



EVIDENCIA DE COBERTURA DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS

ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD COBERTURA NO CALIFICADA A NIVEL FEDERAL

ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA (CONTRATO) SE EMITE PARA USTED, CUYO HIJO (O NIÑO) ESTÁ ASEGURADO EN LA COBERTURA DE **[BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF TEXAS, UNA DIVISIÓN DE HEALTH CARE SERVICE CORPORATION]** A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP, EN INGLÉS). AL COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA, PAGAR LA PRIMA Y ACEPTAR ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA, USTED ACEPTA ADHERIRSE A ESTAS ESTIPULACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS. EN ESTE DOCUMENTO SE DESCRIBEN SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES CON RESPECTO A SU HIJO QUE RECIBE BENEFICIOS Y SERVICIOS MÉDICOS INCLUIDOS DE **[BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF TEXAS, UNA DIVISIÓN DE HEALTH CARE SERVICE CORPORATION]** A TRAVÉS DEL PROGRAMA CHIP.

Emitido por

Blue Cross and Blue Shield of Texas, a Division of Health Care Service Corporation

1001 East Lookout Drive

Richardson, Texas 75082

1-888-292-4480

En colaboración con

Children's Health Insurance Program

P.O. Box 149276

Austin, TX 78714-9983

1-800-647-6558

IMPORTANT NOTICE

To obtain information or make a complaint:

YOU may contact YOUR Customer Care Center at 1-888-292-4480.

YOU may call the HEALTH PLAN'S toll-free telephone number for information or to make a complaint at
1-888-292-4480

YOU may also write to the HEALTH PLAN at

Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 684249
Austin, TX 78768

YOU may contact the Texas Department of Insurance to obtain information on companies, Coverages, rights or complaints at

1-800-252-3439

YOU may write the Texas Department of Insurance

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104

Web:<http://www.tdi.texas.gov>
E-mail: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

PREMIUM OR CLAIM DISPUTES: Should you have a dispute concerning YOUR premium or about a claim you should contact the HEALTH PLAN first. If the dispute is not resolved, you may contact the Texas Department of Insurance.

AVISO IMPORTANTE

Para obtener informacion o para someter una queja:

Puede comunicarse con su Centro de Atencion al Cliente al 1-888-292-4480.

Usted puede llamar al numero de telefono gratis de su plan de salud para informacion o para someter una queja' al
1-888-292-4480

Usted tambien puede escribir a su plan de salud

Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 684249
Austin, TX 78768

Puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener informacion acerca de companias, coberturas, derechos o quejas al

1-800-252-3439

Puede escribir al Departamento de Seguros de Texas

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104

<http://www.tdi.texas.gov>
ConsumerProtection@tdi.texas.gov.

DISPUTAS SOBRE PRIMAS O RECLAMOS: Si tiene una disputa concerniente a su prima o a un reclamo, debe comunicarse con el plan de salud primero. So no se resuelve la disputa, puede entonces comunicarse con el departamento (TDI).

ATTACH THIS NOTICE TO YOUR POLICY:

This notice is for information only and does not become a part or condition of the attached document.

UNA ESTE AVISO A SU POLIZA:

Este aviso es solo para proposito de informacion y no se convierte en parte attached document. o condicion del documento adjunto.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

- A. La COBERTURA MÉDICA de SU HIJO
- B. SU contrato con CHIP

II. DEFINICIONES

III. ¿CUÁNDO EMPIEZA UN NIÑO A PARTICIPAR EN LA COBERTURA?

IV. GASTOS COMPARTIDOS

V. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO

- A. Anulación de la participación a causa de la pérdida de la elegibilidad de CHIP
- B. Anulación de la participación por parte de la COBERTURA MÉDICA

VI. ASEGURADAS EMBARAZADAS Y BEBÉS

VII. LA COBERTURA MÉDICA DE SU HIJO

- A. Selección del médico de cabecera o del prestador principal de servicios médicos de SU HIJO
- B. Cambio del médico de cabecera o del prestador principal de servicios médicos de SU HIJO
- C. Niños que padecen enfermedades crónicas, incapacitantes o potencialmente mortales
- D. Servicios de emergencia
- E. Servicios fuera de la red
- F. Continuidad del tratamiento
- G. Avisos de reclamaciones
- H. Coordinación de beneficios
- I. Subrogación

VIII. ¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?

- A. Proceso de quejas
- B. Apelaciones a la COBERTURA MÉDICA
- C. Apelación interna de determinaciones adversas
- D. Revisión externa por parte de la Organización revisora independiente
- E. Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas
- F. F. Prohibición de represalias

IX. ESTIPULACIONES GENERALES

- A. Acuerdo completo, enmiendas
- B. Divulgación y confidencialidad del expediente médico
- C. Errores administrativos
- D. Aviso
- E. Validez
- F. En conformidad con las leyes estatales

