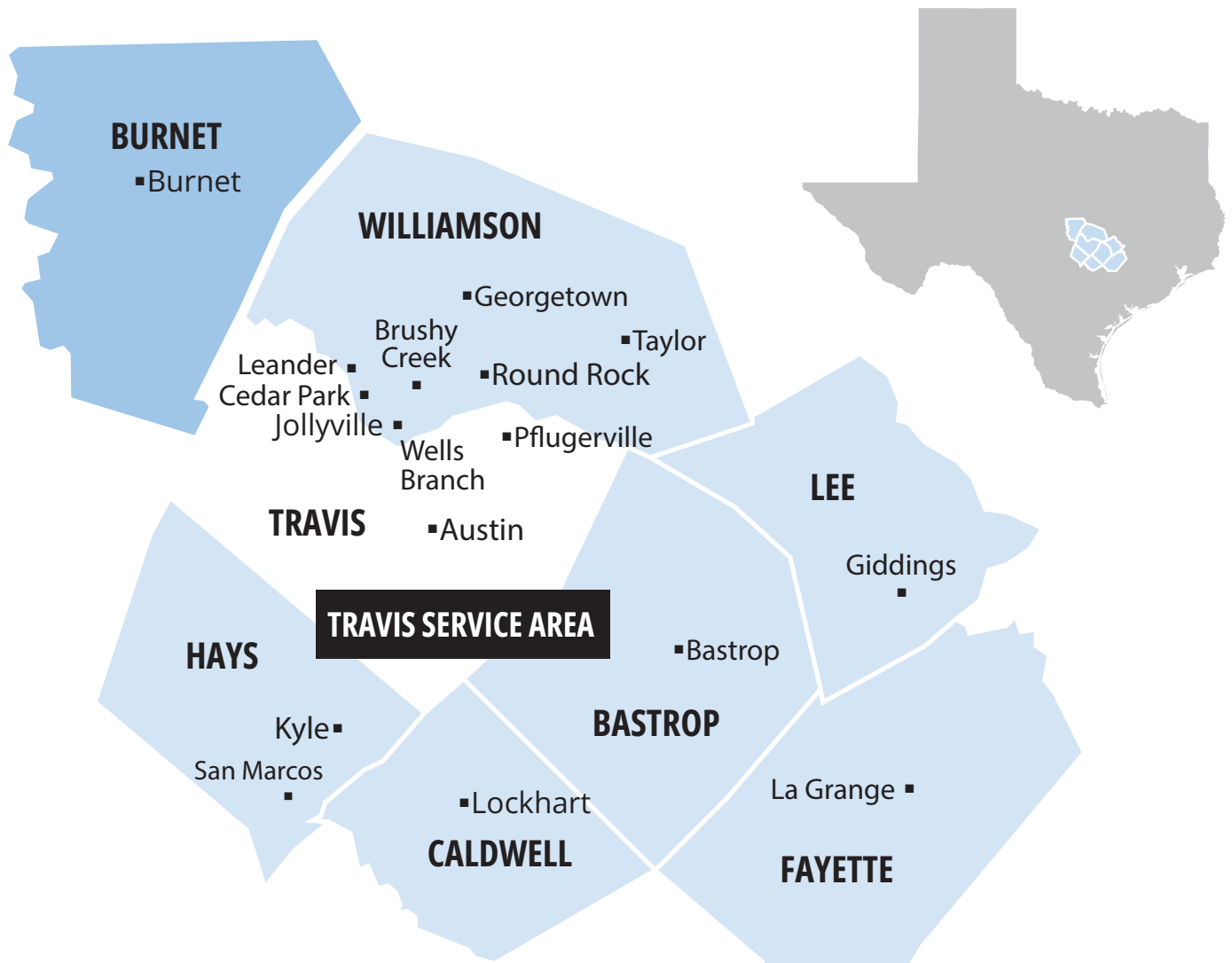
Parte 19

Detalles sobre los servicios incluidos en la cobertura CHIP 75

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Área de servicio de BCBSTX

Usted podría ser elegible para solicitar la cobertura médica del programa CHIP de BCBSTX si vive en uno de los siguientes condados: Bastrop, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lee, Travis y Williamson.



Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Parte 1

Cómo usar este manual

Medidas importantes que debe tomar

Elija un prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés)

El PCP es su profesional médico principal. En la tarjeta de asegurado de BCBSTX se incluirá el nombre de su PCP o del PCP de su hijo. Si desea cambiar de PCP, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Programe una cita

- Programe de inmediato un examen de chequeo preventivo para niños con su PCP. Un médico debe atender a su hijo dentro de los 90 días siguientes al inicio de su cobertura de BCBSTX para que se le realice un chequeo preventivo para niños. Un médico debe atender a los recién nacidos dentro de los 14 días posteriores al nacimiento.
- Las aseguradas de CHIP Perinate deben programar una primera consulta con un prestador de servicios médicos de obstetricia y ginecología (OB/GYN, en inglés) dentro de los 42 días siguientes al inicio de la cobertura o dentro de las primeras 12 semanas de embarazo.

En caso de una emergencia

- Si usted o su hijo tienen una emergencia, busque ayuda de inmediato. Llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana para recibir atención médica. Tendrá cobertura para los servicios de emergencia, incluso si el prestador de servicios médicos no participa en la red de BCBSTX.
- Si tiene un problema de salud o alguna pregunta que no sea de emergencia, puede comunicarse sin costo con la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**. Cuando llame, tenga a la mano su tarjeta de asegurado de BCBSTX, ya que el enfermero le pedirá el número de asegurado. Le ayudarán para que usted reciba la atención médica que necesita.

Inscríbase en el portal protegido Blue Access for MembersSM (BAMSM)

En nuestro portal protegido para asegurados, puede solicitar una nueva tarjeta de asegurado, ver los servicios incluidos, encontrar médicos y hospitales, y mucho más. Ingrese en espanol.bcbstx.com/medicaid para inscribirse.

Para nosotros, usted es importante. Queremos ayudarlo a recibir la atención médica que necesita. Gracias por elegir BCBSTX.

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Números de teléfono importantes

211 Texas

211

Línea telefónica para obtener información y referidos para los siguientes servicios en el estado de Texas: alimentos, vivienda, servicios para personas de la tercera edad, servicios médicos, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés), Medicaid y CHIP.

Línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line

1-844-971-8906 (TTY* 711)

Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente

1-888-657-6061

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. hora del centro, excepto los días feriados aprobados por el Estado.

Después del horario de atención y los fines de semana, si tiene preguntas que no sean urgentes, puede dejar un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. Ofrecemos ayuda en inglés y en español. Contamos con servicios de interpretación.

En caso de emergencia, llame al **911**.

Línea TTY del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente: **711** (después del horario de atención y los fines de semana, llame al Servicio de Relay de Texas al número de la página 4).

Asesor para asegurados con cobertura CHIP

1-877-375-9097 (TTY: 711).

Línea de ayuda del programa CHIP

1-800-964-2777

Contratistas dentales para asegurados con cobertura CHIP y recién nacidos con cobertura CHIP Perinate

DentaQuest

1-800-516-0165

MCNA Dental

1-800-494-6262

Departamento de Servicios Auxiliares y Rehabilitación (DARS, en inglés)

1-800-628-5115

Servicios para el manejo de enfermedades

1-877-214-5630

Beneficio adicional para obtener traslados (MTM Health)

1-866-824-1565 (TTY: 711)

Línea de emergencias de salud mental y por consumo de sustancias

1-888-657-6061

Esta línea ofrece atención en inglés y español, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación. En caso de emergencia, llame al **911**. TTY: **711**.

Maximus, corredor de seguros responsable de las solicitudes de cobertura

1-800-964-2777

*Las líneas TTY se reservan para el uso exclusivo por parte de asegurados con problemas de habla o audición.

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: 711), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Línea directa nacional de salud mental materna

1-833-TLC-MAMA (1-833-852-6262), TTY: 711

Llame o envíe un mensaje de texto para recibir apoyo de un consejero profesional antes, durante y después del embarazo si se siente agobiada o deprimida. La línea directa está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pueden brindarle recursos, referidos y otro tipo de información.

National Poison Control Center (Centro para el Control de Casos de Intoxicación)

1-800-222-1222

Las llamadas se transfieren a la oficina más cercana.

Special Beginnings

1-888-421-7781

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

1-866-566-8989

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas

Programa de salud materno-infantil

1-512-776-7373

Servicio de asistencia del registro de vacunas de Texas

1-800-348-9158

División de Vacunación

1-800-252-9152

Servicio de Relay de Texas o 711*

1-800-735-2989

Programa para dejar de fumar

1-877-937-7848 (TTY: 711)

Llame para unirse al programa si necesita ayuda para dejar de fumar. Durante el programa, recibirá apoyo, asesoramiento y educación.

Servicios para la vista (cuidado de los ojos)

1-888-657-6061

Programa para Mujeres, Bebés y Niños

1-800-942-3678

Tarjeta Medicaid *Your Texas Benefits*

1-855-827-3748 o 211

www.yourtexasbenefits.com (haga clic en "Español").

Línea telefónica en caso de crisis y suicidio

988

Llame o envíe un mensaje de texto al **988** para recibir apoyo para cualquier persona que esté experimentando una crisis de salud mental o por consumo de sustancias. Un consejero capacitado en casos de crisis puede brindarle apoyo gratuito y confidencial. La línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

*Las líneas TTY se reservan para el uso exclusivo por parte de asegurados con problemas de habla o audición.

Blue365 es un programa de descuentos exclusivo para los asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX). NO es un seguro médico. Su cobertura médica podría incluir algunos de los servicios ofrecidos a través de este programa. Los asegurados deben consultar su certificado de beneficios y servicios médicos o llamar al número de Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de asegurado para obtener información específica sobre los beneficios y servicios. Usar Blue365 no modifica los pagos mensuales, y los costos de los servicios o productos no se contabilizan para los montos máximos o deducibles de la cobertura. Los descuentos solo se conceden mediante los proveedores que participan en este programa. BCBSTX no da ninguna garantía, afirmación o recomendación sobre los servicios o productos del programa. Los asegurados deben consultar a su médico antes de utilizar estos servicios y productos. BCBSTX se reserva el derecho de suspender o modificar este programa en cualquier momento sin previo aviso. BCBSTX y los proveedores de Blue365 mantienen una relación laboral en calidad de contratistas independientes.

DentaQuest es una compañía independiente que proporciona servicios para la salud dental para las coberturas de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Findhelp, anteriormente Aunt Bertha, es una compañía independiente que ofrece listas de recursos comunitarios y programas de descuento para los asegurados de BCBSTX.

Learn to Live ofrece programas educativos de salud mental. Los asegurados que consideran obtener tratamiento médico adicional deben consultar con un médico. Learn to Live, Inc., es una compañía independiente que ofrece programas y recursos de salud mental en línea para asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

MTM Health es una compañía independiente que tiene un contrato con Blue Cross and Blue Shield of Texas para proporcionar servicios de transporte a los asegurados con cobertura de BCBSTX.

Start Hearing, Beltone™, HearUSA y TruHearing® brindan los servicios para el cuidado auditivo. ContactsDirect®, Croakies, Davis VisionSM, EyeMed Vision Care, Glasses.com, Jonathan Paul Fitovers y LasikPlus® brindan los servicios para la vista.

Walgreens Mail Service es una farmacia aparte, independiente y central de medicamentos especializados con servicio de entrega a domicilio.

BCBSTX no recomienda, garantiza ni avala a ningún proveedor externo ni a los productos o servicios que ofrecen. BCBSTX cumple con todas las leyes federales y estatales aplicables.

Parte 2

Tarjeta de asegurado de BCBSTX

Cómo usar su tarjeta de asegurado

Presente la tarjeta de asegurado de BCBSTX al médico u otro prestador de servicios médicos, o en el hospital, cuando usted o su hijo acudan para recibir servicios de atención médica.

Siempre lleve con usted la tarjeta de asegurado de BCBSTX por si tiene una emergencia. Únicamente la persona que se menciona en la tarjeta puede obtener los servicios con este número de tarjeta de asegurado de BCBSTX. Si usted permite que otra persona use la tarjeta, usted o su hijo podrían perder la cobertura CHIP.

Si usted o su hijo necesitan una nueva tarjeta de asegurado o si no la tienen, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al número que se menciona a continuación. Los asegurados que tengan impedimentos auditivos o del habla pueden comunicarse con nuestra línea TTY.

Recibirá una nueva tarjeta de asegurado de BCBSTX en los siguientes casos:

- si usted cambia de PCP;
- si cambia la dirección o el número de teléfono de su PCP;
- si la tarjeta de asegurado se pierde.

Cómo reemplazar una tarjeta de asegurado de BCBSTX si la pierde:

Si usted o su hijo necesitan una nueva tarjeta de asegurado de BCBSTX o si no la tienen, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al número que se menciona a continuación. Los asegurados que tengan impedimentos

auditivos o del habla pueden comunicarse con nuestra línea TTY. También puede solicitar una nueva tarjeta de asegurado de BCBSTX e imprimir una tarjeta provisional ingresando en Blue Access for Members (BAMSM), el portal protegido para asegurados de BCBSTX. Para ingresar en BAM, visite espanol.bcbstx.com/medicaid y haga clic en el botón “Iniciar sesión” (*Log In*), en la parte superior derecha de la pantalla.

Cómo leer su tarjeta de asegurado

La tarjeta de asegurado de BCBSTX incluye la siguiente información importante:

- nombre;
- número de asegurado;
- número de titular de la póliza;
- fecha de entrada en vigor;
- nombre y número de teléfono del PCP;
- información de copago (si aplica);
- el nombre BCBSTX y la dirección correspondiente;
- números de teléfono importantes, por ejemplo, el del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente y TTY, el de la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line, el de servicios para la salud mental y el de los servicios de farmacia;
- qué hacer en caso de emergencia;
- instrucciones para recibir ayuda en español.

A continuación, se incluye un ejemplo de cómo es la tarjeta.

Tarjeta de asegurado con cobertura CHIP de BCBSTX

 	
Member Name: <F_NAM M_INIT L_NAME> Alpha Prefix: ZGC Subscriber ID: <SBSB_ID> CHIP ID No: <MEME_MEDCD_NO>	PCP: <PRPR_NAME> <PRAD_PHONE>
PCP Effective Date: <MEPR_DT>	Office Visit/ Visitas al consultorio: SXX Non-Emergency ER/ No emergencias en la ER: SXX Hospital per admit/ por hospital admiten: SXX Emergency Room/ Emergencia Room/ SXX Pharmacy (Brand)/ Farmacia (marca): SXX Pharmacy (Generic)/ Farmacia (genérico): SXX
Rx Group No.: <RXG2> Rx BIN: 011552 Rx PCN: TXCAID PBM: PRIME	

Show this BCBS card to your health care provider each time you get covered services. You may need preapproval. Direct to the closest emergency room. This ID only and does not prove eligibility.

Presente esta tarjeta cada vez que reciba servicios que cubra su plan. Puede que algunos servicios necesiten aprobación previa.

Instrucciones en caso de emergencia: Llame al 9-1-1 o acuda a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al médico de cabecera (PCP) de su hijo dentro de las siguientes 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta es para identificar al asegurado y no determina elegibilidad.

All providers file claims to:
 BCBSTX
 PO Box 650712
 Dallas, TX 75265-0712

Card Issued December 01, 2023
 Expedida el 01 de diciembre del 2023

Tarjeta de asegurado con cobertura CHIP Perinatal (menos del 185% del Índice Federal de Pobreza)

 	
Member Name: <F_NAM M_INIT L_NAME> Alpha Prefix: ZGE Subscriber ID: <SBSB_ID> CHIP ID No: <MEME_MEDCD_NO>	PCP: N/A N/A
Effective Date: <MEIA_REQ_DT>	Rx Group No.: <RXG2> Rx BIN: 011552 Rx PCN: TXCAID PBM: PRIME

Show this BCBS card to your health care provider each time you get covered services. You may need preapproval. Direct to the closest emergency room. This ID only and does not prove eligibility.

Presente esta tarjeta cada vez que reciba servicios que cubra su plan. Puede que algunos servicios necesiten aprobación previa.

Instrucciones en caso de emergencia: Llame al 9-1-1 o acuda a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al médico de cabecera (PCP) de su hijo dentro de las siguientes 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta es para identificar al asegurado y no determina elegibilidad.

For emergency care received outside of Texas: Hospital and physicians should file claims to the local BCBS plan. Para servicios médicos de emergencia recibidos fuera del Estado de Texas: Hospitales y médicos deben presentar la documentación ante el plan de BCBSTX.

24-Hour Nurse Hotline/Línea de enfermería (24 h): 1-844-971-8906
 TTY: 711
 Prescription Drug/ Medicamentos Recetados: 1-888-657-6061
 TTY: 711

Hospital Facility Billing: Professional/Other
 TMIP: BCBSTX
 P.O. Box 200555: BCBSTX
 Austin, TX 78720-0555: P.O. Box 51422
 Amarillo, TX 79159-1422
 Card Issued August 9, 2018
 Expedida el 9 de agosto del 2018

Tarjeta de asegurado con cobertura CHIP Perinatal (más del 185% del Índice Federal de Pobreza)

 	
Member Name: <F_NAM M_INIT L_NAME> Alpha Prefix: ZGE Subscriber ID: <SBSB_ID> CHIP ID No: <MEME_MEDCD_NO>	PCP: N/A N/A
Effective Date: <MEIA_REQ_DT>	Rx Group No.: <RXG2> Rx BIN: 011552 Rx PCN: TXCAID PBM: PRIME

Show this BCBS card to your health care provider each time you get covered services. You may need preapproval. Direct to the closest emergency room. This ID only and does not prove eligibility.

Presente esta tarjeta cada vez que reciba servicios que cubra su plan. Puede que algunos servicios necesiten aprobación previa.

Instrucciones en caso de emergencia: Llame al 9-1-1 o acuda a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al médico de cabecera (PCP) de su hijo dentro de las siguientes 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta es para identificar al asegurado y no determina elegibilidad.

All providers file claims to:
 BCBSTX
 PO Box 650712
 Dallas, TX 75265-0712

Card Issued August 9, 2018
 Expedida el 9 de agosto del 2018

Tarjeta de asegurado con cobertura CHIP Perinatal (recién nacido)

 	
Member Name: <F_NAM M_INIT L_NAME> Alpha Prefix: ZGE Subscriber ID: <SBSB_ID> CHIP ID No: <MEME_MEDCD_NO>	PCP: <PRPR_NAME> <PRAD_PHONE>
PCP Effective Date: <MEPR_DT>	Rx Group No.: <RXG2> Rx BIN: 011552 Rx PCN: TXCAID PBM: PRIME

Show this BCBS card to your health care provider each time you get covered services. You may need preapproval. Direct to the closest emergency room. This ID only and does not prove eligibility.

Presente esta tarjeta cada vez que reciba servicios que cubra su plan. Puede que algunos servicios necesiten aprobación previa.

Instrucciones en caso de emergencia: Llame al 9-1-1 o acuda a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al médico de cabecera (PCP) de su hijo dentro de las siguientes 24 horas o tan pronto como sea posible. Esta tarjeta es para identificar al asegurado y no determina elegibilidad.

For CHIP Perinate newborns no co-payment or cost-sharing for covered services. Servicios incluidos en la cobertura CHIP Perinate para recién nacidos no requieren copagos ni gastos.

24-Hour Nurse Hotline/Línea de enfermería (24 h): 1-844-971-8906
 TTY: 711
 Prescription Drug/ Medicamentos recetados: 1-888-657-6061
 TTY: 711

Hospital Facility Billing: Professional/Other
 TMIP: BCBSTX
 P.O. Box 200555: BCBSTX
 Austin, TX 78720-0555: P.O. Box 51422
 Amarillo, TX 79159-1422
 Card Issued December 01, 2023
 Expedida el 01 de diciembre del 2023

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: 711), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Parte 3

Cómo elegir a un prestador de servicios médicos

Cómo elegir a un prestador de atención médica primaria (PCP)

¿Qué es un prestador de atención médica primaria?

El prestador de atención médica primaria (PCP, en inglés) es su médico principal, o el de su hijo. En su tarjeta de asegurado de BCBSTX o la de su hijo, encontrará el nombre y el número de teléfono del PCP que haya elegido o que le hayan asignado, si no eligió uno.

Un PCP puede ser uno de los siguientes profesionales:

- un pediatra;
- un médico general o de familia;
- un internista;
- un ginecólogo-obstetra (OB/GYN, en inglés);
- un practicante de enfermería (NP, en inglés);
- un asociado médico (PA, en inglés);
- un Centro de salud acreditado por el gobierno federal (FQHC, en inglés);
- una clínica rural (RHC, en inglés).

¿Puedo elegir una clínica como mi PCP o el de mi hijo?

Las clínicas, por ejemplo, los Centros de salud acreditados por el gobierno federal y las clínicas rurales también pueden ser prestadores principales de servicios médicos.

¿Puedo elegir a un PCP para mi bebé antes de que nazca? ¿A quién debo llamar? ¿Qué información necesitan?

Puede escoger a un PCP para su bebé antes o después del nacimiento. Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para elegir al PCP de su bebé. Se le pedirá que proporcione su nombre y el número de asegurado. Puede encontrar su número de asegurado en su tarjeta de BCBSTX. Si no elige a un PCP, elegiremos uno por usted.

Parte 4

Cómo usar la cobertura médica de BCBSTX

Cómo programar una cita con el PCP su hijo

Llame al PCP de su hijo para programar una cita. Informe al médico que su hijo es un asegurado con cobertura CHIP. Tenga a la mano la tarjeta de asegurado de BCBSTX cuando llame. Es posible que le pregunten el número de asegurado que aparece en ella. Si necesita un traslado para acudir a la cita, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

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

Asegúrese de llevar a la cita la tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo. Llegue a tiempo a las citas. Llame al consultorio del médico lo antes posible en los siguientes casos:

- si llegará tarde a la cita;
- si no puede acudir a la cita de su hijo.

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

De esta manera, todos pasarán menos tiempo en la sala de espera. Es posible que el PCP no pueda atenderlo si llega tarde.

Primer chequeo preventivo para niños

La primera consulta con el nuevo PCP de su hijo es importante. Es el momento en que se conocerán y hablarán acerca de la salud de su hijo.

El médico hará lo siguiente:

- Conocerá a su hijo y hablará acerca de la salud del niño.
- Le ayudará a entender las necesidades médicas de su hijo.
- Le enseñará maneras de mejorar la salud de su hijo o ayudarlo a mantenerse saludable.

Pedimos a todos los asegurados nuevos que consulten a su PCP lo antes posible, en los primeros 90 días del inicio de su cobertura de BCBSTX. Llame hoy mismo al PCP de su hijo para programar una cita. Los recién nacidos deben consultar al PCP, a más tardar, 14 días después del inicio de su cobertura de BCBSTX. Necesitan tener por lo menos seis consultas en los primeros 15 meses de vida.

¿Qué hago si necesito cancelar una cita?

Si necesita cancelar una cita, llame al consultorio del PCP para que le ayuden a programar otra.

¿Cómo obtengo atención médica fuera del horario de atención del consultorio del PCP?

Llame al PCP de su hijo antes de recibir cualquier tipo de atención médica, a menos que se trate de una emergencia. Puede llamar al consultorio las 24 horas del día al número que figura en la tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo. Después del horario habitual de atención,

deje un correo de voz con su nombre y número de teléfono. El PCP o un médico de guardia se comunicarán con usted. En caso de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias (ER, en inglés) más cercana. También puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line.

Blue Access for Members

Blue Access for Members (BAM) es un portal protegido en el que puede llevar a cabo lo siguiente:

- imprimir una tarjeta provisional de asegurado o solicitar una tarjeta nueva;
- encontrar médicos y hospitales en la pestaña "Médicos y hospitales" (*Doctors and Hospitals*);
- consultar los servicios incluidos en la cobertura;
- ver una lista de medicamentos con receta;
- consultar su perfil de atención;
- configurar alertas por mensajes de texto;
- obtener información sobre salud y bienestar.

Comenzar es sencillo.

- 1 Visite espanol.bcbstx.com/medicaid.
- 2 Haga clic en el botón "Iniciar sesión" (*Log In*), en la parte superior de la página.
- 3 Haga clic en "Inscríbese ahora" (*Register Now*) para crear una cuenta.

Planes de incentivos para médicos

BCBSTX no puede hacer pagos conforme a un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para persuadir a los prestadores de servicios médicos de reducir o limitar los servicios incluidos médicamente necesarios para los asegurados. En este momento, BCBSTX no tiene un plan de incentivos para médicos.

Cómo cambiar su PCP o el de su hijo

¿Cómo puedo cambiar mi PCP o el de mi hijo?