X. MONTO MÁXIMO DE COPAGO DEL PERÍODO DE SOLICITUD DE COBERTURA

XI. ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS

I. INTRODUCCIÓN

A. La COBERTURA MÉDICA de SU HIJO

La COBERTURA MÉDICA brinda beneficios y servicios a SU HIJO para servicios médicos incluidos en CHIP y determina si ciertos servicios médicos están incluidos, tal como se indica a continuación en la **Sección XI, ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS**. Si está asegurado correctamente, SU HIJO cumple los requisitos para recibir los beneficios y servicios que se indican en la sección XI. Únicamente los médicos y prestadores de servicios médicos pueden proporcionar los servicios, excepto en el caso de servicios de emergencia y fuera de la red que son autorizados por la COBERTURA MÉDICA. USTED tiene un contrato con la COBERTURA MÉDICA con respecto a los asuntos que se indican en la sección I.A, como se describe en más detalle en el presente contrato.

B. SU contrato con CHIP

CHIP determinó que SU HIJO cumple los requisitos para tener cobertura y en qué condiciones la cobertura finalizará. CHIP también determinó la elegibilidad de SU HIJO para recibir otros beneficios y servicios con el programa CHIP.

II. DEFINICIONES

ADMINISTRADOR: El contratista del estado que administra las funciones de la solicitud de cobertura para CHIP.

Agente para la Revisión de la Utilización: Una entidad certificada por el comisionado de seguros para realizar una revisión de la utilización.

Área de servicio: [El área de servicio de Travis, que incluye los siguientes condados: Bastrop, Burnet, Caldwell, Fayette, Hays, Lee, Travis y Williamson].

Asegurado: Todo NIÑO que tenga cobertura hasta los 19 años, que cumple los requisitos para recibir los beneficios y servicios según el Título XXI de la Ley de Seguro Social y que participe en la cobertura del programa CHIP de Texas.

Atención médica inmediata: Problema de salud, incluida la atención médica inmediata de salud mental, que no es una emergencia, pero es lo suficientemente grave o doloroso como para ocasionar que una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina crea que su problema de salud necesita tratamiento médico o una evaluación en menos de veinticuatro (24) horas por parte del PCP del NIÑO o el PCP designado para prevenir un deterioro grave de la salud o el problema médico del NIÑO.

Atención médica inmediata de salud mental: Problema de salud mental en el que se necesita atención y evaluación en un período de veinticuatro (24) horas, pero que no pone al NIÑO en un peligro inmediato para sí mismo ni para otros. El NIÑO es capaz de cooperar con el tratamiento.

Cargos usuales o habituales: El cargo usual que realiza un grupo, entidad o persona que presta o brinda los servicios, tratamiento o suministros incluidos; siempre y cuando el cargo no supere el nivel general de los cargos que otros brindan por los mismos servicios, tratamientos o suministros, o que sean parecidos.

CHIP: El Programa de Seguro Médico para Niños que proporciona cobertura médica a cada NIÑO según un acuerdo entre la COBERTURA MÉDICA y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

COBERTURA MÉDICA: [Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation] también denominada en este documento como NOSOTROS o NUESTRO.

Copago: El monto que se le exige que pague cuando su HIJO use ciertos servicios médicos incluidos en la cobertura. Una vez que se paga el copago, no se le exige que realice más pagos para esos servicios médicos incluidos.

Determinación adversa: Una decisión tomada por NOSOTROS o NUESTRO Agente para la Revisión de la Utilización en la que los servicios médicos prestados o propuestos a ser prestados a un NIÑO no son médicamente necesarios o son experimentales o de investigación.

Discapacidad: Un trastorno físico o mental que limita considerablemente una o más de las actividades principales en la vida de una persona, por ejemplo, cuidarse, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender o trabajar.

Enfermedad: Una enfermedad física o mental.

Enfermedad mental grave: Las siguientes enfermedades psiquiátricas según las define la American Psychiatric Association (asociación estadounidense de psiquiatría) en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, en inglés):

1. esquizofrenia;
2. paranoia y otros trastornos psicóticos;
3. trastornos bipolares (hipomaníacos, maníacos, depresivos y mixtos);
4. trastornos depresivos importantes (único episodio o recurrente);
5. trastornos esquizoafectivos (bipolar o depresivo);
6. trastornos generalizados del desarrollo;
7. trastornos obsesivos compulsivos;
8. depresión en la niñez y adolescencia.

Especialista médico: Médico participante, independiente del médico de cabecera, que tiene contrato con la COBERTURA MÉDICA para brindar servicios médicos incluidos tras un referido por parte del médico de cabecera o del prestador principal de servicios médicos.

Experimentales o en investigación: Un servicio o suministro es experimental o está en investigación si NOSOTROS determinamos que se cumplen una o más de las siguientes opciones:

1. El servicio o suministro está en estudio o en un ensayo clínico para evaluar su toxicidad, seguridad o eficacia para un diagnóstico en particular o un grupo de indicaciones. Los ensayos clínicos incluyen, entre otros, los de fase I, II y III.
2. La opinión predominante dentro de la especialidad correspondiente de la profesión médica de los Estados Unidos es que, para que pueda usarse fuera de los ensayos clínicos u otros ámbitos en la investigación, el servicio o suministro necesita pruebas adicionales para determinar el diagnóstico en particular o el grupo de indicaciones.
Determinaremos si el punto 2 es correcto según lo siguiente:
 - a. Artículos publicados en publicaciones médicas acreditadas.
Y
 - b. Reglamentos, informes, publicaciones y evaluaciones emitidos por agencias gubernamentales, por ejemplo, la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, los Institutos Nacionales de la Salud y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés).
3. En el caso de un medicamento, un aparato u otro suministro sujeto a la aprobación de la FDA, se considera lo siguiente:
 - a. No tiene la aprobación de la FDA.
O
 - b. Tiene la aprobación de la FDA únicamente en el reglamento de un medicamento nuevo en etapa de investigación del tratamiento o un reglamento parecido.
 - c. Tiene la aprobación de la FDA, pero el uso o la dosis no está aceptada para una indicación no autorizada. Los usos para una indicación no autorizada de medicamentos aprobados por la FDA no se consideran experimentales o de investigación si se determina lo siguiente:
 - (i) Están incluidos en una o más de las siguientes farmacopeas médicas: American Medical Association Drug Evaluations (asociación médica estadounidense de evaluaciones de medicamentos), American Hospital Formulary Service Drug Information, The United States Pharmacopeia Information (farmacopea de los Estados Unidos) y otras farmacopeas de autoridad según ocasionalmente las identifica el secretario de Salud y Servicios Humanos.
O
 - (ii) Además, la pertinencia médica de usos para una indicación no autorizada no incluidos en las farmacopeas se puede establecer según la evidencia clínica de apoyo en los artículos médicos de revisión científica externa.
4. La junta de revisión institucional del médico o del prestador de servicios médicos reconoce que el uso del servicio o suministro es experimental o de investigación, y está sujeto a la aprobación de la junta.
5. En los protocolos de investigación se indica que el servicio o suministro es experimental o está en investigación. Este punto 5 concierne a los protocolos que el médico o el prestador de servicios médicos del NIÑO usa, así como a los protocolos que otros médicos o prestadores de servicios médicos usan al estudiar considerablemente el mismo servicio o suministro.

Fuera del área: Cualquier lugar fuera del área de servicio de la COBERTURA MÉDICA de CHIP.

Hospital: Una institución pública o privada autorizada, según se define en el capítulo 241 del Código de Salud y Seguridad de Texas o en el subtítulo C, título 7 del Código de Salud y Seguridad de Texas.

Lesión o lesión por accidente: Un traumatismo o daño accidental que tuvo un NIÑO en una parte del cuerpo o sistema que no es el resultado de una enfermedad, debilidad corporal o cualquier otra causa.

Médico: Toda persona con licencia para ejercer la medicina en el estado de Texas.

Médico de cabecera o prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés): Todo médico o prestador de servicios médicos que ha acordado con la COBERTURA MÉDICA brindar un hogar médico a un NIÑO y que es responsable de proporcionar atención médica inicial y básica a los pacientes, mantener la continuidad de la atención del paciente e iniciar los referidos para la atención médica.

NIÑO: Todo niño que CHIP determinó que cumple los requisitos para estar asegurado y que participa en esta cobertura.

Organización revisora independiente: Una entidad certificada por el comisionado de seguros según el capítulo 4202 para realizar una revisión independiente de las determinaciones adversas.

Pediatra: Un médico elegible o avalado por la junta de especialidades médicas en pediatría por la American Board of Pediatrics (junta estadounidense de pediatría).

Potencialmente mortal: Una enfermedad o problema de salud en el cual la posibilidad de muerte es probable, a menos que el desarrollo de la enfermedad o problema de salud se interrumpa.

Prestador de servicios médicos: Toda institución, organización o persona, que no sea un médico, con licencia o autorización para brindar servicios médicos en este estado. El término incluye, entre otros, a los hospitales, los médicos de quiropráctica, los farmacéuticos, los enfermeros titulados (*registered nurses*), los optometristas, los oculistas titulados, las farmacias, los centros de enfermería especializada o las agencias de atención médica a domicilio.

Problema médico de emergencia: Se trata de un problema médico o de salud mental de emergencia.