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Tenga en cuenta que, si cambia de PCP con frecuencia, es posible que su atención médica no sea tan buena como podría serlo. Si decide cambiar, pida que le envíen su expediente médico al nuevo PCP.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi PCP o el de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar de prestador de atención médica primaria. Puede cambiar de prestador de atención médica primaria llamándonos sin costo al **1-888-657-6061** (TTY: **711**) o escribiendo a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 201166
Austin, Texas 78720-9919

¿Es posible que se rechace una solicitud de cambio de PCP?

Es posible que su solicitud de cambio de PCP se rechace en los siguientes casos:

- si elige a un PCP que no está aceptando nuevos pacientes;
- si el PCP no participa en nuestra red;
- si el PCP está fuera del área de servicio.

Si no cumpla con las indicaciones, ¿mi PCP puede enviarnos a mí o a mi hijo a consultar a otro profesional médico?

Sí. BCBSTX o un PCP podría solicitarle que cambie el PCP de su hijo o de usted en los siguientes casos:

- BCBSTX ya no trabaja con ese PCP.
- Usted falta a las citas o llega tarde a menudo.
- Usted o su hijo se comportan de forma grosera o irrespetuosa, o causan problemas en el consultorio del PCP.

¿Cuándo entra en vigor el cambio de PCP?

- El cambio de su PCP o el de su hijo entrará en vigor en la fecha en que se haga el cambio, y usted puede programar una cita ese mismo día.
- Recibirá una nueva tarjeta de asegurado con el nombre y los datos de contacto del nuevo PCP en un plazo aproximado de 7 a 10 días.

¿Qué ocurre si decido acudir a otro médico que no es mi PCP o el de mi hijo?

Si decide consultar a un médico que no sea su PCP o el de su hijo, primero debe llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Si consulta a un médico que no sea su PCP sin recibir nuestra aprobación primero, es probable que deba pagar el costo de los servicios que reciba.

Directorio de prestadores de servicios médicos/Provider Finder®, nuestro directorio en línea

Consulte el *Directorio de prestadores de servicios médicos* o el directorio en línea Provider Finder® ingresando en espanol.bcbstx.com/medicaid para hacer lo siguiente:

- Elegir un PCP para su hijo. Busque en "Medicina familiar" (*Family Practice*), "Pediatria" (*Pediatrics*), "Medicina general" (*General Practice*) o "Centros de salud acreditados por el gobierno federal" (FQHC).
- Elegir un prestador de servicios médicos para una asegurada que está embarazada. Busque en "Medicina familiar" (*Family Practice*); "Obstetricia y ginecología" (*Obstetrics and Gynecology*) o "Medicina general" (*General Practice*), o "Centros de salud acreditados por el gobierno federal" (FQHC).

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Es importante encontrar el PCP adecuado para su hijo. Al elegirlo, es posible que le surjan preguntas como las siguientes:

- ¿Qué idioma habla el PCP?
- ¿El consultorio del PCP está abierto los fines de semana?

Puede consultar esta información en el *Directorio de prestadores de servicios médicos* o el directorio en línea Provider Finder. Como asegurado de BCBSTX, recibirá un nuevo directorio sin costo, si lo solicita, en menos de cinco días hábiles. Para solicitar un *Directorio de prestadores de servicios médicos*

Nuestros prestadores de servicios médicos reciben pautas que permiten garantizarle atención de calidad según guías de prácticas basadas en evidencia, que son pautas de práctica clínica y de atención médica preventiva. Las pautas están disponibles para los asegurados si lo solicitan. Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente si desea una copia.

u obtener ayuda para elegir un PCP, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Si desea más información sobre algún PCP o especialista, como la especialidad, la facultad de medicina, la residencia o la certificación de la junta médica, visite los siguientes sitios web:

- Asociación Médica Estadounidense
www.ama-assn.org
- Junta Médica de Texas
www.tmb.state.tx.us

Parte 5

Su prestador de servicios médicos perinatales de CHIP Perinate

Cómo elegir un prestador de servicios médicos perinatales

¿Cómo elijo a un prestador de servicios médicos perinatales?

Consulte el *Directorio de prestadores de servicios médicos*, o el directorio Provider Finder en espanol.bcbstx.com/medicaid. Si necesita ayuda para buscar un prestador de servicios médicos perinatales, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Debe programar una primera consulta con su ginecólogo-obstetra, a más tardar, 42 días después del inicio de la cobertura o en las primeras 12 semanas de embarazo.

¿Necesito un referido?

No. No necesitará un referido para recibir servicios de un prestador de servicios médicos perinatales.

¿Puedo elegir una clínica como un prestador de servicios médicos perinatales?

Sí, las clínicas, por ejemplo, los Centros de salud acreditados por el gobierno federal y las clínicas rurales también pueden ser prestadores de servicios médicos perinatales.

¿Cuánto debo esperar para recibir atención después de comunicarme con el prestador de servicios médicos perinatales para programar una cita?

Su prestador de servicios médicos perinatales debe programarle una cita dentro de las dos semanas de haberla solicitado.

¿Qué necesito llevar a la consulta con el prestador de servicios médicos perinatales?

Asegúrese de llevar a la cita la tarjeta de asegurado de la cobertura CHIP Perinate de BCBSTX. Lleve su tarjeta en todo momento en caso de una emergencia.

¿Cómo puedo recibir servicios de atención médica después del horario de atención?

Después del horario habitual de atención, llame a su prestador de servicios médicos perinatales y deje un correo de voz con su nombre y número de teléfono. Su prestador de servicios médicos o un médico de guardia se comunicarán con usted. En caso de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias (ER, en inglés) más cercana. También puede llamar a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line.

¿Puedo seguir atendiéndome con mi prestador de servicios médicos perinatales si no participa en la red de BCBSTX?

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente si su prestador de servicios médicos perinatales no participa en la red de BCBSTX. La podemos ayudar a encontrar un nuevo prestador de servicios médicos o ponernos de acuerdo con su médico actual para que la siga atendiendo. Una asegurada embarazada a la que le quedan 12 semanas o menos para la fecha probable de parto puede seguir atendiéndose con su prestador de servicios médicos perinatales actual hasta el chequeo de posparto, incluso si el prestador de servicios médicos está fuera de la red o deja de participar en ella.

¿Puedo elegir a un PCP para mi bebé antes de que nazca? ¿A quién debo llamar? ¿Qué información necesitan?

Puede escoger a un PCP para su bebé antes o después del nacimiento. Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para elegir al PCP de su bebé. Se le pedirá que proporcione su nombre y el número de asegurado. Puede encontrar su número de asegurado en su tarjeta de BCBSTX. Si no elige a un PCP, elegiremos uno por usted.

Parte 6

Acceso a la atención médica: coberturas CHIP y CHIP Perinate para recién nacidos

Solicitud de cobertura médica

Solicitud simultánea de coberturas CHIP y CHIP Perinate para asegurados de una misma familia

Los niños asegurados con cobertura CHIP permanecerán en el programa CHIP, pero pasarán a la cobertura de una organización de atención médica administrada que brinde la cobertura CHIP Perinatal.

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Los copagos, los gastos compartidos y las tarifas por solicitar la cobertura se aplican a los niños que reciben cobertura del programa CHIP.

Un hijo por nacer con cobertura CHIP Perinate pasará a Medicaid por 12 meses de cobertura continua, desde el nacimiento, si los ingresos de su familia son iguales o inferiores al umbral de elegibilidad de Medicaid.

El hijo por nacer seguirá recibiendo cobertura del programa CHIP como recién nacido con cobertura CHIP Perinate después del nacimiento si los ingresos de su familia superan el umbral de elegibilidad de Medicaid.

¿Por cuánto tiempo tiene cobertura mi bebé? ¿Cómo funciona la renovación? (Únicamente para asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinate)

Su bebé tendrá cobertura por 12 meses en el programa para asegurados recién nacidos CHIP Perinate.

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

Si usted o su hijo necesitan atención médica cuando están de viaje, llámenos sin costo al **1-888-657-6061** y le brindaremos ayuda para buscar un médico. Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia cuando están de viaje, vaya a un hospital cercano y, luego, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Qué ocurre si me encuentro fuera del estado o si mi hijo se encuentra fuera del estado?

Si usted o su hijo necesitan atención médica cuando están fuera del estado, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Qué ocurre si me encuentro fuera del país o si mi hijo se encuentra fuera del país?

Los servicios médicos que reciba fuera del país no están incluidos en su cobertura CHIP.

Atención médica especializada

¿Qué hago si mi hijo necesita consultar a un médico especial (un especialista)?

El PCP puede referirlos a usted o a su hijo a otro prestador de servicios médicos, incluido un especialista, para recibir atención médica o tratamiento especiales.

- En el consultorio del PCP podrán ayudarle a programar la cita.
- Dígle al PCP todo lo que pueda sobre la salud de su hijo para que ambos puedan decidir qué es lo mejor.
- El PCP le ayudará a elegir un especialista que le brindará a su hijo la atención médica que necesita.
- El PCP deberá enviar una aprobación al especialista antes de que se brinden los servicios.
- El especialista puede tratar a su hijo durante el tiempo que considere necesario.

¿Cuánto debo esperar para que mi hijo reciba atención de un especialista?

Recibirá el referido para su hijo dentro de los 30 días de la solicitud.

¿A quién llamo si yo o mi hijo tenemos necesidades especiales de atención médica y necesitamos ayuda?

BCBSTX les permite a los asegurados con necesidades médicas especiales que tengan acceso directo a los especialistas adecuados para sus problemas médicos y necesidades identificadas. Esto incluye un referido permanente a un médico especialista. Estos servicios no tienen costo alguno e incluyen lo siguiente:

- Coordinación de servicios para ayudarle a obtener los servicios médicos que necesita.
- Su especialista puede ser su PCP.

Si desea hablar con un coordinador de servicios, llame al **1-877-214-5630**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

Referidos

¿Qué es un referido?

Un referido es una recomendación que redacta un profesional médico para que un asegurado consulte a otro profesional médico o especialista.

¿Qué servicios no necesitan referidos?

Existen varios tipos de atención médica que no necesitan la aprobación del PCP de su hijo, como los siguientes:

- Servicios de un ginecólogo-obstetra (usted debe elegir médicos de la red de BCBSTX).
- Servicios de planificación familiar.
- Atención médica de emergencia.
- Chequeos preventivos para niños.
- Servicios de salud mental y tratamiento por consumo de sustancias (usted debe elegir médicos de la red de BCBSTX).
- Servicios para la vista.

Autorizaciones previas

Antes de recibir algunos servicios, es posible que el PCP de su hijo deba solicitar la aprobación de BCBSTX para verificar que estén incluidos en la cobertura. Esto significa que tanto BCBSTX como el PCP de su hijo (o especialista) aceptan que los servicios son médicamente necesarios. En general, “médicamente necesarios” se refiere a servicios con las siguientes características:

- Protegen la vida.

- Evitan que su hijo sufra una enfermedad o una discapacidad graves.
- Reducen el dolor intenso a través del diagnóstico o del tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión.

Para obtener más información sobre los servicios médicamente necesarios, consulte la **Parte 8: Servicios de rutina, urgencia y emergencia**.

Es posible que le preguntemos al PCP de su hijo por qué necesita atención médica especial. Podríamos no aprobar el servicio que usted o el PCP de su hijo solicita. Le enviaremos al PCP una carta en la que se describe el motivo por el cual no cubriremos el servicio. También se les informará cómo apelar nuestra decisión. Usted o el PCP pueden llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

También pueden escribirnos a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 201166
Austin, Texas 78720-9919

Segundas opiniones

Tal vez tenga preguntas sobre la atención médica que el médico de su hijo dice que es necesaria. Tal vez desee una segunda opinión para lo siguiente:

- diagnosticar una enfermedad;
- asegurarse de que el plan de tratamiento es el adecuado para su hijo.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Debe hablar con el médico de su hijo si desea solicitar una segunda opinión. El médico de su hijo lo referirá a un médico que trabaje en el mismo campo que su PCP o el especialista que usted haya consultado primero.

Es posible que el PCP lo refiera a un profesional médico fuera de la red sin costo adicional para usted si no tenemos un profesional de la red que cumpla con lo que su hijo necesita. Para esto, debe obtener una aprobación.

Si necesita ayuda para obtener una segunda opinión o quiere obtener más información, puede llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line.

Si rechazan su solicitud de una segunda opinión, puede apelar. Para presentar una queja, consulte la **Parte 15: Cómo resolver un problema**.

Cómo renovar los beneficios y servicios

Es importante que renueve la cobertura del programa CHIP o Medicaid de sus hijos a tiempo. De lo contrario, la cobertura podría finalizar. Por lo menos dos meses antes de que esté por terminar la cobertura de su hijo, usted recibirá una carta de renovación por correo.

Visite www.YourTexasBenefits.com (haga clic en “Español”) y elija la opción “Maneje su cuenta” (*Manage Your Account*) para iniciar sesión o crear una cuenta. Después, podrá completar su solicitud de renovación en línea. Si tiene preguntas o le gustaría una copia impresa de la solicitud, llame al **211**. Nuestro asesor para asegurados con cobertura CHIP también puede ayudarle a que entienda su solicitud.

¿Qué tengo que hacer si me mudo o si mi hijo se muda?

En cuanto tenga su nueva dirección, infórmela a la oficina de Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC, en inglés) llamando al **211** o actualizando su cuenta en YourTexasBenefits.com (haga clic en “Español”); además, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** o a la línea TTY **711**. Antes de recibir servicios de CHIP en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a BCBSTX, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de BCBSTX hasta que la HHSC cambie su dirección.

Seguirá recibiendo beneficios a través de BCBSTX hasta que la HHSC cambie su nueva dirección y usted elija una nueva cobertura. Le brindaremos ayuda para encontrar médicos cerca de su nuevo hogar hasta que elija una cobertura local. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Si se muda de estado, dejará de ser elegible para recibir servicios y beneficios.

Cómo cambiar de cobertura médica ¿Qué ocurre si quiero cambiar de cobertura médica?

Está permitido cambiar de cobertura médica por los siguientes motivos, en los siguientes plazos:

- por cualquier motivo, dentro de los 90 días de haber solicitado la cobertura CHIP;
- por un motivo válido, en cualquier momento;
- si se muda a otra área de prestación de servicios;
- durante el período anual de CHIP en el que se permite volver a solicitar la cobertura.

¿A quién debo llamar?

Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o a Maximus, el corredor de seguros responsable

de las solicitudes de cobertura, al **1-800-964-2777**.

¿Cuántas veces puedo cambiar de cobertura médica? ¿Cuándo entra en vigor el cambio de mi cobertura médica?

Únicamente puede cambiar su cobertura médica una vez al año si el cambio se realiza después de los primeros 90 días desde la inscripción en la cobertura CHIP. Si llama para cambiar de cobertura el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día primero del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

- Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio de la cobertura médica entrará en vigor el 1 de mayo.

- Si llama después del 15 de abril, el cambio de la cobertura médica entrará en vigor el 1 de junio.

¿Puede BCBSTX dar de baja mi cobertura médica por incumplimiento?

Sí. Es posible que en BCBSTX le soliciten que cambie de cobertura médica si usted hace lo siguiente:

- Usa habitualmente la sala de emergencias para atención médica que no es de emergencia.
- En repetidas ocasiones, programa citas y no asiste a ellas.
- Suele llegar tarde a las citas.
- Hace declaraciones falsas sobre usted.
- Afecta negativamente la capacidad de BCBSTX para proporcionar o coordinar servicios para usted u otros asegurados.
- Afecta negativamente la capacidad de un prestador de servicios médicos para proporcionar servicios a otros pacientes.

Si tiene una queja sobre la cancelación de su cobertura médica por parte de BCBSTX, consulte la **Parte 15: Cómo resolver un problema**.

Parte 7

Acceso a la atención médica: CHIP Perinate

Solicitud de cobertura y elegibilidad

Si usted recibe cobertura CHIP Perinate y, simultáneamente, tiene hijos asegurados con otra cobertura CHIP de atención médica administrada, sus otros hijos pasarán de CHIP a BCBSTX para ayudarnos a gestionar mejor la atención médica de su familia. Los copagos, los gastos compartidos y las tarifas por solicitar la cobertura se aplican a los niños que reciben cobertura del programa CHIP.

Un hijo por nacer con cobertura CHIP Perinate pasará a Medicaid por 12 meses de cobertura continua, desde el nacimiento, si los ingresos de su familia son iguales o inferiores al umbral de elegibilidad de Medicaid.

El hijo por nacer seguirá recibiendo cobertura del programa CHIP como recién nacido con cobertura CHIP Perinate después del nacimiento si los ingresos de su familia superan el umbral de elegibilidad de Medicaid.

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Qué hacer cuando se acabe su elegibilidad

¿Cuándo se termina la cobertura de CHIP Perinatal?

Sus beneficios y servicios de CHIP Perinatal seguirán en vigor hasta el nacimiento de su bebé. Después del nacimiento, BCBSTX cubrirá dos consultas posparto antes de que se termine la cobertura.

¿El estado me enviará algo cuando la cobertura de CHIP Perinatal termine?

Sí. Recibirá una carta por correo por parte del estado en donde se indicará que ya no tiene estos beneficios y servicios.

¿Cómo funciona la renovación?

Una vez que nazca su bebé, usted ya no cumple los requisitos de elegibilidad para participar en el programa CHIP Perinate y no puede renovar sus beneficios y servicios.

Cómo cambiar de cobertura médica

¿Cómo tendrá cobertura mi bebé después de que nazca?

- Si usted cumple con determinados requisitos relacionados con los ingresos, su bebé pasará al programa Medicaid y tendrá 12 meses de cobertura continua del programa Medicaid a partir de su nacimiento.
- Su bebé seguirá recibiendo servicios a través del programa CHIP si usted cumple con los requisitos de CHIP Perinatal. Su bebé tendrá 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal a través de su aseguradora de servicios médicos. Esta cobertura comienza con el mes en el que se le solicita la cobertura como bebé por nacer.

¿Qué ocurre si quiero cambiar de cobertura médica?

- Una vez que eligió la cobertura médica para su futuro hijo, no puede cambiar de seguro hasta que termine la cobertura CHIP Perinatal para su hijo. La cobertura CHIP Perinatal de 12 meses comienza cuando se solicita la cobertura CHIP Perinatal para su futuro hijo y continúa hasta después del nacimiento.
- Si **no** elige alguna cobertura médica dentro de los 15 días de haber recibido el paquete de inscripción, la HHSC elegirá una cobertura médica para su futuro hijo y le enviará la información sobre esa cobertura médica. Si la HHSC elige una cobertura médica para su futuro hijo, usted tendrá 90 días a partir de la fecha de entrada en vigor para elegir otra cobertura médica si no está contento con la cobertura que la HHSC elija.
- Los niños deberán permanecer en la misma cobertura médica hasta que termine el período de inscripción del asegurado en CHIP Perinatal o hasta que termine el período de inscripción de los otros niños, lo que suceda último. En ese momento, puede elegir una cobertura médica distinta para los niños.
- Puede pedir el cambio de cobertura médica por los siguientes motivos, en los siguientes plazos:
 - por cualquier motivo, dentro de los 90 días de haber solicitado la cobertura CHIP Perinatal;
 - si se muda a otra área de prestación de servicios;
 - con justificación, en cualquier momento.

¿A quién debo llamar?

Para obtener más información, comuníquese sin costo con la línea directa de CHIP al **1-800-964-2777**.

¿Cuántas veces puedo cambiar de cobertura médica? ¿Cuándo entra en vigor el cambio de mi cobertura médica?

Puede cambiar de cobertura médica una vez al año. Si llama para cambiar de cobertura el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día primero del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

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

¿Puede BCBSTX dar de baja mi cobertura médica por incumplimiento?

Sí. Es posible que en BCBSTX le soliciten que cambie de cobertura médica si usted hace lo siguiente:

- Usa habitualmente la sala de emergencias para atención médica que no es de emergencia.
- En repetidas ocasiones, programa citas y no asiste a ellas.
- Suele llegar tarde a las citas.
- Hace declaraciones falsas sobre usted.
- Afecta negativamente la capacidad de BCBSTX para proporcionar o coordinar servicios para usted u otros asegurados.
- Afecta negativamente la capacidad de un prestador de servicios médicos para proporcionar servicios a otros pacientes.

Si tiene una queja sobre la cancelación de su cobertura médica por parte de BCBSTX, consulte la **Parte 15: Cómo resolver un problema** con BCBSTX.

Atención médica fuera del área

¿Qué hago si me enfermo cuando estoy de viaje?

Si usted necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos sin costo al **1-888-657-6061** y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano y, luego, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Qué hago si estoy fuera del estado?

Si necesita atención médica cuando está fuera del estado, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

Los servicios médicos que reciba fuera del país no están incluidos en su cobertura CHIP.

Parte 8**Servicios de rutina, urgencia y emergencia****Médicamente necesario****¿Qué significa “médicamente necesario”?**

1 Servicios de atención médica con las siguientes características:

- a** Son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o problemas médicos o para lograr la detección temprana, la intervención o el tratamiento de problemas médicos que causan sufrimiento o dolor; originan deformidades físicas o limitaciones en la función; amenazan con causar o empeorar una discapacidad; provocan la enfermedad o debilidad de un asegurado o ponen en riesgo su vida.
- b** Se brindan en centros adecuados y con los niveles correspondientes de atención para el tratamiento de los problemas médicos de un asegurado.
- c** Se prestan de acuerdo con las pautas y los estándares de práctica de atención médica que están respaldados por agencias del gobierno u organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente.
- d** Se brindan de acuerdo con los diagnósticos del asegurado.
- e** No son más invasivos ni restrictivos de lo necesario para lograr un equilibrio correcto entre seguridad, efectividad y eficiencia.
- f** No son experimentales ni están en investigación.
- g** No se ofrecen principalmente para la conveniencia del asegurado ni del prestador de servicios médicos.

2 Servicios de salud mental con las siguientes características:

- a** Son razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de los trastornos de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar, mantener o evitar el deterioro del funcionamiento a causa de ese trastorno.
- b** Se brindan de acuerdo con las pautas y los estándares clínicos aceptados profesionalmente relacionados con la práctica de la atención médica en salud mental.
- c** Se brindan en el ámbito más apropiado y menos restrictivo en el que los servicios se puedan prestar con seguridad.
- d** Se brindan en el nivel o suministro de servicio más adecuado que pueda brindarse con seguridad.
- e** No pueden omitirse sin afectar de manera adversa la salud mental o física del asegurado o la calidad de la atención recibida.
- f** No son experimentales ni están en investigación.
- g** No se ofrecen principalmente para la conveniencia del asegurado ni del prestador de servicios médicos.

Atención médica de rutina**¿Qué es la atención médica de rutina?**

La atención médica de rutina es la atención habitual que recibe de su PCP para ayudarlo a mantenerse sano, como los chequeos que se hacen con regularidad.

Puede comunicarse con el PCP para programar una cita de atención médica de rutina.

¿Cuánto debo esperar para recibir atención médica o para que mi hijo la reciba?

Su hijo debería poder consultar a su PCP dentro de los 14 días posteriores a la fecha en que llamó para programar la cita.

No vaya a la sala de emergencias para recibir atención médica de rutina. Si lo hace, tendrá que pagar esos servicios. No brindamos cobertura para las consultas de atención médica de rutina realizadas en una sala de emergencias.

Atención médica inmediata

¿Qué es la atención médica inmediata?

La atención médica inmediata es otro tipo de atención médica. Hay algunas enfermedades y lesiones que quizás no sean emergencias, pero que pueden volverse una si no se tratan en menos de 24 horas. Estos son algunos ejemplos:

- quemaduras o cortadas pequeñas;
- dolores de oído;
- dolor de garganta;
- torceduras o esguinces musculares.

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica inmediata?

Para obtener atención médica inmediata, debe llamar al consultorio del PCP de su hijo, incluso por la noche y los fines de semana. El doctor le dirá qué hacer. En algunos casos, el médico quizás le diga que vaya a la clínica de atención médica inmediata. Si esa es la recomendación de su médico, no necesita llamar a la clínica antes de ir. Tiene que ir a una clínica que acepte CHIP de BCBSTX. Si necesita ayuda, llame al

Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line.

¿Qué tan pronto puedo yo esperar o puede esperar mi hijo tener una cita de atención médica inmediata?

En el caso de necesitar una cita de atención médica inmediata, podrá consultar al PCP de su hijo dentro de las 24 horas.

Atención médica de emergencia

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Se proporciona atención médica de emergencia para problemas médicos de emergencia y problemas de salud mental de emergencia.

Para asegurados con cobertura CHIP y recién nacidos con cobertura CHIP Perinate

¿Qué son una emergencia, un problema médico de emergencia y un problema de salud mental de emergencia?