Problemas de salud mental de emergencia: Sin importar la naturaleza o causa, cualquier problema de salud que, según la opinión de una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cumpla con lo siguiente:

1. requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el NIÑO podría representar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas;
- O

2. haga que el NIÑO sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

Problemas médicos de emergencia: Un problema de salud que se manifiesta con síntomas agudos de reciente aparición de tal severidad (incluso dolor muy fuerte) que una persona prudente, que tenga conocimientos promedio sobre salud y medicina, podría deducir que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

1. poner en grave peligro la salud del paciente;
 2. ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
 3. producir una disfunción grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo;
 4. causar desfiguración grave;
- O
- en el caso de una mujer embarazada, grave peligro para la salud de la mujer o del futuro bebé.

Revisión de la utilización: El sistema para revisar de manera retrospectiva, concurrente o prospectiva la necesidad médica y la pertinencia de los servicios médicos incluidos, que se proporcionan o los propuestos para que se le proporcionen al NIÑO. El término no incluye solicitudes optativas para la aclaración de la cobertura.

Servicios de atención médica a domicilio: Servicios médicos brindados en el hogar del NIÑO por parte del personal médico como lo indicó el médico u otra autoridad que la COBERTURA MÉDICA haya designado.

Servicios de emergencia o atención médica de emergencia: Servicios incluidos para pacientes hospitalizados y no hospitalizados que brinda un prestador de servicios médicos calificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un problema de salud o de salud mental de emergencia, como los servicios de atención de posestabilización.

Servicios médicamente necesarios: Servicios médicos con las siguientes características:

Físicos:

- 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 NIÑO 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 del NIÑO.
- Cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica emitidas por organizaciones profesionales de atención médica o por organismos gubernamentales.
- Se brindan de acuerdo con el diagnóstico del problema de salud.
- Son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficacia.

- No son experimentales ni están en investigación.
Y
- No se ofrecen principalmente para la conveniencia del NIÑO ni del prestador de servicios médicos.

De comportamiento:

- Son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar los trastornos de salud mental o de dependencia de sustancias químicas para mejorar, mantener o evitar el deterioro del funcionamiento a causa del trastorno.
- Se brindan según las pautas y normas clínicas aceptadas profesionalmente en los servicios de salud mental.
- No son experimentales ni están en investigación.
Y
- No se ofrecen principalmente para la conveniencia del NIÑO ni del prestador de servicios médicos.

Para que se consideren médicamente necesarios deben prestarse en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el que puedan brindarse con seguridad; deben prestarse al nivel más adecuado de servicios que se pueda brindar sin riesgos y, de omitirse, afectarían de manera adversa la salud mental o física del NIÑO o la calidad de la atención recibida.

Servicios médicos incluidos o cobertura: La cobertura proporcionada al NIÑO que la COBERTURA MÉDICA emitió para brindar servicios médicos incluidos.

Servicios médicos incluidos, servicios incluidos o cobertura: Aquellos servicios médicamente necesarios que se indican en la sección [XI], **ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS**, de esta cobertura.

Los servicios incluidos también incluyen cualquier servicio adicional que la COBERTURA MÉDICA ofrezca como un servicio con valor agregado (VAS, en inglés) en la **Sección [XI] ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS**, de esta cobertura.

USTED y SU: La familia o el tutor del NIÑO.

III. ¿CUÁNDO EMPIEZA UN NIÑO A PARTICIPAR EN LA COBERTURA?

Los niños que participan en la cobertura de CHIP por primera vez o que regresan a CHIP después de haber cancelado la cobertura, empezarán la cobertura el primer día del siguiente mes después de completar el proceso de solicitud de cobertura. Los niños asegurados en una aseguradora privada dentro de los 90 días de la solicitud podrían estar sujetos a un período de espera que se extiende por 90 días después de la última fecha en la que el solicitante estuvo incluido en una cobertura médica.

IV. GASTOS COMPARTIDOS

Las tarifas de solicitud de cobertura y los copagos se basan en los ingresos de su familia. Si se le exige que pague la tarifa de solicitud de cobertura de CHIP para su HIJO, la tarifa se debe saldar junto con SU formulario de solicitud de cobertura.

No se exigen copagos para los servicios preventivos ni para la asistencia relacionada con el embarazo.

V. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO

A. Anulación de la participación a causa de la pérdida de la elegibilidad de CHIP

La anulación de la participación puede suceder si SU HIJO pierde la elegibilidad de CHIP. SU HIJO podría perder la elegibilidad de CHIP por los siguientes motivos:

1. Cuando el NIÑO supere los diecinueve años.
2. Si no se vuelve a solicitar cobertura al finalizar el período de cobertura de 12 meses.
3. Cambio en el estado del seguro de gastos médicos, por ejemplo, el NIÑO solicita cobertura en una cobertura médica patrocinada por algún empleador.
4. Muerte del NIÑO.
5. El NIÑO se muda fuera del estado de manera permanente.
6. El NIÑO está asegurado en Medicaid o Medicare.
7. No se cancela la cobertura médica actual si se determina que el NIÑO cumple los requisitos de CHIP porque el costo del seguro médico en la cobertura médica actual sumó un total del 10% o más de los ingresos netos familiares.
8. El padre, la madre o el representante autorizado del NIÑO solicita (por escrito) la anulación voluntaria de la cobertura médica del NIÑO.
9. No se responde a una solicitud de verificación de ingresos durante seis meses del período de inscripción (requisito para únicamente ciertas familias) o si la información de los ingresos excede los límites de ingresos de CHIP.

B. Anulación de la participación por parte de la COBERTURA MÉDICA

NOSOTROS podemos anular la participación de SU HIJO, sujeto a la aprobación por parte de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, cuando existen los siguientes motivos:

1. Fraude o falsa representación material intencional de SU parte después de 15 días del aviso por escrito.
2. Fraude en el uso de servicios o centros después de 15 días del aviso por escrito.

3. Mala conducta que es perjudicial para las operaciones seguras de la cobertura y la entrega de servicios.
4. El NIÑO ya no vive en el área de servicio.
5. El NIÑO es alborotado, indisciplinado, amenazador o poco colaborador al punto que la cobertura del NIÑO seriamente impide la capacidad de la COBERTURA MÉDICA o del prestador de servicios médicos para brindar los servicios al NIÑO u obtener nuevos asegurados. Además, el comportamiento del NIÑO no está ocasionado por un problema de salud físico o mental.
6. El NIÑO categóricamente rechaza cumplir con las restricciones de la COBERTURA MÉDICA (por ejemplo, usa reiteradamente la sala de emergencias y además rechaza que la COBERTURA MÉDICA trate el problema médico subyacente).

No cancelaremos la cobertura por un cambio en el estado de salud o una disminución en la capacidad mental del NIÑO, o a causa de la cantidad de servicios médicamente necesarios que se usan para tratar el problema de salud del NIÑO. Tampoco cancelaremos la cobertura de un NIÑO a causa de comportamientos poco cooperativos o alborotados debido a sus necesidades especiales; a menos que este comportamiento impida seriamente NUESTRA capacidad para brindar servicios al NIÑO o a otros asegurados.

VI. ASEGURADAS EMBARAZADAS Y BEBÉS

Cuando recibamos un aviso de SU parte, de parte de SU HIJA o del médico o el prestador de servicios médicos de SU HIJA de que se ha diagnosticado un embarazo, informaremos a la Organización administrativa de servicios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, en inglés).

Dependiendo de SUS ingresos y el tamaño de la unidad familiar, la Organización administrativa de servicios puede informarles a USTED y a SU HIJA sobre su posible elegibilidad para obtener Medicaid y si puede solicitarlo.

Es ese caso, el administrador también proporcionará la información adecuada sobre recursos. Una asegurada que tiene posibilidades de ser elegible para obtener Medicaid tiene que solicitar la cobertura de Medicaid. Si se determina que la asegurada es elegible para recibir Medicaid, ya no será elegible para CHIP.

Si SU HIJA no es elegible para Medicaid, el administrador extenderá el período de elegibilidad de SU HIJA, en el caso de que su elegibilidad fuera a vencerse, para asegurarse de que continúa con cobertura durante el embarazo y hasta el final del segundo mes completo después del nacimiento del bebé.

La Organización Administrativa de Servicios de HHSC solicitará cobertura en la cobertura CHIP de la madre de forma anticipada, según las reglas de límite habituales.

VII. LA COBERTURA MÉDICA DE SU HIJO

A. Selección del médico de cabecera o del prestador principal de servicios médicos de SU HIJO

En el momento de solicitar la cobertura médica, USTED tiene que seleccionar el médico de cabecera o el prestador principal de servicios médicos (PCP, en inglés) de su HIJO. Una asegurada puede seleccionar un ginecólogo-obstetra (OB/GYN, en inglés) para que le proporcione servicios médicos incluidos dentro del ámbito de la práctica de la especialidad profesional del OB/GYN. La selección se debe hacer entre los médicos y prestadores de servicios médicos que se mencionan en la lista de médicos y prestadores de servicios médicos de la COBERTURA MÉDICA. USTED tiene la opción de elegir como PCP a un médico de medicina para la familia con experiencia en atención para niños, un pediatra u otro profesional médico calificado y apropiado para la edad.

USTED debe consultar al PCP seleccionado para dirigir o coordinar la atención médica del NIÑO y recomendar intervenciones o tratamientos.

B. Cambio del médico de cabecera o del prestador principal de servicios médicos de SU HIJO

USTED puede solicitar un cambio del médico de cabecera o del prestador principal de servicios médicos de SU HIJO y un cambio del ginecólogo-obstetra de su HIJA. SU solicitud se debe enviar a la COBERTURA por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de entrada en vigor en que se solicitó el cambio.