La atención médica de emergencia es un servicio incluido en la cobertura. La atención médica de emergencia se brinda para los problemas médicos de emergencia y los problemas de salud mental de emergencia. "Problema médico de emergencia" es un problema de salud que se manifiesta con síntomas agudos de reciente aparición de una gravedad tal (incluso dolor muy fuerte) que una persona prudente, con conocimientos promedios sobre salud y medicina, podría creer que la falta de atención médica inmediata ocasionaría lo siguiente:

- grave peligro a la salud del asegurado;
- daño grave de funciones corporales;
- disfunción grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo;

- desfiguración grave; o
- peligro grave para la salud de una asegurada embarazada con cobertura CHIP o de su bebé por nacer.

“Problema de salud mental de emergencia” es cualquier problema de salud, más allá de la naturaleza o causa, que, en la opinión de una persona con conocimientos promedios sobre medicina y salud, tiene las siguientes características:

- requiere intervención o atención médica inmediata, sin la cual el asegurado podría representar un peligro para sí o para terceros; o
- puede afectar a un asegurado de modo tal que no pueda controlarse, entender o conocer las consecuencias de sus actos.

Llame al **988** si usted o alguien que conoce está teniendo una crisis de salud mental o por consumo de sustancias.

¿Qué son los servicios o la atención médica de emergencia?

“Atención médica de emergencia” o “servicios de emergencia” son los servicios de atención médica brindados en un departamento de emergencias de un hospital (ya sea de la red o fuera de esta), un centro médico de emergencia independiente u otro centro similar, prestados por personal del centro, prestador de servicios médicos o médicos (de la red o fuera de esta) para evaluar y estabilizar enfermedades de emergencia o problemas de salud mental de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen, entre otros, exámenes médicos u otra evaluación requerida por las leyes estatales o federales necesarios para determinar si existen problemas médicos de emergencia o problemas de salud mental de emergencia.

Para asegurados con cobertura CHIP Perinate

¿Qué es una emergencia y qué es un problema médico de emergencia?

Un asegurado con cobertura CHIP Perinate se define como un hijo que aún no ha nacido. La atención médica de emergencia es un servicio incluido si se relaciona en forma directa con el parto del hijo por nacer hasta el nacimiento. Se proporciona atención médica de emergencia para los siguientes problemas médicos de emergencia:

- Exámenes médicos de detección para establecer la emergencia cuando está directamente relacionada con el parto del hijo con cobertura que está por nacer.
- Servicios de estabilización relacionados con el parto y el trabajo de parto del hijo con cobertura que está por nacer.
- Se incluye en la cobertura el transporte de emergencia por tierra, aire y agua para el trabajo de parto o la amenaza de parto.
- Se incluye en la cobertura el transporte de emergencia por tierra, aire y agua para una emergencia relacionada con lo siguiente: (a) un aborto espontáneo; (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero).

Límites de los servicios médicos:

los servicios posteriores al parto o las complicaciones que surgen de la necesidad de servicios de emergencia para la madre del asegurado con CHIP Perinate no son servicios incluidos en la cobertura.

¿Qué son los servicios o la atención médica de emergencia?

“Servicios de emergencia” o “atención médica de emergencia” son servicios con cobertura para pacientes hospitalizados y ambulatorios brindados por un prestador de servicios médicos calificado. Son servicios necesarios para evaluar o estabilizar un

problema médico de emergencia o un problema de salud mental de emergencia, incluidos los servicios de atención de posestabilización relacionados con el parto y el trabajo de parto del hijo por nacer.

Qué hacer en caso de una emergencia

Llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana para recibir atención médica de emergencia. Con respecto a usted o su hijo, vaya a la sala de emergencias en los siguientes casos:

- Presenta riesgo de muerte.
- Tiene dolor de pecho.
- No puede respirar o se ahoga.
- Se desmayó o tiene convulsiones.
- Siente malestar por intoxicación o sobredosis.
- Tiene un hueso roto.
- Tiene sangrado intenso.
- Está a punto de dar a luz.
- Tiene una lesión, quemadura o reacción alérgica grave o seria.
- Lo mordió un animal.
- Siente que representa un peligro para usted u otras personas.

Puede llamar al **911** para obtener ayuda para ir a la sala de emergencias. No necesita la aprobación de BCBSTX para el transporte a la sala de emergencias. Si necesita ayuda para decidir si debe llamar al médico o dirigirse a un centro de atención médica inmediata o de emergencias, llame a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me atiendan?

Se atenderá a su hijo tan pronto como sea posible. Su hijo tendrá cobertura para los servicios de emergencia, incluso si el prestador de servicios médicos no participa en nuestra red.

Posestabilización

¿Qué es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización están incluidos en la cobertura CHIP, son servicios que mantienen al asegurado estable después de recibir atención médica de emergencia.

Parte 9

Servicios incluidos: coberturas CHIP y CHIP Perinate para recién nacidos

¿Cuáles son mis beneficios y servicios de CHIP? ¿Cuáles son los beneficios y servicios de la cobertura CHIP Perinate para recién nacidos?

BCBSTX le ofrece servicios médicos y acceso a la atención médica para que mantenga su salud. Puede encontrar un resumen de los servicios incluidos en la siguiente página. También puede consultar la **Parte 19: Detalles sobre los servicios incluidos en la cobertura CHIP** para obtener más información sobre sus servicios médicos de CHIP.

¿Qué beneficios recibirá mi bebé cuando nazca?

Un hijo por nacer que recibe cobertura CHIP Perinate pasará a Medicaid por 12 meses de cobertura continua, desde el nacimiento, si los ingresos de su familia son iguales o inferiores al umbral de elegibilidad de Medicaid.

El hijo por nacer seguirá recibiendo cobertura del programa CHIP como recién nacido con cobertura CHIP Perinate

después del nacimiento si los ingresos de su familia superan el umbral de elegibilidad de Medicaid.

¿Cómo recibimos mi hijo o yo estos servicios?

El PCP de su hijo indicará los servicios médicamente necesarios. Solo pagaremos los servicios incluidos en la cobertura. Es posible que, para recibir algunos servicios incluidos en la cobertura, primero necesite la aprobación de BCBSTX. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios incluidos en la cobertura y si primero se necesita una aprobación, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Tienen límites los servicios incluidos en la cobertura?

Sí, los servicios incluidos para asegurados con cobertura CHIP y recién nacidos con cobertura CHIP Perinate tienen que ser médicamente necesarios y pueden tener límites. Para obtener más información sobre qué significa “médicamente necesario”, consulte la **Parte 8: Servicios de rutina, urgencia y emergencia**.

¿Qué servicios no están incluidos?

Solo pagaremos aquellos servicios que hayamos aprobado y que se consideren médicamente necesarios. Si no está seguro de que sus opciones de tratamiento sean un servicio incluido, llame al Departamento

de Especialistas en Servicio al Cliente. Los servicios sin cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:

- servicios, suministros y equipos médicos que no son médicamente necesarios;
- procedimientos que son nuevos o que aún están en evaluación;
- cirugías estéticas que no son médicamente necesarias;
- suplementos nutricionales o medicamentos para perder peso;
- cualquier servicio recibido fuera de Estados Unidos.

¿Cómo puedo obtener una *Evidencia de cobertura* (EOC, en inglés)?

Consulte el **Parte 16: Otros datos que quizá necesite saber** para averiguar cómo acceder a la *Evidencia de cobertura*.

¿Cómo evalúa BCBSTX las nuevas tecnologías para integrarlas como servicio incluido?

El Comité de Revisión de Políticas Médicas de BCBSTX revisa y evalúa las nuevas tecnologías para su inclusión como servicio o beneficio. Las decisiones se basan en qué tipos de tratamiento se consideran médicamente necesarios. Para obtener más información sobre qué significa “médicamente necesario”, consulte la **Parte 8: Servicios de rutina, urgencia y emergencia**.

Servicios incluidos en la cobertura

La lista a continuación le informa cuáles son los beneficios y servicios incluidos en esta cobertura. Todos los servicios tienen que ser médicamente necesarios.

Servicios o beneficios incluidos	Información detallada o limitaciones
Servicios de salud mental solo para asegurados con cobertura CHIP (no son servicios incluidos en la cobertura CHIP Perinate)	• Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados. • Servicios residenciales y con internación para el tratamiento por consumo de sustancias. • Servicios ambulatorios de salud mental o por consumo de sustancias. • Servicios intensivos para pacientes ambulatorios por consumo de sustancias. • Hospitalización parcial por consumo de sustancias. • Trastornos por consumo de sustancias.
Servicios quiroprácticos	• Incluye servicios que lo ayudan a mantener derechas la columna vertebral y otras estructuras del cuerpo. Los servicios se limitan a la subluxación de la columna vertebral (cuando los huesos están fuera de lugar). • Necesitan nuestra aprobación.
Equipo médico duradero (DME, en inglés) y suministros descartables	• Tienen que ser médicamente necesarios. • Deben estar dentro de los límites de los servicios incluidos de Medicaid. • Necesitan nuestra aprobación.
Programa de Intervención Temprana en la Infancia	• No necesita un referido.
Servicios de emergencia	• Sala de emergencias. • Servicios de ambulancia. • No se necesita una aprobación por adelantado.
Servicios de atención médica a domicilio	• Servicios de enfermería. • Servicios de atención personal.
Cuidados paliativos	• Servicios incluidos en la cobertura para asegurados que probablemente no vivan más de seis meses. • Necesitan nuestra aprobación.

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Servicios o beneficios incluidos	Información detallada o limitaciones
Pacientes internados: Servicios hospitalarios	- Habitación de hospital con más de dos camas. - Quirófano. - Anestesia. - Atención de enfermería. - Cirugía. - Necesitan nuestra aprobación.
Servicios de laboratorio	Todos los servicios de laboratorio solicitados por el prestador de servicios médicos de su hijo y realizados en el ámbito apropiado.
Servicios de un ginecólogo-obstetra	- Atención prenatal. - Atención para problemas médicos de ginecología-obstetricia. - Un chequeo preventivo por año.
Ortótica y prótesis	- Partes necesarias, como brazos y piernas artificiales, y las piezas para sujetarlas. - Abrazaderas, férulas o soportes para pie y tobillo. - Incluidas en la cobertura cuando son médicamente necesarias. - Necesitan nuestra aprobación.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	- Uso de la sala de emergencias. - Diálisis. - Transfusiones de sangre de un tercero. - Necesitan nuestra aprobación.
Servicios de médicos	- Consulta con médicos, especialistas y otros prestadores de servicios médicos. - Exámenes preventivos.
Atención del embarazo y la maternidad	- Embarazo. - Atención posparto que sea médicamente necesaria. - Exámenes para recién nacidos.
Medicamentos con receta	- En BCBSTX, se utiliza una lista de medicamentos preferenciales. - Para algunos medicamentos, se necesita la aprobación de BCBSTX.

Servicios o beneficios incluidos	Información detallada o limitaciones
Servicios de atención médica preventiva	Exámenes preventivos para niños y servicios preventivos (incluidos, entre otros, exámenes de detección en la vista y para la audición, y vacunas).
Servicios de radiología	Radiografías, tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética (MRI, en inglés), tomografía de emisión positrónica (PET, en inglés).
Servicios de rehabilitación	- Incluyen terapias física, ocupacional y del habla. - Requieren nuestra aprobación.
Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)	- Enfermería de rutina. - Rehabilitación. - Suministros médicos. - Uso de dispositivos y equipo proporcionados por el SNF.
Programas para dejar de fumar	Hasta \$100 al año para programas aprobados por BCBSTX.
Trasplantes	- Trasplantes de tejido y órganos humanos que ya no se encuentran en evaluación. - Todos los trasplantes de córnea, médula ósea y células madre periféricas que ya no se encuentran en evaluación. - Incluye los costos médicos del donante.
Servicios para la vista	- Un examen anual de la vista. - Un par de anteojos no protésicos al año.

Consultas preventivas para niños

Consultas preventivas para niños de hasta 18 años. Estos servicios siguen las normas del Programa de Salud y Prevención de Discapacidades de Niños de la Academia Americana de Pediatría. Los médicos deben programar estas consultas dentro de los 14 días calendario después de su llamada. Su hijo puede acudir a cualquier prestador

de servicios médicos de CHIP para recibir atención preventiva. Durante estas consultas se hará lo siguiente:

- El médico evaluará el estado físico, la audición, la vista y los dientes del niño.
- Su hijo recibirá vacunas.
- Usted deberá preguntarle al médico cuándo tiene que llevar a su hijo a la próxima consulta.

Le enviaremos una carta para recordarle sobre la consulta preventiva anual para niños.

En BCBSTX proporcionamos a los médicos información sobre el programa para combatir la obesidad infantil. Este programa les enseña a los padres sobre ejercicio y buenos hábitos de alimentación para sus hijos.

Coordinación de servicios

¿Qué es la coordinación de servicios?

Es un beneficio que se ofrece a los asegurados con necesidades médicas especiales.

Los coordinadores de servicios de BCBSTX trabajan junto con usted para elaborar un plan con el propósito de coordinar los servicios de su PCP, los prestadores de servicios médicos especializados y los prestadores de servicios no médicos. Si tiene necesidades especiales de atención médica, Coordinación de Servicios puede ayudarle a tener acceso a servicios y recursos a su disposición, además de enseñarle cómo usarlos correctamente.

Si tiene una enfermedad crónica, es posible que nuestro equipo de coordinación de servicios pueda ayudarle a aliviar su problema médico. Para obtener más información, consulte la **Parte 13: Programas para ayudarle a estar saludable**.

¿Cómo puedo acceder a la coordinación de servicios?

Si desea tener acceso a la coordinación de servicios, llame al **1-877-214-5630**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

Servicios de salud mental para asegurados con cobertura CHIP

¿Cómo recibo ayuda si tengo problemas de salud mental o con el consumo de alcohol o de drogas, o si mi hijo los tiene? ¿Necesito un referido?

No necesita un referido de su PCP para los servicios de tratamiento de trastornos de salud mental o consumo de sustancias, pero podría hablar con su PCP sobre el tema.

Estos profesionales médicos pueden ayudar a asegurados con los siguientes trastornos:

- trastornos mentales;
- trastornos emocionales;
- trastornos por consumo de sustancias.

Brindamos cobertura para servicios de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Algunas veces, los asegurados con problemas de salud mental o abuso de sustancias necesitan atención las 24 horas del día en un hospital o en un lugar similar al hogar. Los servicios podrían incluir lo siguiente:

- medicamentos;
- asesoramiento;
- trabajo con otros miembros de la familia.

Se requiere la aprobación de BCBSTX para obtener todo tipo de atención hospitalaria. En BCBSTX, necesitamos la aprobación de un médico para la atención psiquiátrica de pacientes internados o para el tratamiento por consumo de drogas o alcohol. Llame a Coordinación de Servicios al **1-877-214-5630** o al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**) para que lo ayuden a encontrar servicios de tratamiento o para planificar el alta.

Apoyo en situaciones de crisis y emergencia

Además, BCBSTX brinda apoyo en situaciones de crisis y emergencia. Si, en algún momento, usted o su hijo se comportan de una manera que pueda llevar a una situación de emergencia por salud mental, llame a la línea de emergencias para casos de salud mental y abuso de sustancias de BCBSTX al **1-888-657-6061** (TTY: **711**).

Puede llamar en cualquier momento del día o la noche, y cualquier día de la semana. Usted podrá hablar con un profesional en salud mental.

Programa para dejar de fumar

Un coordinador de servicios médicos puede conectarlo con recursos que le ayudarán a dejar de fumar. Llame a la línea de ayuda para dejar de fumar al **1-877-262-2674** (TTY: **711**).

Servicios dentales

¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?

En Blue Cross and Blue Shield of Texas pagaremos algunos servicios dentales de emergencia brindados en un hospital o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios. Blue Cross and Blue Shield of Texas pagará lo siguiente:

- tratamiento de una dislocación de mandíbula;
- tratamiento del daño traumático a los dientes o a sus estructuras de apoyo;
- extracción de quistes;
- tratamiento de abscesos bucales causados por los dientes o las encías.
- tratamiento y dispositivos para anomalías del cráneo y de la cara.

En BCBSTX brindamos cobertura para servicios hospitalarios y para servicios relacionados prestados por médicos y otros profesionales para los problemas dentales mencionados anteriormente. Esto incluye los servicios que brinda el médico y otros servicios que su hijo puede necesitar, como la anestesia u otros medicamentos.

Los beneficios médicos de CHIP brindan cobertura dental de emergencia limitada para tratamientos de dislocación de mandíbula, daño traumático a los dientes y extracción de quistes; tratamientos de abscesos bucales causados por los dientes o las encías; tratamientos y dispositivos para anomalías del cráneo y de la cara; y medicamentos.

La cobertura dental CHIP de su hijo ofrece otros servicios, incluidos los que ayudan a prevenir las caries y los servicios para solucionar problemas dentales. Llame a la cobertura dental CHIP de su hijo para recibir más información sobre los servicios dentales que ofrece.

¿Qué hago si mi hijo o yo necesitamos servicios dentales de emergencia?

Durante el horario habitual de atención, llame al dentista primario de su hijo para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos sin costo al **1-888-657-6061** (TTY: **711**).

Programa Intervención Temprana en la Infancia

¿Qué es el Programa Intervención Temprana en la Infancia?

El Programa Intervención Temprana en la Infancia (ECI, en inglés) ayuda a los niños de hasta tres años que tienen discapacidades o problemas de desarrollo. No necesita la aprobación del médico, pero debe consultar al PCP de su hijo sobre el programa ECI para que le puedan proporcionar la mejor atención. Si desea obtener más información, llame al **1-800-628-5115** o visite el sitio web de ECI, <https://hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services> (haga clic en "Español").

¿Necesito un referido?

No, no necesita un referido de su médico para el programa ECI.

¿Dónde puedo encontrar un profesional médico del programa ECI?

Puede buscar el programa ECI en su zona con el recurso que ofrece en <https://citysearch.hhsc.state.tx.us> (disponible solo en inglés) o llamar a la oficina del defensor del asegurado de HHSC al **1-877-787-8999**, elegir un idioma y seleccionar la opción 3.

Servicios de atención médica para la mujer

¿Qué pasa si necesito la atención médica de un ginecólogo-obstetra o si mi hija la necesita? ¿Tengo derecho a elegir uno? (No aplica a los asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinate).

Aviso importante para las aseguradas

- Usted tiene el derecho de escoger a un ginecólogo-obstetra para usted o su hija sin un referido del PCP de usted o su hija. Un ginecólogo-obstetra puede brindarle lo siguiente:
- un chequeo preventivo para mujeres todos los años;
- atención médica relacionada con el embarazo;
- atención médica específica para mujeres;
- referidos a un médico especial (especialista) que forme parte de la red.

Con BCBSTX usted o su hija pueden elegir a un ginecólogo-obstetra, pero deben elegir uno de la misma red que su PCP o el de su hija.

¿Cómo elijo a un ginecólogo-obstetra?

Consulte el *Directorio de prestadores de servicios médicos* o el directorio en línea Provider Finder para elegir un ginecólogo-obstetra.

Si está embarazada, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Podemos ayudarla a obtener la atención que necesita y a elegir un PCP para el bebé.

Si no elijo un ginecólogo-obstetra, ¿puedo ir directamente o necesitaré un referido?

Si no elige un ginecólogo-obstetra como su PCP, tendrá acceso directo a los servicios de ginecología y obstetricia de la red sin necesidad de un referido de su PCP.

¿Podemos mi hija o yo quedarnos con un ginecólogo-obstetra que no sea parte de BCBSTX?

El ginecólogo-obstetra tiene que estar en la misma red que el PCP. No se necesita un referido para consultar a un ginecólogo-obstetra. Una asegurada embarazada a la que le queden 12 semanas o menos hasta la fecha posible de parto puede permanecer con su ginecólogo-obstetra actual hasta su control posparto. Esto será así aunque el ginecólogo-obstetra no forme parte de la red.

¿Cuánto debo esperar para que mi hija o yo tengamos una cita después de llamar al ginecólogo-obstetra?

Debe poder consultar al prestador de servicios médicos dentro de los 14 días calendario siguientes a la fecha en que llamó para programar la cita.

Atención durante el embarazo

¿Qué pasa si mi hija o yo estamos embarazadas? ¿A quién debo llamar?

Si usted o su hija están embarazadas, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Podemos ayudarla a encontrar un ginecólogo-obstetra y un hospital de la red. Podemos también informarle sobre los programas, recursos y servicios con valor agregado que tiene disponibles durante el embarazo y después del nacimiento.

Llame también a su encargado del caso de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para informar que usted o su hija están embarazadas.

Si aún no se ha comunicado con nosotros a fin de elegir un PCP para el bebé de su hija, podrá hacerlo después de que el bebé nazca. Llame al Departamento de

Especialistas en Servicio al Cliente para elegir al PCP del bebé. Los asegurados que tienen impedimentos auditivos o del habla pueden comunicarse con la línea TTY al **711**.

Si no elige a un PCP, elegiremos uno por usted. El padre o la madre del recién nacido puede solicitar el cambio de la cobertura médica del recién nacido a otra cobertura médica. Este cambio debe realizarse dentro de los primeros 90 días a partir del nacimiento del bebé. Para ello, comuníquese con Maximus, el corredor de seguros responsable de las solicitudes de cobertura para el programa CHIP, al **1-800-964-2777**.

¿Cuándo debo programar una cita con mi PCP? ¿Cuánto debo esperar para recibir atención después de comunicarme con el ginecólogo-obstetra para programar una cita?

Programe la primera consulta de atención prenatal teniendo en cuenta estos plazos:

- Lo antes posible, pero antes de los 42 días de haber solicitado la cobertura o antes de que termine el primer trimestre (los primeros tres meses) del embarazo.
- El médico debe atenderla dentro de los 14 días calendario desde la fecha de su llamada si está en el primer trimestre del embarazo.
- Su médico debería atenderla dentro de los siete días calendario desde la fecha de su llamada si está en el segundo trimestre del embarazo.
- Su médico debería atenderla dentro de los cinco días hábiles desde la fecha de su llamada si está en el último trimestre (los últimos tres meses) del embarazo.

¿Necesito un referido?

No. No necesita un referido ni una autorización previa para consultar a un ginecólogo-obstetra de la red.

Llame al ginecólogo-obstetra y programe una cita de inmediato si tiene una emergencia. También debe llamar al ginecólogo-obstetra si considera que tiene un problema médico de alto riesgo relacionado con el embarazo.

Las aseguradas con cobertura CHIP que queden embarazadas pueden ser elegibles para obtener Medicaid, pero tienen que solicitar esa cobertura. Si usted es elegible para Medicaid, se cancelará la cobertura CHIP una vez que esté asegurada en el programa Medicaid. Si usted o su hija no son elegibles para el programa Medicaid, es posible que sean elegibles para CHIP Perinate. Si su cobertura médica cambia, coordinaremos su cobertura del programa Medicaid para evitar que se interrumpa su atención médica.

Si no nos enteramos del embarazo de la asegurada hasta el momento del parto, CHIP cubrirá el parto. Al nacer, el bebé será inscrito automáticamente en la cobertura CHIP de la madre. Para reinscribir y mantener la elegibilidad del bebé, se tiene en cuenta el mismo plazo que para la madre. La asegurada cuenta con cobertura hasta la fecha en que termina la cobertura o hasta que haya transcurrido el segundo mes completo a partir del nacimiento del bebé, si la fecha es posterior.

¿Qué otros servicios, actividades o información educativa ofrece BCBSTX a las embarazadas?

Podemos proporcionarle información acerca de lo siguiente:

- cómo cuidar de usted y de su bebé;
- novedades sobre atención médica perinatal y lactancia;
- cómo elegir a un PCP para su bebé.

Como parte de los servicios con valor agregado para las embarazadas con cobertura, ofrecemos clases prenatales para enseñarles cómo cuidarse y atender a su bebé. Estas clases no tienen ningún costo para usted. Para obtener más información, consulte la **Parte 11: Servicios con valor agregado**.

Servicios para la vista

¿Cómo recibo servicios de atención de la vista para mí o para mi hijo?

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Copagos y gastos compartidos

¿Qué son los copagos?

El copago es la parte del costo que usted paga cuando un médico le brinda atención. El gasto compartido es el monto total que gastará de su bolsillo. Esto depende de los ingresos de su hogar en el año de beneficios. Cada miembro de la familia paga un copago cuando recibe atención médica, hasta que se alcanza el límite de gastos compartidos familiar.

Los beneficios no tienen límite de por vida, pero se aplican límites de por vida a ciertos servicios. Si los servicios con un límite de 12 meses por año se usan por completo en un período de seis meses, estos servicios no se ofrecerán en los siguientes seis meses de ese mismo período de 12 meses.

¿Cuánto debo pagar por la atención médica de mi hijo?

Cada familia tiene su propio límite de gastos compartidos. Esto significa que usted paga un copago por cada servicio hasta que se alcanza el límite de gastos compartidos. Una vez que se alcance el límite de gastos compartidos familiar, no tendrá que pagar más copagos durante el año de beneficios.

Cuando vaya a su PCP, surta una receta médica o tenga que ir al hospital, pida recibos y guárdelos hasta alcanzar su límite de gastos compartidos. Una vez que haya alcanzado su límite de gastos compartidos, comuníquese con Maximus, el corredor a cargo de las solicitudes de cobertura. ¿Cuál es el valor de los copagos y cuándo se aplican?

La tabla que aparece a continuación muestra los copagos de su cobertura y el momento en el que se aplican. Sus copagos figuran en su tarjeta de asegurado de BCBSTX.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Gastos compartidos en la cobertura CHIP

Vigentes a partir del 1 de julio de 2022

Tarifas por solicitar la cobertura (para un período de 12 meses):

	Cargos
Igual o inferior al 151% del FPL* o exentos de gastos compartidos.	\$0
Más del 151% del FPL y hasta el 186% inclusive	\$35
Más del 186% del FPL y hasta el 201% inclusive	\$50

Gastos compartidos en la cobertura CHIP

Vigentes a partir del 1 de julio de 2022

Copagos (por consulta)

151% del FPL o menos	Cargos
Consultas presenciales (no preventivas)	\$5
No se aplica copago para las consultas presenciales de salud mental/trastornos por consumo de sustancias.	
Atención en sala de emergencias en casos que no son una emergencia	\$5
Medicamentos genéricos	\$0
Medicamentos de marca	\$5
Copago por servicios del centro, paciente hospitalizado (por admisión)	\$35
No se aplica copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental/trastornos por consumo de sustancias.	

Límite de gastos compartidos 5% (de los ingresos de la familia)**

Gastos compartidos en la cobertura CHIP

Vigentes a partir del 1 de julio de 2022

Copagos (por consulta)

Más del 151% del FPL y hasta el 186% inclusive	Cargos
Consultas presenciales (no preventivas)	\$20
No se aplica copago para las consultas presenciales de salud mental/trastornos por consumo de sustancias.	

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Gastos compartidos en la cobertura CHIP

Vigentes a partir del 1 de julio de 2022

Copagos (por consulta)

Más del 151% del FPL y hasta el 186% inclusive
Cargos

Atención en sala de emergencias en casos que no son una emergencia

\$75

Medicamentos genéricos

\$10

Medicamentos de marca

\$25 para insulina,
\$35 para el resto de
los medicamentos***

Copago por servicios del centro, pacientes internados (por admisión)

No se aplica copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental/trastornos por consumo de sustancias.

\$75

Límite de gastos compartidos

5% (de los ingresos
de la familia)**

Gastos compartidos en la cobertura CHIP

Vigentes a partir del 1 de julio de 2022

Copagos (por consulta)

Más del 186% del FPL y hasta el 201% inclusive
Cargos

Consultas presenciales (no preventivas)

No se aplica copago para las consultas presenciales de salud mental/trastornos por consumo de sustancias.

\$25

Atención en sala de emergencias en casos que no son una emergencia

\$75

Medicamentos genéricos

\$10

Medicamentos de marca

\$25 para insulina,
\$35 para el resto de
los medicamentos***

Copago por servicios de un centro, paciente hospitalizado (por admisión)

No se aplica copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental/trastornos por consumo de sustancias.

\$125

Límite de gastos compartidos

5% (de los ingresos
de la familia)**

* El Índice Federal de Pobreza (FPL, en inglés) se refiere a las pautas de ingresos establecidas todos los años por el gobierno federal.

** Para un período de cobertura de 12 meses.

*** Los copagos por insulina no pueden superar los \$25 por receta médica para un suministro de 30 días, de acuerdo con la Sección 1358.103 del Código de Seguros de Texas.

Si la tarjeta de asegurado muestra un requisito de copago y el asegurado es indígena estadounidense o nativo de Alaska, el asegurado debe llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061**. Los asegurados que tengan impedimentos auditivos o del habla pueden comunicarse con la línea TTY al **711** para que esto se corrija.

Todos los asegurados con cobertura CHIP están exentos de copagos para los beneficios de atención preventiva para bebés y niños, servicios preventivos o ayuda relacionada con el embarazo.

Las aseguradas que reciban servicios y beneficios de CHIP Perinatal están exentas de todas las obligaciones de gastos compartidos, incluidas las tarifas por solicitar la cobertura y los copagos.

Parte 10

Servicios incluidos: cobertura CHIP Perinate

¿Cuáles son los beneficios y servicios de CHIP Perinatal para mi hijo por nacer?

Para obtener más información sobre los servicios incluidos, consulte la **Parte 19: Detalles sobre los servicios incluidos en la cobertura CHIP**.

Entre los beneficios y servicios de la cobertura CHIP Perinatal se encuentran los siguientes:

- chequeos regulares y consultas presenciales, incluidas dos consultas posparto para la madre;
- servicios y atención hospitalarios, incluidos servicios de emergencia;
- atención prenatal y servicios familiares antes del embarazo, y suministros;
- trabajo de parto y parto;
- servicios en centro de maternidad;
- cobertura para medicamentos con receta;
- coordinación de servicios médicos (coordinación de la atención médica).

¿Cómo obtengo estos servicios?

Obtendrá estos servicios con su prestador de servicios médicos perinatales.

¿Qué servicios no están incluidos?

Para obtener más información sobre lo que no está incluido en la cobertura médica, consulte la **Parte 19**. Solo pagaremos aquellos servicios que hayamos aprobado y que se consideren médicamente necesarios. Si no está seguro de que sus opciones de tratamiento sean un servicio incluido, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Los servicios sin cobertura incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tratamientos para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios que no sean los siguientes:
 - atención prenatal;
 - trabajo de parto y parto;
 - servicios relacionados con el aborto espontáneo y el embarazo no viable;
 - atención médica después del parto que esté relacionada con el hijo con cobertura que está por nacer, hasta el nacimiento;
 - servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios.

- Servicios, suministros y equipos médicos que no se los considera médicamente necesarios.
- Procedimientos que son nuevos o que aún están en evaluación.
- Cirugías estéticas que no son médicamente necesarias.
- Medicamentos para perder peso o productos de ayuda para dietas.
- Cualquier servicio recibido fuera de Estados Unidos.

¿Cuánto debo pagar con la cobertura CHIP Perinatal por la atención médica de mi hijo que aún no nació?

No hay copagos ni gastos compartidos para su hijo con cobertura CHIP Perinatal.

¿Qué pasa si necesito servicios no incluidos en CHIP Perinatal? ¿Tengo que pagar los servicios que no están incluidos?

En BCBSTX solo pagaremos los servicios incluidos en la cobertura. Si necesita servicios que no están incluidos en CHIP Perinatal, llame para hablar con un coordinador de servicios al **1-877-214-5630**. La ayudaremos a buscar recursos comunitarios que podrían ayudarle a obtener estos servicios.

¿Cómo puedo obtener una *Evidencia de cobertura* (EOC, en inglés)?

Consulte el **Parte 16: Otros datos que quizá necesite saber** para averiguar cómo acceder a la *Evidencia de cobertura*.

Parte 11

Servicios con valor agregado

¿Qué beneficios y servicios adicionales reciben los asegurados de BCBSTX?

En BCBSTX, contamos con numerosos servicios con valor agregado (VAS, en inglés) para ayudarle a mantenerse saludable. No tienen ningún costo para usted. Lea cada sección para saber más sobre cada servicio con valor agregado.

- traslados sin costo a consultas médicas que no sean de emergencia y a terapias, clases y farmacias;
- línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line;
- tarjeta de regalo por completar los chequeos preventivos para bebés;
- tarjeta de regalo por completar los chequeos para niños y adolescentes;
- tarjeta de regalo por aplicarse la vacuna contra el papilomavirus humano (VPH) (HPV, en inglés);
- mejora de anteojos o lentes de contacto (para niños);
- exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos;
- recompensa por actividades de salud y bienestar;
- clases en línea prenatales, posparto y para afrontar un duelo;
- tarjeta de regalo por consulta prenatal;
- educación sobre la lactancia;
- tarjeta de regalo por consulta posparto;
- servicios de entrega de comidas a domicilio después de una hospitalización elegible;
- servicios dentales para asegurados adultos;
- recursos en línea para la salud mental (BH, en inglés);
- programa de salud y bienestar Blue365.

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

¿Cómo recibimos mi hijo, mi hijo por nacer o yo estos beneficios y servicios?

Llame sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061**. Si tiene impedimentos auditivos o del habla, puede llamar a la línea TTY del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **711**.

Es posible que se apliquen otras restricciones o limitaciones a los servicios con valor agregado.



¿Cómo obtengo mi recompensa si obtuve una tarjeta de regalo como un servicio con valor agregado?

Cuando obtiene una tarjeta de regalo como un servicio con valor agregado por haber tomado una decisión saludable, tendrá que inscribirse en Healthy RewardsSM. Necesitará su tarjeta de asegurado, fecha de nacimiento y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en **BCBSTX.com/WellnessRewards** (haga clic en "Spanish"). También puede llamarnos al **1-877-860-2837** (TTY/TDD: **711**) para que le ayudemos a registrarse en Healthy Rewards.

Una vez que se haya registrado, recibirá un correo electrónico informándole que se ha creado su cuenta. Ya estará listo para comenzar a ganar recompensas.

¿Cuáles son las restricciones para las tarjetas de regalo?

Estas restricciones se aplican a TODAS las tarjetas de regalo de los servicios con valor agregado. La cobertura del asegurado debe estar vigente. El asegurado o uno de sus padres o tutores deben inscribirse a través del portal del programa de recompensas Wellness Rewards para recibir la tarjeta de regalo. La tarjeta no se enviará automáticamente por correo postal si el asegurado no se inscribe.

Las tarjetas de regalo se emiten según las reclamaciones de los prestadores de servicios médicos tras completar el chequeo. Pueden pasar hasta dos meses desde que el médico envía la reclamación a BCBSTX hasta que usted reciba la tarjeta de regalo por haber completado la actividad de salud correspondiente.

La tarjeta de regalo se enviará a la dirección postal que usted tenga registrada en la HHSC. En caso de mudanza, recuerde actualizar su dirección en la HHSC en un plazo de 10 días. No volverá a emitirse una tarjeta de regalo que se haya enviado a una dirección desactualizada registrada en la HHSC.

Beneficio adicional para obtener traslados

¿Cómo puedo recibir servicios de transporte?

Los asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate pueden llamar a nuestro proveedor de servicios de transporte con valor agregado, MTM Health, al **1-866-824-1565** (TTY: **711**) para programar traslados gratuitos a las citas de atención médica programadas, farmacias, clases de salud y terapia.

¡Programar un traslado con su teléfono es fácil! Busque la aplicación móvil MTM Link Member en la tienda virtual de su teléfono, descárguela y cree una cuenta. Debe contar con una dirección de correo electrónico válida para crear una cuenta. Programe su traslado mediante la aplicación móvil al menos dos días hábiles antes de su cita. Por medio de la aplicación también puede cambiar la cita, cancelarla y hacer un seguimiento de su traslado.

Traslados fuera del área de servicio

Los asegurados con cobertura CHIP también pueden recibir ayuda adicional con traslados para acudir a citas médicas que no sean de emergencia a más de 75 millas de su hogar. Los traslados a más de 75 millas se consideran traslados fuera del área de servicio. Para solicitar traslados fuera del área de servicio, estadía en hoteles y comida, debe solicitar aprobación al menos cinco días antes de la cita programada. Los asegurados con cobertura CHIP Perinate no pueden usar el servicio de traslados para citas fuera del área de servicio como servicio con valor agregado.

Cuando programe la cita, tenga a la mano la siguiente información en su teléfono o mediante la aplicación:

- su nombre completo, dirección y número de teléfono actuales;
- su número de asegurado;
- la fecha en que requiere el traslado;
- el nombre, la dirección y el número de teléfono del lugar al que se dirige;
- el tipo de cita a la que se dirige;
- si necesitará una camioneta para sillas de ruedas o algún otro tipo de ayuda durante el traslado.

Aplicación móvil MTM Link Member

Como asegurado, también puede descargarse la aplicación MTM Link Member para programar traslados médicos. Todo lo que necesita es buscar “MTM Link Member” en las tiendas virtuales Google Play® o Apple App Store® para descargarla. Asegúrese de tener a la mano una dirección de correo electrónico para crear su cuenta.

La aplicación móvil MTM Link Member le brinda acceso a las siguientes funciones:

- reservar, cambiar o cancelar traslados;
- seguir traslados en vivo;
- localizar en tiempo real al conductor y ver la hora estimada de llegada;
- enviar mensajes de texto o llamar al conductor para asegurarse de que no se olvide ningún traslado;
- comunicarse con el servicio de asistencia dentro de la aplicación para hablar con un agente en directo.

Limitaciones: este servicio con valor agregado está disponible para los asegurados de la cobertura CHIP, para que puedan trasladarse a citas para recibir servicios médicos, a citas del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés), a clases de educación sobre la salud y a reuniones y eventos de la organización de atención médica administrada (MCO, en inglés).

Los asegurados pueden obtener traslados gratuitos para asistir a servicios aprobados, por ejemplo, a consultas médicas que no sean de emergencia, terapia, farmacias, consultas del programa WIC, eventos y reuniones para asegurados de BCBSTX, clases sobre salud aprobadas, o servicios incluidos en la cobertura a los que el padre o la madre deba llevar a más de un hijo.

Los asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate cuentan con traslados autorizados dentro del área de servicio a una distancia que no supere las 75 millas. Se requiere obtener autorización. Los servicios de transporte con valor agregado a una distancia que supere las 75 millas y requieran asignaciones para alojamiento y comida solo están disponibles para los asegurados de la cobertura CHIP. La cobertura CHIP Perinate queda excluida de este servicio con valor agregado a más de 75 millas de distancia.

Este servicio con valor agregado debe programarse con dos días hábiles de anticipación. BCBSTX podría aprobar los traslados con menos anticipación, considerando cada caso en particular. Los traslados y las asignaciones para alojamiento y comida a más de 75 millas del hogar del asegurado se aprobarán únicamente si la cita médica fue aprobada con anticipación. A los asegurados de la cobertura CHIP Perinate no les corresponde la asignación para alojamiento y comida. Se requiere aprobación con cinco días hábiles de anticipación para los gastos de alojamiento y comida de asegurados con cobertura CHIP. Es posible que el alojamiento para pasar la noche y el transporte se aprueben en menos de cinco días hábiles, pero eso se hará considerando cada caso en particular. Los traslados y las asignaciones para alojamiento y comida a más de 75 millas del hogar del asegurado se aprobarán únicamente si la cita médica fue aprobada con anticipación. Este servicio no incluye los beneficios ni servicios de transporte de emergencia.

¿Cómo obtengo el reembolso de los gastos en transporte?

A través de MTM Health, nuestro proveedor de servicios de transporte con valor agregado, puede solicitar el reembolso de los gastos de transporte realizados por ir a consultas aprobadas. Se debe firmar un acuerdo de participante en transporte individual (ITP, inglés). Puede descargar una copia de este documento en

<https://www.mtm-inc.net/texas/members/> (vaya a la opción "VER EN ESPANOL").

También puede comunicarse con MTM Health al **1-866-824-1565** (TTY: **711**) para solicitar un paquete con información al respecto. Atienden de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro. Complete los documentos y envíelos por correo postal, fax o correo electrónico:

Correo postal: MTM Health ITP Claims
16 Hawk Ridge Circle
Lake St. Louis, MO 63367

Correo electrónico: TXPayee@mtm-inc.net

Fax: 1-844-239-5971

Limitaciones: para obtener un reembolso, BCBSTX debe aprobar el traslado y al conductor antes de realizar el viaje. Debe llamar al menos dos días hábiles antes de la consulta programada. Todos los asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate pueden aprovechar este servicio.

Línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line

Los asegurados pueden acceder a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line en cualquier momento, de día o de noche, para obtener información general sobre el manejo de su salud. Nuestros enfermeros pueden darle información sobre problemas de salud y ayudarlo a decidir si debe llamar a su médico, solicitar atención médica inmediata, acudir a la sala de emergencias o tratar el problema usted mismo. Llame al **1-844-971-8906** (TTY: **711**) sin costo y obtenga respuestas a sus preguntas sobre salud.

Los adolescentes también pueden llamar a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line y hablar en privado con un enfermero sobre asuntos relacionados con la salud en la adolescencia.

Infórmese sobre otros cientos de temas de salud que tenemos en nuestra biblioteca de grabaciones de audio sobre temas como los siguientes:

- embarazo,
- diabetes,
- salud infantil,
- presión arterial alta,
- enfermedades de transmisión sexual como el VIH/sida.

La línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line también cuenta con servicios de intérpretes si necesita hablar con alguien en su propio idioma.

Limitaciones: no hay limitaciones. Los asegurados pueden acceder a la línea de asesoramiento de enfermería en cualquier momento. Todos los asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate pueden aprovechar este servicio.



Tarjeta de regalo por chequeos para niños y adolescentes

Los asegurados (de 2 a 18 años) con cobertura CHIP pueden recibir una tarjeta de regalo de \$25 cuando consultan a su PCP o ginecólogo-obstetra para hacerse el examen anual preventivo.

Limitaciones: los padres o tutores de asegurados de entre 2 y 18 años de edad deben garantizar que sus hijos se realicen los chequeos preventivos conforme a los criterios definidos. Los asegurados deben contar con cobertura vigente e inscribirse en el programa Wellness Rewards de BCBSTX para ser elegibles y recibir la tarjeta de regalo de \$25. Un PCP de la red deberá realizar los chequeos. Los asegurados son elegibles para una única tarjeta de regalo por año calendario. No se reemplazan las tarjetas de regalo que se hayan enviado a una dirección equivocada si el asegurado proporcionó información incorrecta durante el proceso de inscripción en línea.



Tarjeta de regalo de incentivo por la vacuna contra el papilomavirus humano

Los asegurados de entre 9 y 13 años con cobertura CHIP pueden obtener una tarjeta de regalo de \$25 cuando reciban todas las dosis de la vacuna contra el papilomavirus humano (VPH) (HPV, en inglés) requeridas para su edad.

Limitaciones: los adolescentes de entre 9 y 13 años con cobertura CHIP pueden obtener una tarjeta de regalo por un valor de \$25 cuando reciben todas las dosis de la vacuna contra el VPH requeridas

para su edad. Los asegurados deben contar con cobertura vigente e inscribirse en el sitio web del programa Wellness Rewards de BCBSTX para ser elegibles y recibir la tarjeta de regalo de \$25. Los asegurados pueden solicitar su tarjeta de regalo después de recibir la última dosis. Un PCP de la red deberá realizar los chequeos. La consulta debe realizarse antes de que termine el año calendario (31 de diciembre) para poder recibir una tarjeta de regalo como recompensa. Se debe recibir la serie completa de vacunas para ser elegible para obtener la tarjeta de regalo.

Mejora de artículos para la vista (para niños)

Los asegurados de hasta 18 años con cobertura CHIP pueden recibir una mejora en un artículo para la vista, como las siguientes:

- un par de armazones elegantes (en vez de unos básicos);
- mejores lentes;
- lentes de contacto;
- un par de anteojos adicional.

Los niños deben hacerse un examen de la vista antes de usar este servicio con valor agregado. El valor del beneficio no puede exceder los \$150. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Limitaciones: los asegurados de hasta 18 años con cobertura CHIP son elegibles para recibir una mejora en artículos para la vista, por ejemplo, un par de armazones más elegantes (si los que tienen son básicos), mejores lentes, lentes de contacto o conseguir un par de anteojos adicional cada año luego de completar un examen de la vista. El valor máximo del beneficio no puede exceder los \$150.

Este beneficio se ofrece exclusivamente a los asegurados de la cobertura CHIP. La mejora de artículos para la vista no se incluye en la cobertura CHIP Perinate.

Este servicio con valor agregado puede obtenerse después de que el seguro primario y secundario hayan proporcionado la cobertura.

Este beneficio solo se aplica a artículos para la vista básicos y especiales, lentes y artículos de mejor calidad y un par de anteojos adicional; no puede cambiarse por dinero en efectivo. Los lentes de contacto de fantasía no están incluidos. Un profesional de Davis Vision que participe en la red tiene que prestar este servicio con valor agregado.

El asegurado recibirá el servicio con valor agregado cuando el prestador de servicios médicos lo haya solicitado y una vez que haya cumplido con la consulta. Aún recibirá el servicio con valor agregado si su cobertura todavía se encuentra vigente en la fecha en que se solicitó el servicio.

Exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos

Los asegurados de entre 3 y 18 años de edad pueden recibir cada año calendario, sin costo, un examen físico requerido para practicar deportes y participar en campamentos.

Limitaciones: el examen físico para practicar deportes y participar en campamentos estará disponible a través de profesionales médicos con contrato. Este servicio con valor agregado se limita a un único examen físico por año calendario para asegurados de entre 3 y 18 años de edad.

Recompensa por actividades de salud y bienestar

Los asegurados de entre 7 y 18 años con cobertura CHIP pueden ganar como recompensa una tarjeta de regalo de \$40 por haber participado en alguna clase o actividad para la salud y el bienestar. Eso incluye, entre otras opciones, deportes, natación, música o campamentos elegidos por el asegurado. La actividad no requiere aprobación previa a la inscripción. El asegurado es responsable de presentar el recibo para obtener el reembolso por este servicio con valor agregado.

Clases en línea prenatales, posparto y para afrontar un duelo

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece BCBSTX para asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate?

BCBSTX ofrece clases prenatales en línea sin costo a embarazadas con cobertura CHIP y CHIP Perinate. Las clases son sobre lactancia, dietas y nutrición, cómo elaborar un plan para el parto, cuidados posparto y cómo afrontar un duelo. Las clases se ofrecen en inglés y en otros 15 idiomas. Visite el sitio web para asegurados con cobertura CHIP en espanol.bcbstx.com/medicaid para obtener más información sobre las clases en línea y otros recursos para aseguradas embarazadas.

Llame a Special Beginnings para inscribirse en una clase en línea.

Limitaciones: debe tener una cobertura CHIP o CHIP Perinate vigente y estar embarazada para tomar las clases.

¿Qué aprenderá?

Embarazo

- cambios del cuerpo;
- cambios y crecimiento del bebé;
- cuidados personales;
- dolores y molestias del embarazo;
- sus chequeos y pruebas;
- detección de los signos de que comienza el trabajo de parto.

Trabajo de parto y parto

- su plan para el parto;
- opciones para dar a luz;
- técnicas para respirar y pujar;
- parto por cesárea;
- opciones para aliviar el dolor;
- recuperación y cuidados posparto;
- cómo afrontar un duelo tras una pérdida.

Lactancia y atención del bebé

- cuidados y seguridad del bebé;
- cuidado del cordón umbilical y de la circuncisión;
- elección de un médico para el bebé;
- cómo saber si su bebé se siente mal;
- vacunas que necesita el bebé;
- lactancia;
 - posiciones para alimentar al bebé;
 - cómo extraer y almacenar la leche materna;
 - regreso al empleo.

Guía para atravesar un duelo

- apoyo para atravesar un duelo;
- recursos para la salud materno-infantil;
- información sobre recursos y grupos de apoyo locales.

Limitaciones: la asegurada debe estar embarazada para ser elegible para comenzar con las clases prenatales, además, su cobertura CHIP o CHIP Perinate debe estar vigente. Las clases se transmiten en línea a través de una computadora o aplicación para dispositivos móviles. Están disponibles en inglés y en otros 17 idiomas. Estas son algunas de las clases recomendadas: salud prenatal, lactancia, salud posparto, cambios emocionales y duelo. Son para aseguradas embarazadas o en etapa de posparto y se puede acceder a ellas hasta 30 días después de la fecha estimada de parto. La cobertura de las aseguradas debe estar vigente en los 30 días posteriores a la fecha estimada de parto.

**Tarjeta de regalo por consulta prenatal**

Las aseguradas embarazadas son elegibles para recibir una tarjeta de regalo de \$50 cuando completen su primera consulta prenatal durante el primer trimestre de embarazo o dentro de los 42 días de haber solicitado la cobertura de BCBSTX.

Limitaciones: las aseguradas embarazadas deben completar su primera consulta prenatal dentro de los plazos mencionados anteriormente. No se reemplazan las tarjetas de regalo que se hayan enviado a una dirección equivocada si la asegurada proporcionó información incorrecta durante el proceso de inscripción en línea. Repase la sección “¿Cuáles son las restricciones para las tarjetas de regalo?”.

Educación sobre la lactancia a través del programa Special Beginnings®.

Las aseguradas que se inscriban al programa de maternidad Special Beginnings tendrán acceso a enfermeros de Special Beginnings que proporcionan educación sobre la lactancia.