C. Niños que padecen enfermedades crónicas, incapacitantes o potencialmente mortales

Un NIÑO que padece una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal puede cumplir los requisitos para recibir servicios por encima de aquellos que generalmente se proporcionan. Si se identifica que SU HIJO tiene necesidad de atención médica especial, será elegible para obtener servicios de administración de casos clínicos para niños con necesidades de atención médica especial (CSHCN) a través del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

Un NIÑO que padece una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal puede recurrir al director médico de la COBERTURA MÉDICA para que se use un médico especialista que no sea de cabecera como médico de cabecera. El médico especialista debe aceptar el acuerdo y coordinar todas las necesidades de atención médica del NIÑO.

D. Servicios de emergencia

Cuando se lleva al NIÑO al departamento de emergencias de un hospital, centro médico de emergencia independiente o a un centro de emergencia comparable, el médico o profesional médico responsable realizará un examen médico de detección para determinar si existe una emergencia médica y proporcionará el tratamiento y la estabilización de un problema de salud de emergencia.

Si se necesita más atención médica después de la estabilización del paciente, el médico o profesional médico a cargo debe comunicarse con la COBERTURA MÉDICA. La COBERTURA MÉDICA debe responder en un periodo de una hora tras recibir la llamada para aprobar o rechazar la cobertura de la atención médica adicional solicitada por el médico o profesional médico a cargo.

Si la COBERTURA MÉDICA acepta la atención médica propuesta por el médico o profesional médico a cargo, o si la COBERTURA MÉDICA no aprueba ni rechaza la atención médica propuesta dentro de una hora de haber recibido la llamada, el médico o profesional médico a cargo puede proceder con la atención médica propuesta.

USTED debe informar a la COBERTURA MÉDICA en un periodo de veinticuatro (24) horas sobre los servicios de emergencia fuera de la red o tan pronto como sea razonablemente posible.

E. Servicios fuera de la red

Si a través de la red de médicos o prestadores de servicios médicos no hay ningún servicio médico incluido disponible para SU HIJO, la COBERTURA MÉDICA, tras solicitar un médico o prestador de servicios médicos de la red, debe permitir el referido a un médico o prestador de servicios médicos fuera de la red y debe reembolsar completamente el cargo usual y habitual fuera de la red o a una tasa acordada. Además, la COBERTURA MÉDICA debe proporcionar una revisión por un especialista equivalente o similar al médico o prestador de servicios médicos a quien se le solicitó el referido antes de que la COBERTURA MÉDICA pueda denegarlo.

F. Continuidad del tratamiento

El contrato entre la COBERTURA MÉDICA y el médico o el prestador de servicios médicos debe estipular que se le envíe un aviso con una antelación razonable sobre la cancelación inminente de la cobertura médica de un médico o prestador de servicios médicos que actualmente está tratando a SU HIJO. El contrato también debe estipular que, excepto por motivos de aptitud médica o comportamiento profesional, la cancelación del contrato del médico o prestador de servicios médicos no libera a la COBERTURA MÉDICA de la obligación de reembolsar la atención médica de SU HIJO al médico o al prestador de servicios médicos que atiende a SU HIJO por circunstancias especiales, a cambio de la continuidad del tratamiento actual para SU HIJO después de recibir un tratamiento médicamente necesario según lo que dicta la prudencia médica. Se entiende por circunstancias especiales, por ejemplo, a que un NIÑO padezca una discapacidad, una enfermedad aguda, una enfermedad potencialmente mortal o que supere las veinticuatro semanas de embarazo.

Además “circunstancia especial” se refiere a un problema de salud que el médico o profesional médico a cargo considera que si se deja de atender puede provocar daño a SU HIJO. El médico o profesional médico a cargo debe identificar la circunstancia especial para solicitar que se permita que SU HIJO siga el tratamiento con el médico o profesional médico a cargo y debe aceptar no cobrarle a USTED ningún monto del que no fuera responsable, como si el médico o el profesional médico todavía formase parte de la COBERTURA MÉDICA. La COBERTURA MÉDICA debe reembolsarle al médico o prestador de servicios médicos el tratamiento continuo de SU HIJO por noventa días a partir de la fecha de entrada en vigor de la anulación de la cobertura médica o nueve meses si a SU HIJO se le ha diagnosticado una enfermedad terminal. Para una NIÑA que en el momento de la anulación tenga más de veinticuatro semanas de embarazo, la COBERTURA MÉDICA debe reembolsarle al médico o prestador de servicios médicos el tratamiento hasta el parto, la atención posparto inmediata y el chequeo de seguimiento dentro de las seis semanas después de dar a luz.

G. Avisos de reclamaciones

USTED no debe pagar ningún monto por los servicios médicos incluidos excepto por los copagos y los deducibles. Si USTED recibe una factura por parte del médico o prestador de servicios médicos que es superior al copago o deducible autorizado, comuníquese con la COBERTURA MÉDICA.