El programa de maternidad Special Beginnings puede ayudarla a que entienda y gestione mejor su embarazo. Cuando se inscribe en el programa, se le asigna un coordinador de servicios de Special Beginnings. Su coordinador de servicios es un enfermero especialmente capacitado que le hablará acerca de cómo están usted y su bebé, y la seguirá llamando hasta seis semanas después del nacimiento del bebé.

Le puede enseñar a tomar decisiones saludables para usted y su bebé, encontrar recursos sobre el embarazo si los necesita y trabajar con su médico si tiene necesidades especiales de salud durante el embarazo. Si está embarazada y quiere inscribirse en el programa Special Beginnings, llámenos sin costo al **1-888-421-7781 (TTY: 711)** o envíe un correo electrónico al programa a **TXSBMedicaid@bcbstx.com**.

Limitaciones: las aseguradas deben participar en el programa Special Beginnings para poder recibir asistencia para la lactancia y capacitación en salud materna de parte de los enfermeros de Special Beginnings desde el inicio del embarazo hasta seis semanas después del nacimiento del bebé.



Tarjeta de regalo por consulta posparto

Las aseguradas con cobertura CHIP pueden obtener una tarjeta de regalo de \$25 por completar una consulta posparto dentro de los 7 a 84 días después de tener un bebé.

Limitaciones: las aseguradas que hayan tenido un bebé recientemente deben completar una consulta posparto dentro de los 7 a 84 días después del parto; la cobertura de BCBSTX debe estar vigente cuando completen la consulta. No se reemplazan las tarjetas de regalo que se hayan enviado a una dirección equivocada si la asegurada proporcionó información incorrecta durante el proceso de inscripción en línea. Repase la sección “¿Cuáles son las restricciones para las tarjetas de regalo?”.

Servicios de entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria

Los asegurados con cobertura CHIP que hayan recibido el alta del hospital por un problema médico o de salud mental elegible mientras contaban con nuestra cobertura pueden ser elegibles para recibir hasta 14 comidas a domicilio. Las opciones de comida se entregan congeladas e incluyen opciones para el almuerzo y la cena. Puede pedir hasta 14 comidas al proveedor de comidas para un acontecimiento al año.

Limitaciones: los asegurados de la cobertura CHIP que hayan recibido el alta de un hospital pueden solicitar al prestador del servicio de comidas un máximo de 14 comidas preparadas, mientras su cobertura se encuentre vigente. La entrega de comidas a domicilio estará disponible únicamente para una ocasión por año, lo que equivale a un total de 14 comidas al año. Los padres o representantes legalmente autorizados tienen que contactar al coordinador de servicios para determinar la elegibilidad para el servicio y solicitar las comidas, para lo que deben inscribirse en línea. Las comidas se enviarán a la dirección que se le proporcione al proveedor en el momento en el que se solicitan los servicios. Las solicitudes de comida deben realizarse

dentro de los 30 días de haber recibido el alta. No se reemplazan las comidas que se hayan enviado a una dirección equivocada.

Servicios dentales para asegurados adultos

Ofrecemos servicios dentales a nuestros asegurados de 19 años o más con cobertura CHIP Perinate. Este servicio con valor agregado incluye exámenes dentales y limpiezas, radiografías, empastes de caries y extracciones de dientes con un valor de hasta \$250 al año. Llame sin costo a nuestro socio para servicios dentales, DentaQuest, al **1-800-205-4715**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro, para que le ayude a encontrar un prestador de servicios médicos de la red o para obtener una aprobación para recibir servicios dentales.

Limitaciones: la cobertura CHIP Perinate de BCBSTX de asegurados de entre 19 y 64 años de edad tiene que estar vigente en el momento en que se solicitan y se reciben los servicios con valor agregado. Deben recibir los servicios de un prestador de servicios dentales que tenga contrato con DentaQuest. Si el asegurado ya no fuera elegible, se aprobarán los servicios para problemas preexistentes según cada caso en particular. El monto máximo con cobertura es de \$250 al año.

Programa de salud y bienestar Blue365®

Nuestro programa Blue365 ofrece descuentos en varios servicios y artículos relacionados con la salud y el bienestar. El programa está disponible para todos los asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate en www.blue365deals.com/es/BCBSTX/. Entre los tipos de descuentos podemos mencionar los siguientes:

- ropa y calzado;
- acondicionamiento físico;

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

- cuidado auditivo y de la vista;
- hogar y familia;
- nutrición;
- cuidado personal.

Este servicio con valor agregado no incluye los beneficios y servicios incluidos en la cobertura CHIP.

Limitaciones: la membresía de Blue365 es gratuita y se ofrece a asegurados de hasta 64 años de edad. Blue365 es un programa que ofrece descuentos en productos y servicios para la salud y el bienestar.

Los asegurados sin acceso (o acceso limitado) a Internet, los asegurados con impedimentos de la vista y aquellos que tengan preguntas sobre cómo obtener información sobre Blue365 pueden comunicarse con Compromiso con el Asegurado, o con su asesor para asegurados, para que les ayuden a buscar recursos de Blue365 e información del programa.

Los asegurados deben inscribirse en el sitio [Blue365deals.com/es](https://blue365deals.com/es) de Texas. La información que se necesita para el proceso de inscripción incluye el nombre, el correo electrónico, la contraseña, el código postal, el número de asegurado y el prefijo alfabético "TXS".

Learn to Live: plataforma en línea sobre salud mental

Learn to Live es un programa de salud en línea sin costo. Se ofrece a los asegurados de 13 años o más y a los cuidadores.

Learn to Live ofrece soluciones de servicios de salud mental a su propio ritmo y, además, acceso a consejeros para asegurados las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede ayudar con problemas habituales, como el estrés, la ansiedad, la depresión, el insomnio y el abuso de sustancias. Para comenzar, inscríbase en <https://es.learntolive.com/welcome/BCBSTXMedicaid>.

Limitaciones: este servicio con valor agregado está disponible para asegurados de entre 13 y 64 años de edad. Para poder utilizar este servicio, los asegurados deben ingresar los datos de inicio de sesión que les haya proporcionado el área de Administración de Casos Clínicos. Los asegurados deciden la frecuencia con la que lo utilizan y los recursos disponibles que van a aprovechar. Para usarlo, ingrese este código de acceso: **TXMED**. Todos los asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate pueden aprovechar este servicio.

Parte 12

Servicios en farmacias y de medicamentos con receta

Para asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinate

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta?

El programa CHIP paga la mayoría de los medicamentos que usted o su hijo necesitan según lo establecido por el médico. El médico le dará una receta para llevar a la farmacia, o es posible que su médico pueda enviar la receta a la farmacia por usted.

Quedan excluidos los medicamentos anticonceptivos recetados únicamente con el fin de evitar el embarazo y los medicamentos para perder peso o subir de peso.

Según sus ingresos, quizá usted tenga que pagar un copago por cada receta médica. No se requieren copagos para asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinate.

Para asegurados con cobertura CHIP Perinate

¿Cuáles son los beneficios y servicios de medicamentos con receta para mi hijo que aún no nació? ¿Cómo obtengo los medicamentos?

El programa CHIP paga la mayoría de los medicamentos que usted o su hijo necesitan según lo establecido por el médico. El médico le dará una receta para llevar a la farmacia, o es posible que su médico pueda enviar la receta a la farmacia por usted.

No se requieren copagos para asegurados con cobertura CHIP Perinate.

Lista de medicamentos preferenciales

BCBSTX usa la lista de medicamentos preferenciales del Programa de Proveedores de Medicamentos (VDP, en inglés) para ayudar a su médico a elegir qué medicamentos darle. Algunos medicamentos de la lista necesitan aprobación. Su médico solicitará la aprobación antes de que pueda recetar dichos medicamentos. Sin la aprobación, los medicamentos no están incluidos en la cobertura. Es posible que algunos medicamentos tengan límites para el monto que se cubrirá. Puede averiguar si su medicamento está sujeto a otras condiciones o límites consultando la lista de medicamentos. Para obtener más información acerca de un medicamento, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o visite espanol.bcbstx.com/medicaid y elija la pestaña "Medicamentos" (*Prescription Drugs*) del sitio web.

Si su médico considera que usted debe tomar un medicamento que no figura en la lista, puede solicitar una aprobación.

Dentro de las 24 horas, le informaremos a su doctor si aceptamos la solicitud. Si recibimos el pedido fuera del horario de atención, le responderemos a su médico el siguiente día hábil. Su farmacéutico puede pedir un suministro de emergencia para 72 horas del medicamento. Si rechazamos su pedido, usted recibirá una carta con los motivos médicos del rechazo.

Algunos medicamentos pueden hacerle daño si los toma juntos. Para proteger su salud y seguridad, le informaremos a su médico y farmacéutico si tenemos alguna inquietud sobre los medicamentos que toma.

¿Cómo obtengo los medicamentos para mi hijo o para mí?

El programa CHIP paga la mayoría de los medicamentos que usted o su hijo necesitan según lo establecido por el médico. Su médico o el de su hijo le hará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado a la farmacia por usted.

Quedan excluidos los medicamentos anticonceptivos recetados únicamente con el fin de evitar el embarazo y los medicamentos para perder peso o subir de peso.

Según sus ingresos, quizá usted tenga que pagar un copago por cada receta médica. No se requieren copagos para asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinate.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para conseguir medicamentos recetados para mí o para mi hijo?

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Suministros limitados de atención médica a domicilio

Ahora, los asegurados con cobertura CHIP pueden obtener algunos suministros de atención médica a domicilio de las farmacias de BCBSTX. Se incluyen varios suministros estándar para la diabetes, como jeringas y agujas para insulina, lancetas, monitores de glucosa en la sangre, tiras reactivas para medir la glucosa, y mucho más. El monitor preferencial para la diabetes es de la línea de productos OneTouch®. Si necesita un monitor nuevo, su médico puede escribir una receta médica. También se ofrecen otros artículos médicos para el hogar, como cámaras para aerosol, electrolitos orales y soluciones salinas.

La mayoría de los asegurados con cobertura CHIP pueden obtener estos servicios en una farmacia o con un proveedor de equipo médico duradero. Si tiene preguntas, hágaselas al farmacéutico o llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Qué pasa si mi hijo o yo tenemos cobertura CHIP y necesitamos un medicamento de venta libre?

La farmacia no puede darle un medicamento de venta libre como parte de sus beneficios de CHIP o los de su hijo. Si necesitan un medicamento de venta libre, deberá pagarlo.

¿Qué pasa si mi hija o yo necesitamos anticonceptivos orales?

La farmacia no puede darles anticonceptivos orales con el fin de evitar un embarazo. Usted o su hija solo pueden recibir anticonceptivos orales a fin de tratar algún problema médico.

Cómo buscar una farmacia de la red ¿Cómo busco una farmacia de la red?

Los medicamentos recetados se pueden surtir en más de 4,400 farmacias de Texas. Puede encontrar farmacias locales en el sitio web de BCBSTX o puede llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** o a la línea TTY **711**.

¿Qué ocurre si voy a una farmacia que no participa en la red?

Si va a una farmacia que no forma parte de la red, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Podemos ayudarle a encontrar una farmacia de la red. Si surte los medicamentos en una farmacia que no participa en la red, tendrá que pagarlos.

¿Qué debo llevar conmigo a la farmacia?

Asegúrese de llevar la tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo y la receta médica a la farmacia.

Servicios de transporte para ir a la farmacia

Es posible que BCBSTX le proporcione un traslado a la farmacia cuando no sea por una emergencia. BCBSTX coordinará el traslado a través de los servicios de transporte con valor agregado si se dan las siguientes condiciones:

- no puede obtener un traslado a los servicios que son médicamente necesarios;
- recibe aprobación de BCBSTX por adelantado.

Consulte el capítulo sobre servicios con valor agregado para obtener más información sobre estos servicios de transporte con valor agregado.

Farmacia con entrega de medicamentos a domicilio

¿Qué hago si necesito que entreguen los medicamentos a mi casa?

Walgreens Mail Service ofrece el servicio de envío a domicilio sin costo. Usted puede recibir en su domicilio un suministro para 90 días de medicamentos a largo plazo. Los medicamentos a largo plazo son los que toma para tratar enfermedades crónicas, como el asma, el colesterol alto, la presión arterial elevada, la depresión o la ansiedad. Llámelos sin costo al **1-877-357-7463** (TTY: **711**) o visite walgreensmailservice.com (en inglés).

¿Qué pasa si no puedo obtener la aprobación del medicamento recetado por mi médico o el de mi hijo?

Si no se puede localizar a su médico o al de su hijo para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 días.

Llame a BCBSTX al **1-888-657-6061** para que le ayuden a obtener o a volver a surtir los medicamentos. Los asegurados que tienen impedimentos auditivos o del habla pueden comunicarse con la línea TTY al **711**.

¿Puedo presentar una apelación por un medicamento o equipo médico duradero que no haya sido aprobado?

Usted puede presentar una apelación llamando al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Puede obtener más información sobre cómo presentar una apelación en la **Parte 15: Cómo resolver un problema** con BCBSTX.

¿Qué hago si pierdo mis medicamentos o los de mi hijo?

Si pierde sus medicamentos, llame a la farmacia y pídale al personal que se comunique con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Parte 13

Programas para ayudarle a estar saludable

Cada asegurado tiene necesidades especiales en cada etapa de la vida. Contamos con programas para ayudarlo a mantenerse saludable y manejar enfermedades. No tiene que pagar para participar en estos programas. Los brindamos sin costo alguno a nuestros asegurados. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Esperamos que usted y su familia los usen. Queremos que estén bien y se mantengan saludables.

Coordinación de servicios

El personal de coordinación de servicios puede ayudarle a manejar sus necesidades específicas de atención médica teniendo en cuenta sus preferencias culturales.

Un coordinador de servicios de CHIP puede ayudarle con problemas crónicos específicos de salud, prevención y bienestar, sin costo para usted. Los servicios incluyen lo siguiente:

- gestión de su plan de tratamiento para ayudarle a controlar enfermedades crónicas, como el asma, la diabetes u otros problemas de salud complejos relacionados con la salud mental o el consumo de sustancias;
- información sobre cómo mejorar la salud del corazón y controlar la presión arterial y el colesterol altos;
- coordinación de atención médica con su PCP u otros especialistas médicos;
- ayuda para dejar de consumir tabaco;
- información sobre cómo mantener una buena nutrición, hacer ejercicio y controlar el peso.

Para obtener más información acerca del área de coordinación de servicios, llame sin costo al **1-877-214-5630**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro. Si tiene impedimentos auditivos o del habla, puede llamar a la línea TTY al **711**. Puede cancelar la suscripción a estos servicios en cualquier momento llamando al número de teléfono de coordinación de servicios mencionado.

¿Qué otros servicios puede BCBSTX ayudarme a obtener?

Special Beginnings

En BCBSTX ofrecemos el programa de maternidad Special Beginnings para ayudarla a que entienda y gestione mejor su embarazo. Recibirá el apoyo que necesita durante cada etapa del embarazo. Para ayudarla a mantener un buen estado de salud para usted y su bebé, inscríbase en el programa Special Beginnings tan

pronto como sepa que está embarazada. Se mantendrá la confidencialidad de toda su información. Al inscribirse, le ofreceremos lo siguiente:

- Dos entrevistas sobre riesgos en el embarazo. Estas entrevistas pueden ayudarnos a determinar si su embarazo es de alto riesgo.
- Información y materiales sobre nutrición y opciones de vida saludable antes y después del nacimiento del bebé. También recibirá información sobre cómo crece el bebé en gestación, cuidados para recién nacidos e información sobre atención preventiva para niños que es útil para padres primerizos.
- Llamadas personales de un enfermero con entrenamiento especial que será su coordinador de servicios de Special Beginnings. Su coordinador de servicios le hablará acerca de cómo evolucionan usted y su bebé y la seguirá llamando hasta seis semanas después del nacimiento del bebé.
- Acceso sin costo, las 24 horas, a una línea directa con atención de enfermeros titulados (*registered nurses*) con experiencia y enfermeros de maternidad (**1-844-971-8906**). La línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line incluye acceso a una fonoteca con información sobre la salud.

Ayuda personal y confidencial

Su coordinador de servicios de Special Beginnings la llamará con regularidad para hacerle preguntas sobre su salud y sus actividades. Además, la ayudará a encontrar más recursos relacionados con el embarazo si los necesita. Durante todo el embarazo, enfermeros con entrenamiento especial le ofrecerán los siguientes servicios:

- Evaluarán su salud, estilo de vida y posibles problemas del embarazo.

- Le enseñarán a evitar problemas que pueden presentarse durante el embarazo.
- La llamarán con regularidad para conversar acerca de su evolución y la del bebé.
- La alentarán para que incorpore cambios saludables.
- Le explicarán los planes de tratamiento del obstetra-ginecólogo.
- La ayudarán si tiene diabetes o presión arterial alta durante el embarazo.
- Le enseñarán acerca de los cuidados prenatales, de posparto y del recién nacido.

Si está embarazada y quiere inscribirse en Special Beginnings o si tiene alguna pregunta, puede llamarnos sin costo al **1-888-421-7781** (TTY/TDD: **711**) o enviar un correo electrónico a Special Beginnings, a TXSBMedicaid@bcbstx.com.

Programa para Mujeres, Bebés y Niños

El Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés) es un programa del Departamento de Servicios de Salud de Texas que les brinda alimentos saludables y otros servicios a las mujeres embarazadas y a las madres de niños pequeños. Además, el Programa WIC le ofrece noticias relacionadas con los alimentos saludables para usted, de forma gratuita. Si tiene preguntas sobre los servicios de este programa, llame al **1-800-942-3678**.

Cómo recibir otros servicios

Es posible que quiera servicios no incluidos en la cobertura de BCBSTX. Llame para hablar con un coordinador de servicios al **1-877-214-5630** para solicitar ayuda con otros servicios.

Parte 14

Ayuda con servicios especiales

¿Necesita ayuda con el idioma u otros medios de comunicación? BCBSTX ofrece servicios y programas que satisfacen diversas necesidades relacionadas con el idioma y la cultura. También le brinda acceso a una atención de calidad.

Ayuda en otros idiomas

¿Puedo tener un intérprete cuando hablo con mi médico o el médico de mi hijo?

BCBSTX le garantiza que tendrá servicios de interpretación disponibles cuando llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente, cuando consulte al PCP de su hijo y más.

BCBSTX no recomienda que familiares, amigos o niños actúen como intérpretes debido a las diferentes palabras que se usan en la comunicación médica. Si necesita los servicios de un intérprete o alguno de nuestros materiales para asegurados en otro idioma, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para obtener ayuda. Ofrecemos lo siguiente:

- materiales de educación sobre la salud en inglés y español;
- personal del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente que habla inglés y español;
- servicios de intérpretes telefónicos las 24 horas;

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

- lenguaje de señas y servicios de interpretación en persona;
- profesionales médicos que hablan más de un idioma;
- servicio de interpretación en más de 140 idiomas, si usted no habla inglés o español.

¿Cómo obtengo servicios de interpretación en persona en el consultorio del profesional médico?

Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés (uno que el médico no hable) durante una consulta, puede solicitar sin costo los servicios de un intérprete en persona o por teléfono. En el *Directorio de prestadores de servicios médicos* de CHIP, se indican los idiomas que hablan los médicos. Además, BCBSTX ofrece servicios de interpretación por teléfono y videoconferencia.

¿A quién llamo para solicitar un intérprete?

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Si necesita un intérprete durante la consulta en el consultorio del PCP de su hijo, pídale al médico que nos llame con, por lo menos, 72 horas (tres días) de anticipación. Con gusto le brindaremos ayuda.

Ayuda para asegurados con impedimentos auditivos o de la vista

Los asegurados que no oyen bien o son sordos pueden llamar sin costo al número de BCBSTX. Llame al **711** a la línea TTY del Departamento de Especialistas en

Servicio al Cliente, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días feriados aprobados por el Estado. Para recibir ayuda fuera del horario de atención y los fines de semana, llame al Servicio Relay de Texas, al **1-800-735-2989**, o marque **711**.

¿Cómo puedo obtener estos materiales en otros idiomas o formatos?

Ofrecemos este manual y otra información importante en otros idiomas y formatos, como braille, en letras grandes y en audio, para asegurados con impedimentos auditivos o de la vista. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades

Cumplimos con la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, en inglés) de 1990. Esta ley protege a su hijo de recibir un trato diferente de nuestra parte por una discapacidad. Si cree que su hijo fue tratado diferente por su discapacidad, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Asegurados con necesidades especiales de atención médica

En BCBSTX ofrecemos servicios especiales sin costo para los asegurados con necesidades de salud especiales. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Coordinación de servicios para ayudarle a obtener los servicios médicos que necesita.
- Su especialista puede ser su PCP.

Si desea hablar con un coordinador de servicios, llame al **1-877-214-5630**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.

Parte 15

Cómo resolver un problema

Queremos ayudar. Si está disconforme con la atención o el servicio que recibió de BCBSTX, médicos u hospitales, puede presentar una queja. Si tiene una queja, llámenos sin costo al **1-888-657-6061**.

También puede escribirnos a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
Attn: Complaints and Appeals
Department
PO Box 660717
Dallas, Texas 75266-0717

Quejas

¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién debo llamar?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para explicarnos el problema. Un asesor para asegurados con cobertura CHIP puede ayudarle a presentar una queja. Por lo general, podemos ayudarlo de inmediato o, a más tardar, en unos días. En BCBSTX no podemos tomar medidas en su contra por presentar una queja.

¿Puede alguien de BCBSTX ayudarme a presentar una queja?

Un asesor para asegurados puede ayudarle a presentar una queja. Para comunicarse con un asesor para asegurados, llame al **1-877-375-9097** o a la línea TTY: **711**. Si no habla inglés, podemos brindarle un intérprete sin ningún costo para usted. Ningún asegurado recibirá un trato diferente por presentar una queja.

¿Qué información necesito para presentar una queja?

Si desea presentar una queja por algún motivo, complete el formulario de queja que se encuentra en la sección "Para asegurados" (*Member Resources*) en la página web de CHIP en espanol.bcbstx.com/medicaid o escríbanos una carta sobre el problema. Describa claramente quién está involucrado en la queja, qué ocurrió, cuándo y dónde ocurrió, y por qué no está conforme con sus servicios de atención médica. Adjunte cualquier documento que pueda ayudarnos a investigar el problema. Envíe el formulario de queja completo o la carta a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
Attn: Complaints and Appeals
Department
PO Box 660717
Dallas, Texas 75266-0717

¿En cuánto tiempo se procesará mi queja?

Una vez recibida su queja, BCBSTX le responderá con una decisión sobre su apelación en un plazo máximo de 30 días calendario.

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

Una vez que recibamos su queja, le enviaremos una carta de confirmación dentro de los cinco días. Recibirá una carta de resolución de la queja en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su queja. La carta incluirá lo siguiente:

- descripción de la queja;
- información sobre las medidas tomadas para resolver el problema;
- información sobre cómo pedir una segunda revisión de su queja a BCBSTX;
- información sobre cómo pedir una apelación interna;

Si no estoy conforme con el resultado, ¿qué puedo hacer?

Si no está conforme con la respuesta a su queja, también puede presentar una queja al Departamento de Seguros de Texas llamando sin costo al **1-800-252-3439**. Si quiere presentar su solicitud por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection
PO Box 149091
Austin, Texas 78714-9091

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja por correo electrónico a <http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html> (vaya a la sección "Español").

¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación de quejas?

Sí. Usted o su hijo tienen derecho a presentarse ante un panel de apelación de quejas o enviar por escrito la apelación de una queja a dicho panel. Puede presentar pruebas o argumentos (legales o sobre hechos) escritos o en persona para su apelación. También puede presentar pruebas al panel de apelación de quejas. Le enviaremos una carta con la decisión final del panel de apelación de quejas dentro de los 30 días de la solicitud.

Apelaciones

¿Qué puedo hacer si mi médico pide un servicio con cobertura, pero en BCBSTX lo rechazan o limitan? ¿Cómo me entero de si un servicio fue rechazado?

Si rechazamos o limitamos la cobertura de un servicio o medicamento que el médico sugiere, le enviaremos una carta al médico con la explicación del motivo del rechazo. Usted también recibirá una carta al respecto. En la carta (Aviso), se le indicará cómo puede apelar la decisión de denegar o limitar los servicios. Usted o el médico de su hijo pueden apelar el rechazo de un servicio médico o del pago de servicios. Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061**. Los asegurados que tienen impedimentos auditivos o del habla pueden comunicarse con la línea TTY al **711**.

¿Cuándo tengo derecho a pedir una apelación?

Puede pedir una apelación por los siguientes motivos:

- el rechazo de una reclamación de forma total o parcial;
- una autorización limitada;
- el tipo o nivel de servicios y el rechazo.