H. Coordinación de beneficios

La cobertura de su HIJO con CHIP es secundaria cuando se coordinan los beneficios y servicios con otra compañía de seguros. Esto significa que, dentro de la cobertura que se proporciona, CHIP pagará los beneficios y servicios incluidos que queden sin pagar después de que la otra compañía de seguros haya pagado.

I. Subrogación

La COBERTURA MÉDICA recibe todos los derechos de recuperación adquiridos por USTED o SU HIJO en contra de cualquier persona u organización a causa de negligencia o cualquier acto deliberado que resulte en una enfermedad o lesión incluida por la COBERTURA MÉDICA, pero únicamente hasta alcanzar tales beneficios y servicios. Tras recibir tales beneficios y servicios por parte de la COBERTURA MÉDICA, se considera que USTED y SU HIJO han asignado tales derechos de recuperación a la COBERTURA MÉDICA, y USTED acepta brindarles cualquier ayuda razonable que sea necesaria para asegurar la recuperación.

VIII. ¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?

A. Proceso de quejas

Una “queja” es cualquier inconformidad que USTED nos indique de manera oral o escrita sobre cualquier aspecto de NUESTRA operación, incluidos, entre otros, la inconformidad con la administración de la cobertura; los procedimientos sobre revisiones o las apelaciones de una determinación adversa, la denegación, la reducción o la cancelación de un servicio por motivos no relacionados con una necesidad médica; y la manera en que se proporciona un servicio o las decisiones de cancelación de la cobertura.

Si USTED nos informa de manera oral o escrita sobre una queja, le enviaremos una carta informándole la fecha en que recibimos la queja, a más tardar cinco días hábiles de haberla recibido. Si la queja se recibió de manera oral, adjuntaremos un formulario de quejas de una página donde se indique que nos debe enviar el formulario para poderle brindar una pronta resolución.

Después de que recibamos la queja por escrito o el formulario de quejas de una página, investigaremos y le enviaremos una carta con NUESTRA resolución. El tiempo total para informarle que recibimos, investigamos y resolvimos la queja no será superior a treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que recibimos SU queja.

SU queja sobre una emergencia o denegación de seguir hospitalizado se resolverá en un día laborable a partir de la fecha en que se recibió SU queja. La investigación y la resolución deben concluir según la urgencia médica del caso.

USTED puede utilizar el proceso de apelaciones para resolver una disputa sobre la resolución de SU queja.

B. Apelaciones a la COBERTURA MÉDICA

1. Si la queja no se resuelve satisfactoriamente, USTED tiene el derecho de comparecer en persona ante un panel de apelación de quejas donde USTED generalmente obtiene servicios médicos, a menos que acuerde ir a otro lugar, o puede enviar una apelación por escrito al panel de apelación de quejas. Debemos completar el proceso de apelaciones antes de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que se reciba la solicitud de apelación.
2. Debemos enviarle una carta de confirmación antes del quinto día a partir de la fecha en que reciba la solicitud de apelación.
3. Debemos asignar al panel de apelación de quejas a miembros que nos indicarán la resolución de la disputa. El panel de apelación de quejas tiene que estar conformado por una cantidad igual de NUESTRO personal, médicos u otros profesionales médicos y asegurados. Ningún miembro del panel de revisiones puede haber estado anteriormente involucrado en la decisión que se disputa.
4. A más tardar el quinto día laborable antes de la fecha programada para la reunión del panel (a menos que usted acuerde lo contrario), debemos proporcionarle a USTED o a SU representante designado lo siguiente:
 - a. cualquier documento que se presentará al panel por parte de NUESTRO personal;
 - b. la especialización de los médicos o profesionales médicos consultados durante la investigación;
 - y
 - c. el nombre y la afiliación de cada uno de NUESTROS representantes en el panel.
5. USTED o SU representante designado en caso de que USTED sea menor o esté incapacitado, tiene los siguientes derechos:
 - a. presentarse en persona ante un panel de apelación de quejas;
 - b. presentar testimonio alternativo de expertos;

y

- c. solicitar la presencia de cualquier persona responsable de la determinación anterior que derivó en la apelación e a interrogar a esta persona.
6. La investigación y la resolución de las apelaciones sobre emergencias continuas o denegaciones de una hospitalización continua se deben concluir según la emergencia médica del caso, pero sin exceder bajo ningún concepto un día laborable después de haberse recibido SU solicitud de apelación.

A causa de la emergencia continua o la continuación de una hospitalización y según SU solicitud, debemos proporcionar, en lugar de un panel de apelación de quejas, una revisión por parte de un médico o profesional médico que no haya revisado el caso previamente y que tenga la misma especialidad (o una similar) que gestiona normalmente el problema médico, la intervención o el tratamiento que se está revisando en la apelación.