¿Debo presentar la solicitud por escrito?

Puede presentar una apelación si llama al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o si nos envía una solicitud de apelación por escrito. Hay un formulario de solicitud de apelación disponible en la sección "Quejas y apelaciones" (*Complaints and Appeals*) en la pestaña "Para asegurados" (*Member Resources*) en espanol.bcbstx.com/medicaid. También puede escribir a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
C/O Complaints and Appeals Department
PO Box 660717
Dallas, Texas 75266

¿Puede alguien de BCBSTX ayudarme a presentar una apelación?

Un asesor para asegurados puede brindarle ayuda para presentar una apelación. Para comunicarse con un asesor para asegurados, llame al **1-877-375-9097**.

¿Cuáles son los plazos para una apelación?

Debe presentar la apelación ante BCBSTX dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la carta de Aviso que explica el motivo del rechazo o de la limitación de cobertura del servicio médico.

Le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles para informarle que recibimos la solicitud de apelación. Si se extiende el plazo, tenemos que enviarle

un aviso escrito en el que explicaremos los motivos de la demora (a menos que usted la haya solicitado). Puede presentar pruebas o argumentos (legales o sobre hechos) escritos o en persona para su apelación. Le informaremos cuándo hacerlo. Recibirá una carta que le explicará la decisión final sobre la revisión interna dentro de los 30 días de la solicitud.

Apelaciones por servicios de farmacia

Para solicitar una apelación por servicios de farmacia, usted puede hacer lo siguiente:

- Llamar sin costo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.
- Puede enviar una apelación por escrito a la siguiente dirección:

BCBSTX Appeals
C/O Processing
2900 Ames Crossing Road
Eagan, MN 55121
- También, puede enviar por fax una apelación por escrito al **1-855-212-8110**.
- Pedirle a su médico que la envíe en línea a www.myprime.com/es.html o a CoverMyMeds.com (en inglés).

Apelaciones aceleradas

¿Qué es una apelación acelerada?

Apelación acelerada significa que la aseguradora tiene que tomar una decisión rápida debido al estado de su salud. Esto ocurre cuando los plazos de una apelación estándar podrían poner en peligro su salud o su vida.

Si se rechaza su solicitud, la apelación deberá resolverse a través del proceso de apelación estándar. Haremos todo lo posible por informarle nuestra decisión en forma oral.

Para su apelación, tiene derecho a presentar comentarios escritos, documentos u otra información por teléfono o por escrito.

¿Debo presentar la solicitud por escrito?

Aceptaremos una solicitud de apelación de forma oral o escrita. Si presenta una apelación en forma oral, también debe enviarnosla por escrito.

¿Cómo pido una apelación acelerada?

Puede pedirla de forma oral o escrita.

¿Quién me puede ayudar a presentar una apelación acelerada?

Un asesor para asegurados puede ayudarle a presentar una apelación acelerada.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Revisaremos su apelación acelerada en el plazo de un día laborable a partir de la fecha en que recibamos toda la información necesaria para completar la apelación o 72 horas después de recibir la solicitud de apelación acelerada. Nos comunicaremos con usted para informarle nuestra decisión y también le enviaremos una carta. Si su solicitud de apelación rápida se debe a una emergencia en curso o al rechazo de una hospitalización mientras usted aún se encuentra en el hospital, analizaremos su caso y le informaremos la decisión dentro de un día hábil. Recibirá una llamada sobre nuestra decisión y haremos un seguimiento por carta en un plazo de tres días calendario.

¿Qué pasa si BCBSTX rechaza el pedido de apelación acelerada?

Si no aprobamos la apelación acelerada después de analizar su caso, su apelación deberá resolverse a través de los pasos para una apelación estándar.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la decisión de la apelación?

Si no está de acuerdo con la decisión, usted o su médico pueden solicitar una revisión de parte de una Organización revisora independiente (IRO, en inglés). Puede solicitar esta revisión en cualquier momento durante el proceso de apelación.

Organización revisora independiente

¿Qué es una Organización revisora independiente (IRO, en inglés)?

Una IRO es un sistema de revisión final para decidir si los asegurados pueden recibir los servicios de atención médica adecuados según sus motivos médicos (medicamente necesarios). Puede pedir una revisión del rechazo con el proceso de la IRO. Este servicio no tiene costo para el asegurado.

¿Cómo pido una revisión de una IRO?

Usted o alguien de confianza puede enviar una solicitud por escrito a BCBSTX a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
C/O Complaints and Appeals Department
PO Box 660717
Dallas, Texas 75266
Fax: **1-855-235-1055**

El solicitante también debe firmar el consentimiento para la divulgación de información médica a la IRO. Usted, su prestador de servicios médicos o alguien de su confianza también pueden enviar

una solicitud de revisión médica externa directamente a BCBSTX (a la dirección indicada anteriormente) o a Maximus:

MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534
Fax: **1-888-866-6190**

Puede encontrar copias del formulario de solicitud de apelación y del de solicitud de IRO de MAXIMUS Federal Services en espanol.bcbstx.com/medicaid.

Se adjuntará este formulario a la carta de decisión de apelación que se le envíe.

¿Cuáles son los plazos para este proceso?

Le enviaremos una copia del formulario de solicitud de la IRO que usted completó, los expedientes médicos y la información necesaria para una revisión de la IRO a la IRO que se eligió para que revise su caso. La IRO debe obtener la información dentro

de los tres días hábiles a partir de la fecha de la solicitud de la revisión. La IRO debe tomar una decisión en los siguientes plazos:

- Dentro de los 20 días desde la fecha en que se asignó su caso para decidir si su cobertura debe incluir el tratamiento rechazado.
- Dentro de los tres días en caso de un problema de salud que pone en peligro la vida.
- Cuando hay un problema de salud que pone su vida o la de su hijo en riesgo, la IRO tiene que llegar a una decisión en los siguientes plazos:
 - dentro de los tres días posteriores a obtener la información necesaria;
 - a más tardar, ocho días después de que la IRO obtenga el encargo.

No siempre puede obtener una revisión de la IRO. Únicamente se puede usar si decidimos que el servicio o tratamiento incluido no es médicamente necesario.

No puede solicitar una revisión de la IRO si el servicio que solicitó no es un servicio incluido.

Parte 16

Otros datos que quizá necesite saber

Si ya no podemos brindarle nuestros servicios

Es posible que no le brindemos cobertura en los siguientes casos:

- si se muda fuera del área de servicio de BCBSTX de forma permanente;
- si ya no es elegible para recibir los beneficios y servicios de la cobertura CHIP;
- si cancela su inscripción en el programa CHIP.

Su cobertura de BCBSTX entra en vigor en la fecha que figura en el frente de la tarjeta de asegurado de BCBSTX. Finaliza en la fecha asignada a BCBSTX por la HHSC. La HHSC determina lo siguiente:

- la elegibilidad e inclusión de los asegurados en la cobertura;
- el rechazo de la solicitud de cobertura o la cancelación de la cobertura médica de un asegurado.

Salvo según lo estipulado en este acuerdo, podemos cancelar la cobertura médica de su hijo en los siguientes casos:

- si usted o su hijo ya no son elegibles;
- si usted o su hijo permiten que otra persona use la tarjeta de asegurado de BCBSTX de su hijo;
- si usted o su hijo usan habitualmente la sala de emergencias para atención médica que no es de emergencia;
- si usted o su hijo cometen fraude;
- si usted proporciona información falsa sobre usted o su hijo.

En BCBSTX podríamos dejar de cubrir a su hijo si actúa, repetidamente, de tal manera que lo siguiente se vea afectado:

- la capacidad de la aseguradora para proporcionar u organizar servicios para su hijo u otros asegurados;
- la capacidad de un prestador de servicios médicos de brindar atención a otros pacientes.

Si tiene una queja sobre la solicitud de BCBSTX de cancelar la cobertura para su hijo, consulte la **Parte 15: Cómo resolver un problema**.

Comuníquese con nuestro corredor de seguros responsable de las solicitudes de cobertura, Maximus, al **1-800-964-2777** para solicitar la cancelación de la cobertura. También puede comunicarse con un especialista en Servicio al Cliente para conversar acerca de una queja o para solicitar la cancelación de la cobertura.

¿Qué ocurre si recibo una factura del médico de mi hijo o del mío? ¿Qué ocurre si recibo una factura de un prestador de servicios médicos perinatales?

Es posible que deba pagar a la HHSC una prima por la cobertura CHIP de su hijo y los copagos a los médicos del niño. En la mayoría de los casos, usted no debe recibir facturas del profesional de la salud de BCBSTX. Es posible que deba pagar cargos en los siguientes casos:

- si acordó pagar los servicios que no están incluidos en la cobertura o no fueron aprobados por BCBSTX;
- si acordó pagar servicios de un prestador de servicios médicos que no trabaja con BCBSTX.

¿A quién debo llamar?

Si recibe una factura y cree que no debe pagar los servicios, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

¿Qué información necesitan?

Debe contar con la factura en el momento de la llamada. Algunas veces, un prestador de servicios médicos podría enviarle un “estado de cuenta” que no es una factura. Le confirmaremos si debe pagarla. Deberá informarnos lo siguiente:

- fecha del servicio;
- monto que se le cobra;
- por qué se le facturó.

Cómo presentar una reclamación

Si le pidieran que pague un servicio de atención médica o un suministro médico, debe enviar la documentación escrita a BCBSTX. También debe informarnos por escrito por qué tuvo que pagar el servicio o artículo. Analizaremos la reclamación para ver si le corresponde un reembolso.

Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente para pedir un formulario de reclamación o información adicional. Los asegurados que tengan impedimentos auditivos o del habla pueden comunicarse con nuestra línea TTY al **711**.

Si usted tiene otro seguro

Si su hijo cuenta con cobertura de otro seguro de gastos médicos, debe informárnoslo. Debe llamar al encargado del caso de la HHSC. Esto les permite a BCBSTX y a sus profesionales de la salud decidir quién debe pagar la factura. Tenemos derecho a conseguir información de cualquier persona que le brinde atención a su hijo. Necesitamos esta información para poder pagar la atención médica. Esta información solo la compartimos con su prestador de servicios médicos o según lo permita la ley.

Nuevos tratamientos médicos

En BCBSTX revisamos los nuevos tratamientos médicos. Un grupo de PCP, especialistas y directores médicos deciden si un tratamiento:

- ha sido aprobado por el gobierno;
- ha demostrado en un estudio confiable cómo afecta a los pacientes;
- ayudará a los pacientes del mismo modo o en mayor medida que los tratamientos actuales;
- mejorará la salud de un paciente.

El grupo revisa esta información y después decide si el tratamiento es médicamente necesario.

Si su médico nos solicita un tratamiento que el grupo de revisión todavía no ha analizado, nuestros revisores obtendrán información sobre el tratamiento y tomarán una decisión. Le informarán a su médico si el tratamiento es médicamente necesario y si cuenta con nuestra aprobación para el pago.

Mejoramiento de la calidad

En BCBSTX, queremos mejorar su cobertura médica. Para ello, tenemos un programa para el mejoramiento de la calidad (QI, en inglés) que describe los procesos, objetivos y resultados relacionados con la atención médica y los servicios a los asegurados. A través de este programa:

- llevamos un registro sobre en qué medida usted está satisfecho con su médico;
- llevamos a cabo encuestas para conocer su nivel de satisfacción con nosotros;
- utilizamos la información obtenida para planificar cómo mejorar nuestros servicios;
- ponemos en marcha nuestra planificación para mejorar los servicios de atención médica que usted recibe.

Para recibir información detallada sobre el programa QI, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o descargue una copia del informe del sitio web para asegurados con cobertura CHIP, en la sección "Formularios y documentos" (*Forms and Documents*).

Evidencia de cobertura

Si lo solicita, su cobertura médica otorga una *Evidencia de cobertura* (EOC, en inglés) para demostrar el período durante el cual contó con cobertura. La EOC se publica en nuestro sitio web para asegurados en la pestaña "Para asegurados" (*Member Resources*), sección "Formularios y documentos" (*Forms and Documents*). También puede acceder a ella en https://www.bcbstx.com/chip/pdf/tx_chip_evidence_of_coverage.pdf (documento en inglés).

Si no tiene acceso a una computadora y desea que le enviemos una copia por correo, comuníquese con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Políticas de privacidad

Tenemos derecho a conseguir información de cualquier persona que le brinde atención a usted o a su hijo. Usamos esta información para poder pagar y administrar la atención médica de su hijo. Mantenemos la privacidad de esta información entre usted, el profesional médico de su hijo y nosotros, o según lo permita la ley. Consulte el *Aviso de prácticas de privacidad* al final del capítulo para informarse sobre su derecho a la privacidad. Este aviso se incluyó en el paquete para nuevos asegurados de BCBSTX. Si quiere una copia del aviso, comuníquese con el Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Los expedientes médicos de su hijo

Las leyes federales y estatales le permiten ver los expedientes médicos de su hijo. Pídselos primero al PCP de su hijo. Si tiene problemas para conseguir los expedientes médicos de su hijo de su PCP, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Instrucciones anticipadas (testamento vital)

Un documento de instrucciones anticipadas es un documento legal que establece cómo su hijo desea ser tratado en caso de no poder hablar o tomar decisiones. Esto se aplica a asegurados de 18 años de edad o mayores.

Además, se recomienda que su hijo enumere los tipos de atención que desea o que no desea recibir. Por ejemplo, algunas

personas no desean ser mantenidas con vida mediante equipos de soporte vital si entran en estado de coma. El PCP de su hijo incluirá el testamento vital en los expedientes médicos del niño. De ese modo, el médico sabrá cuáles son los deseos de su hijo.

Su hijo tiene derecho a presentar documentos para que los usen el PCP y otros profesionales de la salud. Se los conoce como “instrucciones anticipadas para asuntos médicos”. Su hijo puede hablar con miembros de la familia, el PCP o alguien en quien confíe para que le ayuden a completar estos documentos. La instrucción anticipada se puede modificar o dejar sin efecto en cualquier momento.

Puede encontrar los formularios que necesite en tiendas de suministros para oficinas y en farmacias, como así también en la oficina de un abogado. Si tiene más preguntas sobre los testamentos vitales, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o visite el sitio web <https://hhs.texas.gov/forms/advance-directives> (haga clic en “Español”).

Cambios en el programa

Los servicios de BCBSTX pueden cambiar sin su consentimiento. Si tiene alguna pregunta sobre los cambios en el programa, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

Cómo denunciar malgasto, abuso o fraude en CHIP

¿Cómo puedo denunciar a una persona por mal uso o abuso del programa o de los servicios?

Infórmenos si usted cree que un médico, dentista, farmacéutico, otro prestador de servicios médicos o alguna persona que

recibe beneficios o servicios de CHIP está haciendo algo incorrecto. Puede tratarse de malgasto, fraude o abuso, que son actos ilícitos. Por ejemplo, avísenos si piensa que alguien hace lo siguiente:

- recibe pagos por servicios de CHIP que no se brindaron o no eran necesarios;
- no dice la verdad sobre un problema de salud para recibir tratamiento médico;
- permite que otra persona use su número de asegurado de CHIP;
- usa el número de asegurado de CHIP de otra persona;
- no dice la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que la persona tiene con el propósito de recibir beneficios.

Para informar malgasto, fraude o abuso, tome alguna de las siguientes medidas:

- Llame a la línea directa de la Oficina del Inspector General (OIG, en inglés) al **1-800-436-6184**.
- Consulte <https://oig.hhs.texas.gov/report-fraud> (en inglés) para informar fraude, malgasto o abuso.
- Presente la denuncia directamente ante su aseguradora, a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 201166
Austin, Texas 78720-9919
- Llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente.

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

Cuando denuncie a prestadores de servicios médicos (un médico, dentista, consejero, etc.), incluya lo siguiente:

- el nombre, la dirección y el teléfono de los prestadores de servicios médicos;

- el nombre y la dirección del centro (hospital, centro de enfermería, agencia de atención médica a domicilio, etc.);
- el número de Medicaid del prestador de servicios médicos y del centro, si lo sabe;
- el tipo de prestador de servicios médicos (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.);
- el nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
- las fechas de los sucesos;
- un resumen de lo ocurrido.

Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya lo siguiente:

- el nombre de la persona;
- la fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe;
- la ciudad donde vive la persona;
- los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos

En BCBSTX debemos proporcionarle un *Aviso de prácticas de privacidad* de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés), así como un *Aviso estatal de prácticas de privacidad*. En el *Aviso de prácticas de privacidad* de la ley HIPAA se explica cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información de salud protegida y los derechos que usted tiene sobre tal información conforme a la ley federal. En el *Aviso estatal de prácticas de privacidad* se explica cómo BCBSTX puede usar o divulgar su información financiera personal de carácter privado y los derechos que usted tiene sobre tal información conforme a la ley estatal. Tómese unos minutos para

examinar estos avisos. Puede consultar el sitio web de BAM, portal protegido para asegurados, en espanol.bcbstx.com/medicaid y suscribirse para recibir estos avisos por correo electrónico. Encontrará nuestra información de contacto al final de los avisos.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene determinados derechos.

En esta sección, se explican sus derechos y algunas de las cosas que podemos hacer para ayudarlo.

Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones

- Puede solicitar ver sus expedientes médicos y reclamaciones u obtener una copia de estos documentos, como así también de otra información médica que tengamos sobre usted. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de sus reclamaciones dentro de los 30 días de haber recibido la solicitud, salvo que solicitemos más tiempo. Es posible que cobremos una tarifa mínima.

Solicitar que corrijamos expedientes médicos o de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos o de reclamaciones si considera que tienen errores. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.

- Es posible que rechacemos su solicitud de corrección de sus expedientes. Le informaremos por escrito el motivo dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones privadas

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una determinada manera o que le enviemos correspondencia a otro domicilio. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- Responderemos todas las solicitudes. Aceptaremos su solicitud si nos hace saber que correría peligro en caso de que la rechazemos.

Pedir que limitemos lo que usamos o lo que compartimos

- Puede pedirnos que no compartamos ni usemos determinada información médica. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.
- No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos rechazarla si al aceptarla su atención médica se pudiera ver afectada.

Obtener una lista de las entidades con las que hemos compartido información

- Puede pedirnos una lista con detalles de los últimos seis años sobre las fechas en las que compartimos su información, las personas con las que la compartimos y los motivos. Use la información de contacto que aparece al final de este aviso para comunicarse con nosotros y preguntarnos cómo hacer este trámite.

- Le proporcionaremos dicha información; sin embargo, no le proporcionaremos información sobre el pago de su atención médica. Le proporcionaremos dicha información una vez al año sin costo, y es posible que le cobremos una tarifa mínima según el costo si nos pide otra lista dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso

- Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso por correo electrónico. Si desea obtener una copia de este aviso, comuníquese con nosotros con la información de contacto que figura al final de este aviso y se la enviaremos.

Elegir a alguien que lo represente

- Si le otorgó a alguien un poder notarial para asuntos médicos o si alguien es su tutor, dicha persona también puede solicitar información y tomar decisiones por usted.
- Nos aseguraremos de que esas personas estén autorizadas para obtener información sobre usted antes de suministrársela.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que no hicimos lo correcto con su información, puede enviarnos su queja. Comuníquese con nosotros con la información de contacto que aparece al final del aviso.
- También puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para hacerlo, llame al **1-877-696-6775**, ingrese en **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints** (disponible solo en inglés) o envíeles una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.

- Tiene derecho a presentar una queja, y si lo hace, no lo usaremos en su contra.

SUS ELECCIONES

Para determinada información médica, puede informarnos sus elecciones respecto de lo que compartimos.

Si sabe cómo desea que compartamos su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber y seguiremos sus indicaciones. Comuníquese con nosotros con la información de contacto que figura al final de este aviso.

En estas situaciones, tiene el derecho y la opción de indicarnos que hagamos lo siguiente:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención médica.
- Compartamos información en malas situaciones y ayudemos a solucionar el problema.
- Nos comuniquemos con usted para colaborar en recaudaciones de fondos.

Si hay algún motivo por el cual no puede indicarnos con quién podemos compartir información, es posible que la compartamos si consideramos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir información por motivos de salud o de seguridad.

Nunca vendemos ni usamos su información para fines promocionales, salvo que nos dé su consentimiento por escrito.

USO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN**¿Cómo usamos o compartimos su información médica?**

Usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Para ayudarlo con el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar y compartir su información médica con médicos o personal médico que le brindan tratamiento.

Por ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar más servicios.

Para llevar a cabo nuestras operaciones

- Podemos usar y divulgar su información para apoyar y mejorar nuestras operaciones.

Por ejemplo: usamos la información médica para crear mejores servicios para usted.

No podemos usar su información genética para decidir si le brindaremos atención médica, a menos que se trate de planes de atención médica a largo plazo.

Para pagar sus servicios médicos

- Podemos usar y divulgar su información médica al patrocinador de la cobertura médica con fines relacionados con la administración de la cobertura.

Por ejemplo: compartimos información sobre usted con su cobertura dental para efectuar un pago por los trabajos dentales.

Para administrar su cobertura

- Es posible que divulguemos su información médica al patrocinador de la cobertura médica con fines relacionados con la administración de la cobertura.

Por ejemplo: es posible que proporcionemos determinada información al patrocinador de su cobertura médica para explicarle cómo cobramos nuestros servicios.

¿De qué otras formas podemos usar o compartir su información médica?

También podemos compartir su información para ayudar al bien público. Por ejemplo, para casos de salud pública y de investigación. Tenemos que cumplir con muchas leyes antes de poder compartir su información para tales motivos.

Para obtener más información, ingrese en

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

(disponible solo en inglés).

Para ayudar con cuestiones de salud y seguridad públicas

- Podemos compartir su información médica para ciertas cuestiones, como las siguientes:
 - prevenir enfermedades;
 - ayudar en casos en los que se están retirando productos del mercado;
 - informar reacciones adversas a medicamentos;
 - informar supuestos casos de daño físico, negligencia o violencia doméstica;
 - prevenir o minimizar una amenaza a la salud o a la seguridad de una persona.

Para llevar a cabo investigaciones

- Podemos usar o compartir su información para realizar investigaciones médicas.

Para cumplir con la ley

- Compartimos información sobre usted cuando lo requieren las leyes estatales o federales. Por ejemplo, podemos compartir información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para que puedan verificar si cumplimos con las leyes de privacidad.

Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con determinados expertos

- Podemos compartir su información médica con organizaciones que ayudan en la donación de órganos o tejidos.
- Podemos compartir su información con examinadores médicos, médicos forenses o encargados de funerarias.

Para atender casos de indemnización laboral, solicitudes de la policía y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar o compartir su información médica para lo siguiente:
 - reclamaciones sobre indemnización laboral;
 - aplicación de la ley o colaboración con las autoridades;
 - apoyo para agencias de supervisión de salud para actividades aprobadas por ley;
 - colaboración para funciones especiales del gobierno, como servicios del ejército, seguridad nacional y protección presidencial, o colaboración con prisiones en relación con los presidiarios.

Para responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información para responder a sentencias judiciales o para responder a citatorios.

Para determinada información médica

- Es posible que las leyes estatales nos exijan que seamos sumamente cuidadosos con la información sobre determinados problemas de salud o enfermedades. Por ejemplo, las leyes pueden prohibirnos que compartamos o usemos información sobre VIH/sida, salud mental, abuso de alcohol o drogas e información genética sin su consentimiento. En estas situaciones, nos regiremos por lo que estipulen las leyes estatales.

NUESTRAS OBLIGACIONES

Cuando se trata de su información, tenemos determinadas obligaciones

- Tenemos que mantener su información médica segura y protegida.
- Tenemos que informarle si su información ha sido usada o compartida por alguna persona que pudiera perjudicarlo en cierta forma.
- Tenemos que cumplir con las prácticas de privacidad descritas en este aviso y asegurarnos de que usted pueda obtener una copia del aviso.
- No usaremos ni compartiremos su información, excepto de las formas descritas en este documento, a menos que usted nos autorice por escrito.

Podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, ingrese en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html (disponible solo en inglés).

Aviso estatal de prácticas de privacidad

En BCBSTX recopilamos información personal de carácter privado sobre usted de su cobertura médica, sus reclamaciones de atención médica, su información de pagos y otros tipos de agencias de informes. En BCBSTX nos comprometemos a lo siguiente:

- No compartir su información, incluso si usted deja de ser cliente, a terceros no afiliados, excepto si usted da su aprobación o si la ley lo exige.
- Limitar la cantidad de trabajadores que pueden ver su información a aquellos que realizan trabajos necesarios para dirigir nuestra compañía y que brindan atención a nuestros clientes.
- Contar con prácticas de privacidad y seguridad que protegen su información contra el uso no autorizado.

- Usar su información únicamente para procesar sus reclamaciones, para hacerle facturas y para proporcionarle servicio al cliente.
- Usar su información según lo permita la ley.

En BCBSTX podremos compartir su información con determinados terceros que realizan trabajos para nosotros o prestan servicios en nuestro nombre. A continuación, se indican algunos ejemplos de terceros con los que podemos compartir su información:

- nuestros afiliados;
- socios clínicos y otros socios comerciales que prestan servicios en nuestro nombre;
- agentes o corredores de seguros, firmas de servicios financieros, compañías de reaseguros para la reducción de pérdidas (*stop-loss*);
- agencias reguladoras y otros grupos gubernamentales, incluida la policía;
- la aseguradora que ofrece su cobertura médica grupal.

Tiene derecho a preguntarnos sobre la información financiera de carácter privado que tengamos sobre usted y solicitarnos una copia de dicha información.

CAMBIOS EN ESTOS AVISOS

Tenemos derecho a modificar los términos de estos avisos. Los cambios realizados se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si realizamos cambios, la ley exige que le enviemos una copia del nuevo aviso.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si desea obtener una copia del aviso en algún momento, puede hacer lo siguiente:

- 1 Ingrese en el sitio web <https://www.bcbstx.com/medicaid/pdf/medicaid-hipaa-notice-tx.pdf> (documento en inglés).
- 2 O bien, llame al número para llamadas sin cargo en su tarjeta de asegurado.

Si tiene preguntas sobre sus derechos o sobre estos avisos, comuníquese con nosotros por alguno de los siguientes medios:

- 1 Llámenos al **1-877-361-7594**.
- 2 Escriba a nuestra Oficina de Privacidad:
Divisional Vice President
Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 804836
Chicago, IL 60680-4110

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

Parte 17

Sus derechos y obligaciones de atención médica

Derechos y obligaciones para asegurados con cobertura CHIP y para asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinate

En BCBSTX queremos asegurarnos de que usted y su hijo reciban la atención médica que necesitan. También queremos garantizar que se respeten sus derechos como asegurado.

Derechos de los asegurados

1. Usted tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender. Así, podrá tomar buenas decisiones respecto de la cobertura médica, de los médicos, de los hospitales y de otros prestadores de servicios médicos de su hijo.
2. La aseguradora debe informarle si usa una “red de prestadores de servicios médicos restringida”, formada por un grupo de médicos y otros prestadores de servicios médicos que solo refieren a sus pacientes a otros médicos que están en el mismo grupo. “Red de prestadores de servicios médicos restringida” quiere decir que usted no puede consultar a todos los médicos que participan en su cobertura médica. Si su cobertura médica usa “redes restringidas”, usted debe averiguar si el prestador de atención médica primaria de su hijo y cualquier otro médico especialista que quiera consultar son parte de la misma “red restringida”.
3. Usted tiene derecho a conocer la forma en la que se paga a sus médicos. Algunos obtienen un pago fijo, sin importar la cantidad de veces que los consulte. Y a otros se les paga según los servicios que le brindan a su hijo. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
4. Usted tiene derecho a saber cómo la aseguradora decide si un servicio tiene cobertura o es médicamente necesario. Además, tiene derecho a conseguir información sobre las personas que toman esas decisiones en la aseguradora.
5. Usted tiene derecho a dialogar de forma sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para los problemas de salud, independientemente del costo o de la cobertura de los servicios médicos.
6. Usted tiene derecho a saber los nombres y las direcciones de los hospitales y de otros prestadores de servicios médicos en su cobertura médica.
7. Usted tiene derecho a elegir prestadores de servicios médicos de una lista lo suficientemente extensa como para que su hijo pueda recibir la clase de atención adecuada cuando sea necesario.
8. Si un médico afirma que su hijo tiene necesidades de atención médica especiales o una discapacidad, usted podría elegir a un especialista como el prestador de atención médica primaria de su hijo. Infórmese con la aseguradora.
9. Los niños a los que se les hayan diagnosticado necesidades de atención médica especiales o una discapacidad tienen derecho a recibir atención especial.
10. Si su hijo tiene problemas médicos especiales, y el médico que lo atiende deja su cobertura médica, su hijo podría seguir consultándolo por tres meses. La aseguradora deberá continuar pagando esos servicios. Infórmese con la aseguradora.

Si tiene preguntas, llame sin cargo al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** (TTY: **711**), con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, o a la línea de asesoramiento de enfermería 24/7 Nurse Advice Line al **1-844-971-8906**.

11. Su hija tiene derecho a consultar a un ginecólogo-obstetra participante sin un referido de su prestador de atención médica primaria y sin antes consultar con su aseguradora. Infórmese con la aseguradora. Es posible que algunas coberturas le pidan que elija un ginecólogo-obstetra antes de consultarlo sin referido.
12. Su hijo tiene derecho a recibir servicios de emergencia si usted razonablemente cree que la vida de su hijo está en peligro o que su hijo podría sufrir graves daños si no es tratado de inmediato. La cobertura para emergencias está disponible sin antes consultar con su aseguradora. Según sus ingresos, quizá usted tenga que pagar un copago. Los copagos no se aplican a los asegurados con cobertura CHIP Perinatal.
13. Usted tiene el derecho y la obligación de participar en todas las decisiones acerca de la atención médica de su hijo.
14. Usted tiene derecho a hablar en nombre de su hijo sobre todas las opciones de tratamiento.
15. Usted tiene derecho a obtener una segunda opinión de otro médico de su cobertura médica sobre la clase de tratamiento que su hijo necesita.
16. Usted tiene derecho a recibir un trato justo de la aseguradora, de los médicos, de los hospitales y de otros prestadores de servicios médicos.
17. Usted tiene derecho a hablar en privado con los médicos y otros profesionales de la salud de su hijo. También tiene derecho a que se mantenga la confidencialidad de los expedientes médicos de su hijo. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar los expedientes médicos de su hijo. También puede pedir que se les realicen cambios.
18. Usted tiene derecho a un proceso justo y rápido para solucionar problemas relacionados con su cobertura médica y con los médicos, los hospitales y otros profesionales que brindan servicios a su hijo. Si su aseguradora indica que no pagará un servicio o beneficio incluido en la cobertura que el médico de su hijo considera médicamente necesario, usted tiene derecho a presentar una queja o apelación, y a que otro grupo, externo a la aseguradora, le diga quién cree que tiene razón (su médico o la aseguradora).
19. Usted tiene derecho a saber que los médicos, los hospitales y otros profesionales que atienden a su hijo pueden ofrecerle consejos sobre el estado de salud, la atención médica y el tratamiento de su hijo. La aseguradora no puede impedir que estas personas le brinden tal información, aunque la atención o el tratamiento no sean servicios incluidos.
20. Usted tiene derecho a saber que solo es responsable de pagar los copagos permitidos por los servicios incluidos en la cobertura. Ni los médicos, ni los hospitales ni otras partes pueden obligarlo a pagar ningún otro monto por los servicios incluidos en la cobertura.
21. Usted tiene derecho a estar libre de toda forma de restricción o reclusión como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
22. Tiene derecho a hacer recomendaciones en lo que respecta a la política de derechos y obligaciones de los asegurados de BCBSTX.
23. Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores, y los derechos y las obligaciones de los asegurados.
24. Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su derecho a la privacidad.
25. Tiene derecho a participar junto con los profesionales en la toma de decisiones sobre su atención médica.
26. Tiene derecho a expresar sus quejas o presentar apelaciones sobre la organización o la atención que brinda.

Obligaciones de los asegurados

Tanto usted como su aseguradora tienen interés en que mejore la salud de su hijo. Usted puede ayudar si asume las siguientes obligaciones.

1. Usted debe tratar de adoptar hábitos para mantenerse saludable. Aliente a su hijo a no fumar y a seguir una dieta saludable.
2. Usted debe proporcionar la mayor cantidad de información posible a BCBSTX, los médicos y otros prestadores de servicios médicos profesionales para que puedan proporcionar atención médica.
3. Siga los planes de atención médica y las instrucciones que acordó con su médico o el prestador de servicios médicos.
4. Usted debe participar en las decisiones del médico sobre los tratamientos para su hijo.
5. Usted debe colaborar con los médicos y otros prestadores de servicios médicos de su cobertura para elegir tratamientos para su hijo en los que todos estén de acuerdo.
6. Si no está de acuerdo con su aseguradora, primero debe intentar resolver el problema con el proceso de quejas de la aseguradora.
7. Usted debe saber qué es lo que está incluido en su cobertura médica y qué no. Lea su manual para asegurados para entender cómo funcionan las normas.
8. Si programa una cita para su hijo, debe tratar de llegar al consultorio del médico puntualmente. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
9. Si su hijo tiene cobertura CHIP, usted es responsable de pagar los copagos de su médico y de otros prestadores de servicios médicos que correspondan. Si su hijo recibe servicios de CHIP Perinatal, usted no tendrá ningún copago por esos servicios.
10. Usted debe informar el mal uso de los servicios de CHIP o CHIP Perinatal por parte de prestadores de servicios médicos, otros asegurados u otras aseguradoras.
11. Usted debe hablar con sus prestadores de servicios médicos sobre los medicamentos que le receten.
12. Usted tiene la obligación de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de los objetivos de tratamiento acordados de manera mutua en la medida de lo posible.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al **1-800-368-1019**. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea en www.hhs.gov/ocr (disponible solo en inglés).

Para asegurados con cobertura CHIP Perinate

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS ASEGURADOS

DERECHOS DE LOS ASEGURADOS

1. Usted tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender. Así, podrá tomar buenas decisiones respecto de la cobertura médica, de los médicos, de los hospitales y de otros prestadores de servicios médicos de su hijo que está por nacer.
2. Usted tiene derecho a conocer la forma en la que se paga a los profesionales médicos de CHIP Perinatal. Algunos podrían obtener un pago fijo, sin importar la cantidad de veces que los consulte. Y a otros se les paga según los servicios que le brindan a su hijo por nacer. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
3. Usted tiene derecho a saber cómo la aseguradora decide si un servicio perinatal tiene cobertura o es médicamente necesario. Además, tiene derecho a conseguir información sobre las personas que toman esas decisiones en la aseguradora.
4. Usted tiene derecho a saber los nombres y las direcciones de los hospitales y de otros prestadores de servicios médicos perinatales en su cobertura médica.
5. Usted tiene derecho a elegir prestadores de servicios médicos de una lista lo suficientemente extensa como para que su hijo por nacer pueda recibir la clase de atención adecuada cuando sea necesario.
6. Usted tiene derecho a recibir servicios perinatales de emergencia si razonablemente cree que la vida de su hijo por nacer está en peligro o que su hijo por nacer podría sufrir graves daños si no es tratado de inmediato. La cobertura para emergencias está disponible sin antes consultar con la aseguradora.
7. Usted tiene el derecho y la obligación de participar en todas las decisiones acerca de la atención médica de su hijo por nacer.
8. Usted tiene derecho a hablar en nombre de su hijo por nacer sobre todas las opciones de tratamiento.
9. Usted tiene derecho a recibir un trato justo de la aseguradora, de los médicos, de los hospitales y de otros prestadores de servicios médicos.
10. Usted tiene derecho a hablar en privado con su prestador de servicios médicos perinatales y a que se mantenga la confidencialidad de sus expedientes médicos. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar sus expedientes médicos. También puede pedir que se les realicen cambios.
11. Usted tiene derecho a un proceso justo y rápido para solucionar problemas relacionados con su cobertura médica y con los médicos, los hospitales y otros profesionales perinatales que brindan servicios a su hijo por nacer. Si su aseguradora indica que no pagará un servicio o beneficio perinatal incluido en la cobertura que el médico de su hijo por nacer considera médicamente necesario, usted tiene derecho a pedir que un grupo externo a la aseguradora determine si concuerdan con la decisión de su médico o con la de la aseguradora.
12. Usted tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otros profesionales médicos perinatales pueden darle información sobre su estado de salud, atención médica o tratamiento o los de su hijo por nacer. La aseguradora no puede impedir que estas personas le brinden tal información, aunque la atención o el tratamiento no sean servicios incluidos.

OBLIGACIONES DE LOS ASEGURADOS

Tanto usted como su aseguradora tienen interés en que su hijo nazca con un buen estado de salud. Usted puede ayudar si asume las siguientes obligaciones.

1. Usted debe tratar de adoptar hábitos para mantenerse saludable. No consuma tabaco y siga una dieta saludable.
2. Usted debe participar en las decisiones sobre la atención médica de su hijo por nacer.
3. Si no está de acuerdo con su aseguradora, primero debe intentar resolver el problema con el proceso de quejas de la aseguradora.
4. Usted debe saber qué es lo que está incluido en su cobertura médica y qué no. Lea el manual para asegurados de CHIP Perinatal para entender cómo funcionan las normas.
5. Usted debe tratar de llegar al consultorio del médico puntualmente. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
6. Usted debe informar el mal uso de los servicios de CHIP Perinatal por parte de prestadores de servicios médicos, otros asegurados u otras aseguradoras.
7. Usted debe hablar con sus prestadores de servicios médicos sobre los medicamentos que le receten.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame sin costo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, en inglés) al **1-800-368-1019**. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea, en www.hhs.gov/ocr (disponible solo en inglés).

Parte 18

Definiciones

A continuación, se explican algunos de los términos utilizados en este manual:

Apelación (Appeal) es una solicitud para que la organización de atención médica administrada vuelva a revisar un rechazo o una inconformidad.

Aprobación (Approval) de BCBSTX significa que usted consiguió una autorización de nuestra parte con anticipación. Encontrará más información acerca de esto en la **Parte 4: Cómo usar la cobertura médica de BCBSTX**.

Beneficios y servicios incluidos (Benefits) son los servicios de atención médica y los medicamentos incluidos en esta cobertura.

Queja (Complaint) es una inconformidad que usted le comunica a la compañía aseguradora.

Copago (Copayment) es un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica incluido en la cobertura, por lo general, cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica incluido en la cobertura.

Cirugía estética (Cosmetic surgery) se realiza cuando es médicamente necesaria para cambiar o remodelar las partes del cuerpo normales a fin de mejorar su apariencia.

Cancelar la cobertura médica (Disenroll)

significa dejar de usar la cobertura médica por los siguientes motivos:

- Ya no cumple con la elegibilidad.
- Se cambia de cobertura médica.

Equipo médico duradero (Durable medical equipment) se refiere a un equipo indicado por un profesional médico para todos los días o por un tiempo prolongado. La cobertura de equipo médico duradero (DME, en inglés) podría incluir, entre otros: equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.

Atención médica de emergencia (Emergency medical care) se refiere a los servicios de atención médica brindados en un departamento de emergencias de un hospital (ya sea de la red o fuera de esta), un centro médico de emergencia independiente u otro centro similar, prestados por personal del centro, prestadores de servicios médicos o médicos (de la red o fuera de esta), para evaluar y estabilizar problemas médicos. Estos servicios también incluyen exámenes médicos u otras evaluaciones requeridas por las leyes estatales o federales necesarios para decidir si se trata de un problema médico de emergencia o si existe un problema de salud mental de emergencia.

Problema médico de emergencia (Emergency medical condition) es una enfermedad, una lesión, un síntoma o un problema de salud tan grave que cualquier persona con sentido común buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Transporte médico de emergencia (Emergency medical transportation)

se refiere a servicios de ambulancia por aire o por tierra para un problema médico de emergencia.

Atención en salas de emergencias (Emergency room care) se refiere a los servicios de emergencia que se reciben en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia (Emergency services) son las evaluaciones de un problema médico de emergencia y el tratamiento para evitar que el problema empeore.

Servicios excluidos (Excluded services) son los servicios de atención médica que su aseguradora o cobertura médica no pagan ni cubren.

Inconformidad (Grievance) es una queja ante la compañía aseguradora.

Equipos y servicios de habilitación (Habilitation services and devices) son servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, adquirir o mejorar habilidades y funcionamientos para la vida cotidiana.

Seguro médico (Health insurance) se refiere a un contrato que exige que la compañía aseguradora pague los costos de atención médica que usted tiene cubiertos a cambio de una prima.

Aseguradora (Health plan) es una empresa que ofrece seguros de gastos médicos de atención administrada.

Servicios de atención médica a domicilio (Home health care services) son los servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

Prestadores de servicios médicos a domicilio (*Home health care providers*)

son profesionales que ofrecen a su hijo atención de enfermería especializada y otros servicios en el hogar.

Cuidados paliativos (*Hospice services*) son servicios para proporcionar comodidad y apoyo a las personas que se encuentran en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospital es el lugar donde los médicos y el personal de enfermería brindan atención a su hijo, ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio.

Hospitalización (*Hospitalization*) es la atención en un hospital que requiere admisión como paciente internado y, por lo general, una estadía durante la noche.

Atención hospitalaria a pacientes ambulatorios (*Hospital outpatient care*)

es la atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía durante la noche.

Atención hospitalaria a pacientes internados (*Inpatient care*)

ocurre cuando su hijo tiene que pasar la noche en un hospital u otro centro para recibir la atención médica que necesita.

Servicios médicamente necesarios (*Medically necessary services*)

son servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, una lesión, un problema de salud o sus síntomas, que cumplen con los estándares de medicina aceptados.

1 Servicios de atención médica con las siguientes características:

- Son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o problemas médicos o para lograr la detección temprana, la intervención o el tratamiento de problemas médicos que causan sufrimiento o dolor; originan deformidades físicas o limitaciones en la función; amenazan con causar o empeorar una discapacidad; provocan la enfermedad o debilidad de un asegurado o ponen en riesgo su vida.
- Se brindan en centros adecuados y con los niveles correspondientes de atención para el tratamiento de los problemas médicos de un asegurado.
- Se prestan de acuerdo con las pautas y los estándares de práctica de atención médica que están respaldados por agencias del gobierno u organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente.
- Se brindan de acuerdo con los diagnósticos del asegurado.
- No son más invasivos ni restrictivos de lo necesario para lograr un equilibrio correcto entre seguridad, efectividad y eficiencia.
- No son experimentales ni están en investigación.
- No se ofrecen principalmente para la conveniencia del asegurado ni del profesional médico.

2 Servicios de salud mental con las siguientes características:

- Son razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de los trastornos de salud mental o por consumo de sustancias, o para mejorar, mantener o evitar el deterioro del funcionamiento a causa de ese trastorno.
- Se brindan de acuerdo con las pautas y los estándares clínicos aceptados profesionalmente relacionados con la práctica de la atención médica en salud mental.
- Se brindan en el ámbito más apropiado y menos restrictivo en el que los servicios se puedan prestar con seguridad.
- Se brindan en el nivel o suministro de servicio más adecuado que pueda brindarse con seguridad.
- No pueden omitirse sin afectar de manera adversa la salud mental o física del asegurado o la calidad de la atención recibida.
- No son experimentales ni están en investigación.
- No se ofrecen principalmente para la conveniencia del asegurado ni del prestador de servicios médicos.

Red (Network) es una estructura conformada por los centros, prestadores de servicios médicos y proveedores que tienen contrato con su compañía aseguradora para proporcionar servicios de atención médica.

Prestador de servicios médicos no participante (Non-participating provider)

es un prestador de servicios médicos que no tiene contrato con su compañía aseguradora para proporcionarle servicios con cobertura. Puede ser más difícil conseguir autorización de su compañía aseguradora para obtener servicios de un prestador de servicios médicos no participante que de uno participante. Existen algunos casos en los que su compañía aseguradora puede aceptar pagar a un prestador de servicios médicos no participante. Por ejemplo, cuando no hay otros prestadores de servicios médicos.

Atención a pacientes ambulatorios

(Outpatient care) se refiere a cuando su hijo no tiene que pasar la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Prestador de servicios médicos

participante (Participating provider) es un prestador de servicios médicos que tiene contrato con su compañía aseguradora para proporcionarle los servicios con cobertura.

Servicios de médicos (Physician services)

son los servicios de atención médica proporcionados o coordinados por un médico con licencia (doctor en medicina o doctor en medicina osteopática).

Cobertura (Plan) es un beneficio o servicio, como Medicaid, a través del cual se proporcionan y pagan sus servicios de atención médica.

Preautorización (Pre-authorization)

es la decisión por parte de la compañía aseguradora de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero solicitados por usted o por su prestador de servicios médicos son médicamente necesarios. Esta decisión o aprobación, también denominada “aprobación previa”, “autorización previa” o “precertificación”, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La preautorización no es una promesa de que su seguro de gastos médicos o su cobertura cubrirán el costo.

Prima (Premium) es el monto que se debe pagar por el seguro de gastos médicos o la cobertura.

Cobertura de medicamentos con receta (Prescription drug coverage) es el seguro de gastos médicos o la cobertura que le ayuda a pagar los medicamentos con receta.

Medicamentos con receta (Prescription drugs) son medicamentos que, por ley, requieren una receta.

Médico de atención primaria (Primary care physician) es un médico (doctor en medicina o doctor en medicina osteopática) que proporciona o coordina de manera directa una serie de servicios de atención médica para el paciente.

Prestador de atención médica primaria (Primary care provider, PCP) es el prestador de servicios médicos que usted eligió para que proporcione la mayor parte de la atención médica a su hijo. Esta persona ayuda a que su hijo reciba la atención que necesita. El PCP de su hijo debe aprobar con anticipación la mayor parte de la atención médica, a menos que se trate de una emergencia.

Autorización previa (Prior authorization)

se refiere a cuando BCBSTX y el prestador de servicios médicos de su hijo aceptan con anticipación que el servicio o la atención que usted solicitó está incluido en la cobertura.

Prestador de servicios médicos o profesional médico (Provider)

es un médico (doctor en medicina o doctor en medicina osteopática), un profesional de la salud o un centro de atención médica con licencia, certificación o acreditación, conforme a lo exigido por la ley estatal.

Los tipos de prestador de servicios médicos incluyen los siguientes:

- **Técnico en audiología:** es un profesional que evalúa la audición de su hijo.
- **Enfermero partero con certificación:** es un enfermero titulado entrenado para brindarles atención a usted y a su hijo durante el embarazo y el parto.
- **Enfermero anestesiólogo titulado (CRNA, en inglés):** es un enfermero capacitado para administrarle anestesia a su hijo.
- **Quiropráctico:** es un profesional de la salud que trata la columna vertebral u otras estructuras del cuerpo de su hijo.
- **Dentista:** es un médico que se ocupa del cuidado de los dientes y de la boca de su hijo.
- **Médico de familia:** es un médico que trata a personas de todas las edades por asuntos médicos comunes.
- **Médico general:** es un médico que trata problemas médicos generales.
- **Auxiliar de enfermería con licencia:** es un enfermero certificado que trabaja con el médico de su hijo.
- **Consejero matrimonial, infantil y de familia:** es una persona que ayuda con los problemas familiares.

- **Practicante de enfermería o asistente médico:** es una persona que trabaja en una clínica o en un consultorio médico y puede prestar los siguientes servicios:
 - determinar qué problema tiene su hijo;
 - brindar atención a su hijo;
 - ofrecer tratamiento a su hijo, dentro de ciertos límites.
- **Ginecólogo-obstetra (OB/GYN, en inglés):** es un médico que se ocupa de la atención de inquietudes de salud obstétricas o ginecológicas (esto incluye el embarazo y el parto).
- **Terapeuta ocupacional:** es un profesional de la salud que ayuda a su hijo a recuperar las habilidades y las actividades de la vida cotidiana después de una enfermedad o lesión.
- **Optometrista:** es un profesional de la salud que se ocupa de la atención de los ojos y la vista de su hijo.
- **Ortopedista:** es un profesional de la salud que trabaja con variedad de férulas, aparatos ortopédicos y calzado especial para asistir el movimiento, corregir deformidades y aliviar el malestar.
- **Pediatra:** es un médico que trata a los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia.
- **Fisioterapeuta:** es un profesional de la salud que ayuda a su hijo a fortalecer el cuerpo después de una enfermedad o una lesión.
- **Podiatra o quiropodista:** es un médico que se ocupa del cuidado de los pies de su hijo.
- **Psiquiatra:** es un médico que trata los problemas de salud mental y receta medicamentos.

- **Enfermero titulado (RN, en inglés):** es un enfermero que recibe más entrenamiento que un auxiliar de enfermería con licencia (LVN, en inglés) y que está habilitado para hacer ciertas tareas complejas con el médico de su hijo.
- **Terapeuta para la respiración:** es un profesional de la salud que ayuda a su hijo con la respiración.
- **Patólogo del habla:** es un profesional de la salud que ayuda a su hijo con el habla.
- **Cirujano:** es un médico que puede operar a su hijo.

Persona prudente (*Prudent layperson*)

es una persona promedio que tiene buen juicio, sentido común y un conocimiento promedio de salud y medicina.

Cirugía reconstructiva (*Reconstructive surgery*) es una cirugía que se lleva a cabo cuando existe un problema con una parte del cuerpo de su hijo. Este problema puede estar causado por lo siguiente:

- un defecto congénito;
- una enfermedad;
- una lesión.

Es médicamente necesaria para mejorar la apariencia o la función de esa parte del cuerpo.

Referido (*Referral*) significa que su PCP lo envía a otro prestador de servicios médicos para que reciba servicios. Usted puede recibir algunos servicios sin un referido de su PCP. Los servicios que puede recibir sin referido incluyen los siguientes:

- servicios de ginecólogo-obstetra de la red;
- planificación familiar;
- atención médica de emergencia;
- servicios de salud mental para pacientes ambulatorios;
- servicios para el cuidado de la vista.

Equipos y servicios de rehabilitación (*Rehabilitation services*) son servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funcionamientos para la vida cotidiana perdidos o disminuidos a causa de una enfermedad, daño o discapacidad.

Atención de enfermería especializada (*Skilled nursing care*) se refiere a servicios brindados por enfermeros profesionales en el hogar o en un centro de enfermería.

Centro de enfermería especializada (*Skilled nursing facility*) es un lugar donde su hijo puede recibir atención de enfermería durante las 24 horas del día de profesionales médicos calificados.

Especialista (*Specialist*) es un médico especialista que se ocupa de un área específica de la medicina o de un grupo de pacientes para diagnosticar, cuidar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y problemas de salud.

Atención médica inmediata (*Urgent care*) es la atención de una enfermedad, una lesión o un problema de salud lo suficientemente grave como para que una persona con sentido común busque ayuda de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Problema de salud que requiere atención médica inmediata (*Urgent medical condition*) NO es una emergencia, PERO precisa atención médica en un plazo de 24 horas.

Parte 19

Detalles sobre los servicios incluidos en la cobertura CHIP

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Servicios hospitalarios y de atención general, aguda y rehabilitación para pacientes hospitalizados	Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de médicos o prestadores de servicios médicos en hospitales. • Comida y estadía en habitación semiprivada (o en habitación privada si es médicamente necesario, según lo certifique el médico tratante). • Cuidados de enfermería general. • Cuidados de enfermería especiales cuando sean médicamente necesarios. • Unidad de cuidados intensivos (ICU, en inglés) y servicios relacionados. • Comidas y dietas especiales del paciente. • Quirófano, sala de recuperación y otras salas de tratamiento. • Anestesia y su administración (componente técnico del centro). • Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos y férulas. • Fármacos, medicamentos, productos biológicos. • Sangre o productos de la sangre que no se proporcionan sin cargo al paciente, y la administración de tales productos. • Radiografías, diagnóstico por imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro). • Servicios de laboratorio (incluidos los análisis de biomarcadores) y de patología (componente técnico del centro). • Pruebas diagnósticas con máquinas (electroencefalograma, electrocardiograma, etc.). • Terapia de inhalación y servicios de oxígeno. • Radiación y quimioterapia. • Acceso a hospitales o centros perinatales de nivel III. El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS, en inglés) debe haberlos elegido. Tienen que cumplir con los mismos niveles de atención médica.	Para asegurados con cobertura CHIP Perinate de familias con ingresos iguales o inferiores al límite de elegibilidad para Medicaid (asegurados con cobertura CHIP Perinate que son elegibles para Medicaid después de su nacimiento), los cargos del centro no son un servicio incluido. Sin embargo, los cargos por servicios de profesionales relacionados con el trabajo de parto y el parto son un servicio incluido. Para asegurados con cobertura CHIP Perinate de familias con ingresos superiores al límite de elegibilidad para Medicaid (asegurados con cobertura CHIP Perinate que no son elegibles para Medicaid después de su nacimiento), los servicios se limitan a los cargos por servicios de profesionales y del centro 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. Los servicios incluyen lo siguiente: • Quirófano, sala de recuperación y otras salas de tratamiento. • Anestesia y su administración (componente técnico del centro).

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
(Continuación) Servicios hospitalarios y de atención general, aguda y rehabilitación para pacientes hospitalizados	• 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. • Servicios en hospitales, de médicos y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental. • Servicios de hospitalización relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) 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: – procedimientos de dilatación y legrado (D&C, en inglés); – los medicamentos adecuados administrados por el profesional médico; – ecografías. • Examen histológico de muestras de tejido. • Implantes quirúrgicos. • Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos. • Estos son los servicios para pacientes hospitalizados para mastectomía y reconstrucción de la mama: – todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada; – 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; – tratamiento de complicaciones físicas que puedan surgir de la mastectomía y tratamiento de linfedemas.	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). 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 servicio incluido en la cobertura. Los servicios de hospitalización relacionados con abortos espontáneos y embarazos no viables incluyen, entre otros: • procedimientos de dilatación y legrado (D&C, en inglés); • los medicamentos adecuados administrados por el profesional médico; • ecografías; • examen histológico de muestras de tejido.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
(Continuación) Servicios hospitalarios y de atención general, aguda y rehabilitación para pacientes hospitalizados	• Los dispositivos que se implantan están incluidos en la cobertura de servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. No se contabilizan para el límite de 12 meses correspondiente al DME. • 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: – labio leporino o paladar hendido; – malformaciones graves del cráneo y de la cara por trauma, de huesos o de nacimiento; o – asimetría facial grave causada por defectos de huesos, enfermedades sindrómicas de nacimiento o crecimiento de tumores o su tratamiento.	
Centros de enfermería especializada (incluyen hospitales de rehabilitación)	Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • Comida y estadía en habitación semiprivada. • Servicios regulares de enfermería. • Servicios de rehabilitación. • Suministros médicos, y uso de dispositivos y equipo proporcionados por el centro.	No son servicios incluidos en la cobertura.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, hospitales de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, clínicas (incluye centros de salud) y centros de atención médica para pacientes ambulatorios	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios brindados en el consultorio clínico de un hospital o en la sala de emergencias, en una clínica o en un centro de atención médica, en un departamento de emergencias dentro de un hospital o en ámbitos de atención médica para pacientes ambulatorios: • Radiografías, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico). • Servicios de laboratorio (incluidos los análisis de biomarcadores) y de patología (componente técnico). • Pruebas diagnósticas con máquinas. • Servicios en centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios. • Fármacos, medicamentos, productos biológicos. • Yesos, férulas y vendajes. • Servicios preventivos de salud. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Diálisis renal. • Servicios respiratorios. • Radiación y quimioterapia. • Sangre o productos de la sangre que no se proporcionan sin cargo al paciente, y la administración de tales productos. • Servicios para pacientes ambulatorios 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 ambulatorios relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: – procedimientos de dilatación y legrado (D&C, en inglés); – los medicamentos adecuados administrados por el profesional médico; – ecografías; – examen histológico de muestras de tejido.	Los servicios incluyen los siguientes servicios brindados en el consultorio clínico de un hospital o en la sala de emergencias, en una clínica o en un centro de atención médica, en un departamento de emergencias dentro de un hospital o en ámbitos de atención médica para pacientes ambulatorios: • Radiografías, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico). • Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico). • Pruebas diagnósticas con máquinas. • Fármacos, medicamentos y productos biológicos recetados médicamente necesarios y fármacos inyectables.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
(Continuación) Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, hospitales de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, clínicas (incluye centros de salud) y centros de atención médica para pacientes ambulatorios	- Servicios en centros y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental, cuando se prestan en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios certificado. - Implantes quirúrgicos. - Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos. - 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: - labio leporino o paladar hendido; - malformaciones graves del cráneo y de la cara por trauma, de huesos o de nacimiento.	- Servicios para pacientes ambulatorios relacionados con el embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Los servicios para pacientes ambulatorios relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: - procedimientos de dilatación y legrado (D&C, en inglés); - los medicamentos adecuados administrados por el profesional médico; - ecografías; - examen histológico. - 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 Perinate hasta el nacimiento. - La ecografía de útero de embarazadas es un servicio incluido en casos médicamente indicados. La ecografía 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. - Amniocentesis, cordocentesis, transfusión fetal intrauterina (FIUT, en inglés) y orientación por ultrasonido para cordocentesis. La transfusión fetal intrauterina es un servicio incluido en la cobertura con el debido diagnóstico.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
(Continuación) Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, hospitales de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, clínicas (incluye centros de salud) y centros de atención médica para pacientes ambulatorios	• Asimetría facial grave causada por defectos de huesos, enfermedades sindrómicas de nacimiento o crecimiento de tumores o su tratamiento. • Servicios para pacientes no hospitalizados prestados en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de atención médica ambulatorio: mastectomía y reconstrucción de la mama, si son servicios clínicamente adecuados, incluido lo siguiente: – todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada; – 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; tratamiento de complicaciones físicas que puedan surgir de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos que se implantan están incluidos en la cobertura de servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. No se contabilizan para el límite de 12 meses correspondiente al DME.	4. Las pruebas de laboratorio se limitan a lo siguiente: cardiotocografía en reposo, cardiotocografía con contracciones, análisis de hemoglobina o hematocritos repetido una vez por trimestre y en las semanas 32-36 de embarazo; o hemograma completo (CBC, en inglés), análisis de orina para determinar el nivel de proteínas y glucosa en cada consulta, 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 al problema médico de la cliente. 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 servicio incluido.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Servicios profesionales de médicos y asociados médicos	Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda exámenes preventivos para niños y servicios médicos preventivos (que incluyen, entre otros, exámenes de la vista, de la audición y vacunas). • Consultas presenciales al médico, servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. • Servicios de laboratorio (incluidos los análisis de biomarcadores), radiografías, diagnóstico por imágenes y de patología, que incluyen el componente técnico o la interpretación profesional. • Medicamentos, materiales y productos biológicos administrados en el consultorio del médico. • Inyecciones, pruebas o suero para la alergia. • Componente profesional (para pacientes hospitalizados y ambulatorios) de los servicios quirúrgicos, incluidos los siguientes: – cirujanos y cirujanos auxiliares para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención médica de seguimiento correspondiente; – administración de anestesia por parte de un médico (que no sea cirujano) o un enfermero anestesista profesional (CRNA, en inglés); – segundas opiniones quirúrgicas; – cirugía el mismo día que se la pide, en un hospital sin pasar la noche; – procedimientos diagnósticos invasivos, como exámenes endoscópicos. • Servicios de médicos prestados en el hospital (incluidos los componentes técnicos y de interpretación brindados por médicos).	Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda exámenes preventivos para niños y servicios médicos preventivos (que incluyen, entre otros, exámenes de la vista, de la audición y vacunas). • Consultas presenciales al médico, servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. • Servicios de laboratorio, radiografías, diagnóstico por imágenes y de patología, que incluyen el componente técnico o la interpretación profesional. • Medicamentos, materiales y productos biológicos administrados en el consultorio del médico. • Inyecciones, pruebas o suero para la alergia.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
(Continuación) Servicios profesionales de médicos y asociados médicos	• Los servicios de médicos y de profesionales para mastectomía y reconstrucción de la mama incluyen los siguientes: – todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada; – 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; – tratamiento de complicaciones físicas que puedan surgir de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • 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. • Los servicios de médicos y de profesionales para mastectomía y reconstrucción de la mama incluyen los siguientes: – todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada; – 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; – tratamiento de complicaciones físicas que puedan surgir de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. – 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.	• Componente profesional (para pacientes hospitalizados y ambulatorios) de los servicios quirúrgicos, incluidos los siguientes: – cirujanos y cirujanos auxiliares para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención médica de seguimiento correspondiente; – administración de anestesia por parte de un médico (que no sea cirujano) o un enfermero anestesista profesional (CRNA, en inglés); – segundas opiniones quirúrgicas; – cirugía el mismo día que se la pide, en un hospital sin pasar la noche; – procedimientos diagnósticos invasivos, como exámenes endoscópicos. • Servicios de médicos prestados en el hospital (incluidos los componentes técnicos y de interpretación brindados por médicos). • El componente profesional de la ecografía 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. • Componente profesional de amniocentesis, cordocentesis, transfusión fetal intrauterina y orientación por ultrasonido para amniocentesis, cordocentesis y transfusión fetal intrauterina.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
(Continuación) Servicios profesionales de médicos y asociados médicos	- Servicios profesionales 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). Servicios profesionales de médicos relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: – procedimientos de dilatación y legrado (D&C, en inglés); – los medicamentos adecuados administrados por el profesional médico; – ecografías; – examen histológico de muestras de tejido. - Servicios médicos médicamente necesarios para asistir a un dentista que brinda servicios dentales a un asegurado con cobertura CHIP, como anestesia general o sedación intravenosa. - 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: – labio leporino o paladar hendido; – malformaciones graves del cráneo y de la cara por trauma, de huesos o de nacimiento; – asimetría facial grave causada por defectos de huesos, enfermedades sindrómicas de nacimiento o crecimiento de tumores o su tratamiento.	- 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). Servicios profesionales relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: – procedimientos de dilatación y legrado (D&C, en inglés); – los medicamentos adecuados administrados por el profesional médico; – ecografías; – examen histológico de muestras de tejido.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Atención prenatal y servicios familiares antes del embarazo, y suministros	Atención médica perinatal con cobertura, sin límites, y atención 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 hospitalizados y ambulatorios. Los servicios médicos primarios y preventivos no incluyen servicios y suministros de reproducción familiar previos al embarazo. Tampoco los medicamentos recetados únicamente para la atención preventiva y primaria de la salud reproductiva.	Los servicios se limitan a la consulta inicial y las consultas posteriores de atención médica prenatal (previas al parto) que incluyen lo siguiente: 1. una consulta cada cuatro semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo; 2. una consulta cada dos a tres semanas desde la semana 28 hasta la semana 36 de embarazo; 3. una consulta por semana desde la semana 36 hasta el parto. Se permiten consultas más frecuentes según sea médicamente necesario. Los servicios se limitan a los siguientes: • 20 consultas prenatales y dos consultas 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.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
(Continuación) Atención prenatal y servicios familiares antes del embarazo, y suministros		Las consultas posteriores a la consulta inicial deben incluir lo siguiente: • antecedentes provisionales (problemas, estado civil, estado del feto); • examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, tamaño y posición del feto, frecuencia cardíaca del feto, extremidades); • pruebas de laboratorio (análisis de orina para determinar el nivel de proteínas y glucosa en cada consulta; análisis de hemoglobina o hematocritos repetido una vez por trimestre y en las semanas 32-36 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 al problema médico de la cliente).
Servicios en centro de maternidad	Se incluyen en la cobertura los servicios de parto ofrecidos por un centro de maternidad certificado. Se limitan a los servicios del centro (p. ej., trabajo de parto y parto). Limitaciones: se aplica solo a los asegurados con cobertura CHIP.	Se incluyen en la cobertura los servicios de parto ofrecidos por un centro de maternidad certificado. Se limitan a los servicios del centro relacionados con el trabajo de parto y el parto. Se aplica solo a los asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer) con ingresos superiores al límite de elegibilidad para Medicaid (que no serán elegibles para Medicaid después de su nacimiento).

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Servicios prestados por enfermeros parteros con certificación o por un médico en un centro de maternidad certificado	Asegurados con cobertura CHIP: se incluyen en la cobertura los servicios prenatales y los servicios de parto prestados en un centro de maternidad certificado. Asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinate: se incluyen en la cobertura los servicios prestados a un recién nacido inmediatamente después del parto.	Se incluyen en la cobertura los servicios prenatales y los servicios de parto prestados en un centro de maternidad 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: 1. una consulta cada cuatro semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo; 2. una consulta cada dos a tres semanas desde la semana 28 hasta la semana 36 de embarazo; 3. una consulta por semana desde la semana 36 hasta el parto. Se permiten consultas más frecuentes según sea médicamente necesario. Los servicios se limitan a los siguientes: • 20 consultas prenatales y dos consultas 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.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
(Continuación) Servicios prestados por enfermeros parteros con certificación o por un médico en un centro de maternidad certificado		Las consultas posteriores a la consulta inicial deben incluir lo siguiente: • antecedentes provisionales (problemas, estado civil, estado del feto); • examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, tamaño y posición del feto, frecuencia cardíaca del feto, extremidades); • pruebas de laboratorio (análisis de orina para determinar el nivel de proteínas y glucosa en cada consulta; análisis de hemoglobina o hematocritos repetido una vez por trimestre y en las semanas 32-36 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.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Equipo médico duradero (DME, en inglés), aparatos protésicos y suministros médicos descartables	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: • Abrazaderas y otros aparatos ortopédicos. • Dispositivos dentales. • Dispositivos protésicos, como ojos, extremidades, frenillos y prótesis mamarias externas. • Anteojos y lentes de contacto protésicos para controlar enfermedades oftalmológicas graves. • Aparatos auditivos. • Suministros médicos descartables para diagnósticos específicos, incluidos los suplementos dietarios y fórmulas especiales recetadas para diagnósticos específicos.	No constituyen un servicio incluido en la cobertura, a excepción de un conjunto limitado de suministros médicos descartables, publicado en www.txvendordrug.com/formulary/ (disponible solo en inglés), y únicamente cuando se obtienen de un proveedor de farmacia inscrito en CHIP.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Servicios médicos comunitarios y en el hogar	Servicios brindados en el hogar y en la comunidad, que incluyen, entre otros, los siguientes: • Infusión en el hogar. • Terapia respiratoria. • Visitas de enfermería privada (RN, LVN). • Visitas de enfermeros especializados, como se define para propósitos de atención médica a domicilio (podrían incluir RN o LVN). • Asistencia médica en el hogar, cuando forma parte de un plan de atención médica durante el período en que han sido aprobadas las visitas especializadas. • Terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional. • Los servicios no pretenden reemplazar al cuidador del niño ni brindarle alivio a dicho cuidador. • Las visitas de enfermeros especializados se ofrecen de forma intermitente y no pretenden ofrecer servicios de enfermería especializada las 24 horas. • Los servicios no pretenden reemplazar los servicios de centro de servicios de enfermería especializada o para pacientes hospitalizados brindados durante las 24 horas.	No es un servicio incluido en la cobertura.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	Servicios de salud mental, incluidos los servicios por trastornos mentales graves, prestados en un hospital psiquiátrico independiente, en unidades psiquiátricas de hospitales generales para problemas agudos y en centros administrados por el estado, por ejemplo: • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas. • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados 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 sentencia judicial 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. • No requieren un referido del PCP.	No son servicios incluidos en la cobertura.
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	Servicios de salud mental, incluidos los servicios por trastornos mentales graves, brindados de manera ambulatoria. 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. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas. • Uso adecuado de los medicamentos. • Tratamiento diurno de rehabilitación. • Servicios de tratamiento residencial. • Servicios subagudos para pacientes ambulatorios (hospitalización parcial o tratamiento diurno de rehabilitación). • Entrenamiento de habilidades (desarrollo psicoeducativo de habilidades).	No son servicios incluidos en la cobertura.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
(Continuación) Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	• Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios 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 sentencia judicial 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. • Un profesional en salud mental calificado/servicios • comunitarios (QMHP-CS, en inglés). Los 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. • No requieren un referido del PCP.	No son servicios incluidos en la cobertura.
Servicios de tratamiento por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados	Los servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de tratamiento por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados y residenciales, que incluyen la gestión de la abstinencia y la estabilización de crisis, y programas de rehabilitación residencial las 24 horas. • No requieren un referido del PCP.	No son servicios incluidos en la cobertura.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Servicios de tratamiento por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios	Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de prevención e intervención que son ofrecidos por profesionales médicos y no médicos, como detección, evaluación y referidos por trastornos de consumo de sustancias. • Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • Hospitalización parcial. • Servicios intensivos para pacientes ambulatorios, 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. • Servicio de tratamiento para pacientes ambulatorios, 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. • No requieren un referido del PCP.	No son servicios incluidos en la cobertura.
Servicios de rehabilitación	Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de habilitación (el proceso de ofrecer a 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: • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla; • evaluación del desarrollo.	No son servicios incluidos en la cobertura.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Servicios de centros paliativos	Los servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • Cuidados paliativos, que incluyen servicios médicos y de apoyo, para niños cuya expectativa de vida es de seis meses o menos, para brindarles a los pacientes comodidad en las últimas semanas y meses de vida. • Servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal. • Hasta un máximo de 120 días, con 6 meses de esperanza de vida. • Los pacientes que eligen los servicios de cuidados paliativos pueden cancelarlos en cualquier momento. • Los servicios se aplican al diagnóstico de centros paliativos.	No son servicios incluidos en la cobertura.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Servicios de emergencia, incluidos los servicios de emergencia en hospital y los de médicos y de ambulancia	La Organización de Atención Médica Administrada (MCO, en inglés) no puede exigir una autorización como condición de pago para las situaciones de emergencia ni para el trabajo de parto y el parto. Los servicios con cobertura incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de emergencia basados en la definición de problema médico de emergencia según el criterio de una persona prudente. • 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 formen o no parte de la red. • Exámenes médicos de detección. • Servicios de estabilización. • 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. • Transporte de emergencia, por tierra, aire o agua. • 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.	La Organización de Atención Médica Administrada (MCO, en inglés) no puede exigir una autorización como condición de pago para las situaciones de emergencia relacionadas con el trabajo de parto y el parto. 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. • Servicios de emergencia basados en la definición de problema médico de emergencia según el criterio de una persona prudente. • Exámenes médicos de detección para establecer la emergencia cuando están directamente relacionados con el parto del hijo con cobertura que está por nacer. • Servicios de estabilización relacionados con el parto y el trabajo de parto del hijo con cobertura que está por nacer. • Transporte de emergencia por tierra, aire y agua para el parto o potencial trabajo de parto. • Transporte de emergencia por tierra, aire y agua para emergencias asociadas con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Límites de los servicios médicos: los servicios posteriores al parto o las complicaciones que surgen de la necesidad de servicios de emergencia para la madre del asegurado con CHIP Perinate no son servicios incluidos en la cobertura.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Trasplantes	Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • 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.	No es un servicio incluido en la cobertura.
Servicios para la vista	La cobertura médica puede limitar razonablemente el costo de los armazones y lentes. Los servicios incluyen lo siguiente: • Un examen ocular para determinar la necesidad de lentes correctivos, y (si corresponde) recetarlos. Servicio incluido una vez por período de 12 meses, no requiere autorización. • Un par de anteojos no protésicos por período de 12 meses.	No son servicios incluidos en la cobertura.
Servicios quiroprácticos	Los servicios no requieren receta médica y se limitan a subluxación vertebral.	No son servicios incluidos en la cobertura.
Programa para dejar de fumar	Se cubre hasta un límite de \$100 durante un período de 12 meses para un programa aprobado por el seguro. • La aseguradora define lo que es un programa aprobado por el seguro. • Puede estar sujeto a requisitos de la lista de medicamentos (<i>formulary</i>, en inglés).	No es un servicio incluido en la cobertura.
Servicios de administración de casos clínicos y coordinación de servicios médicos	Estos servicios incluyen establecer comunicación, informar al área de administración de casos clínicos, coordinación de servicios médicos y referidos a servicios comunitarios.	Servicios incluidos en la cobertura.

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
Cobertura de medicamentos	Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios; incluidos los medicamentos y los productos biológicos para pacientes ambulatorios preparados en farmacias y administrados por el profesional de la salud. • Medicamentos y productos biológicos para pacientes hospitalizados.	Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios; incluidos los medicamentos y los productos biológicos para pacientes ambulatorios preparados en farmacias y administrados por el profesional de la salud. • Medicamentos y productos biológicos para pacientes hospitalizados. Los servicios deben ser médicamente necesarios para el niño por nacer.

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 número del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al número en su tarjeta de asegurado.

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al **1-855-710-6984**.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: **1-855-664-7270** (buzón de voz)
TTY/TDD: **1-855-661-6965**
Fax: **1-855-661-6960**
Correo electrónico: civilrightscordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: **1-800-368-1019**
TTY/TDD: **1-800-537-7697**

Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> (en inglés)

Formularios de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html> (en inglés)

Este aviso está disponible en nuestro sitio web, en <https://espanol.bcbstx.com/medicaid/pdf/medicaid-non-discrimination-tx.pdf>

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **1-855-710-6984** (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-855-710-6984 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે બીજી ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક મદદ અને સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: Se parli italiano, puoi usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica. Sono inoltre disponibili, senza costi, strumenti e servizi ausiliari per ricevere informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-855-710-6984 (TTY: 711) o rivolgiti a un assistente.
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHÓÓ: Diné Bizaad k'ehjí éí dinit's'á'go, t'áá nizaad k'ehjí níká a'doo wołgo bohónéedzâ. Łahgo bee ata' hodoonigo áádóó éí doodago ałtaa át'éego níka a'doowołgo t'áá jiik'e nábee ahoot'í'. 1-855-710-6984 (TTY: 711) jį' hodíłni éí doodago nits'íís náyaa áhályánii bich'í' hadíłdzi.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و تماس خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با 1-855-710-6984 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاونامداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-710-6984 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