7. El aviso de NUESTRA decisión final sobre la apelación debe incluir una declaración de la determinación médica en particular, las bases clínicas y las cláusulas contractuales usadas para llegar a la decisión final.

C. Apelación interna de determinaciones adversas

Una “determinación adversa” es una decisión tomada por NOSOTROS o NUESTRO Agente para la Revisión de la Utilización en la que se indica que los servicios médicos prestados o propuestos a ser prestados a un NIÑO no son médicamente necesarios o adecuados.

Si USTED, SU representante designado o el médico o profesional de la salud responsable de SU HIJO no está de acuerdo con la determinación adversa, USTED, SU representante designado o el médico o profesional de la salud responsable de SU HIJO puede apelarla de manera oral o escrita.

Dentro de los 5 días laborables de haber recibido la apelación por escrito de la determinación adversa, NOSOTROS (o NUESTRO Agente para la Revisión de la Utilización) le enviaremos a USTED, SU representante designado o al médico o profesional médico de SU HIJO una carta confirmando la fecha en la que se recibió la apelación. La carta también incluirá una lista de los documentos que USTED, SU representante designado o el médico o profesional médico de SU HIJO nos deben enviar o deben enviarla a NUESTRO Agente para la Revisión de la Utilización para la apelación.

Si USTED, SU representante designado o el médico o profesional de la salud de SU HIJO apela de manera oral la determinación adversa, NOSOTROS (o NUESTRO Agente para la Revisión de la Utilización) le enviaremos a USTED, SU representante designado o al médico o profesional médico de SU HIJO un formulario de apelación de una página. No es obligación que envíe el formulario completo, pero le recomendamos que lo haga para ayudarnos a resolver SU apelación.

Las apelaciones de determinaciones adversas sobre emergencias continuas o denegaciones de la continuación de la hospitalización se resolverán a más tardar 1 día laborable a partir de la fecha en que toda la información necesaria para completar la apelación se haya recibido. Todas las otras apelaciones se resolverán a más tardar 30 días calendario después de la fecha en que NOSOTROS recibamos la apelación o la reciba NUESTRO Agente para la Revisión de la Utilización.

D. Revisión externa por parte de la Organización revisora independiente

Si se deniega la apelación de la determinación adversa, USTED, SU representante designado o el médico o profesional médico responsable de SU HIJO tiene el derecho de solicitar una revisión de esa decisión por parte de una Organización revisora independiente (IRO, en inglés). Cuando NOSOTROS (o NUESTRO Agente para la Revisión de la Utilización) denegamos la apelación, USTED, SU representante designado o el médico o profesional médico de SU HIJO recibirá la información sobre cómo solicitar una revisión de una IRO de la denegación. También obtendrá los formularios que debe completar y entregar para empezar el proceso de revisión independiente.

En los casos que impliquen problemas de salud potencialmente mortales, SU HIJO tiene el derecho a una revisión inmediata por parte de una IRO sin tener que cumplir con los procesos de apelaciones internas de determinaciones adversas. En las situaciones potencialmente mortales, USTED, SU representante designado o el médico o profesional médico responsable de SU HIJO puede comunicarse con NOSOTROS o con NUESTRO Agente para la Revisión de la Utilización por teléfono para solicitar la revisión de la IRO. NOSOTROS (o NUESTRO Agente para la Revisión de la Utilización) proporcionaremos la información que se necesite.

Cuando la IRO complete la revisión y emita la decisión, NOSOTROS respetaremos la decisión de la IRO. NOSOTROS pagaremos la revisión de la IRO.

Los procesos de apelación que se describen anteriormente no le prohíben proseguir con otros recursos apropiados, incluidas las medidas cautelares, los fallos declaratorios u otras medidas disponibles bajo la ley si USTED considera que los requisitos para completar el proceso de apelación y revisión ponen la salud de SU HIJO en grave peligro.

E. Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas

Toda persona, incluidas las personas que han intentado resolver las quejas a través de NUESTRO sistema de proceso de quejas y que no estén satisfechas con la resolución, pueden denunciar un supuesto incumplimiento al Texas Department of Insurance, P. O. Box 149104, Austin, Texas 78714-9104. Las quejas ante el Departamento de Seguros de Texas también se pueden presentar de manera electrónica en www.tdi.texas.gov (haga clic en “Español”).

El comisionado de seguros debe investigar las quejas en NUESTRA contra para determinar el cumplimiento en menos de sesenta (60) días después de que el Departamento de Seguros de Texas haya recibido la queja y toda la información necesaria para que determine el cumplimiento.

El comisionado puede extender el tiempo necesario para completar una investigación en el caso de que ocurran algunas de las siguientes circunstancias:

1. Se necesita más información.
2. Se necesita una revisión en el lugar.
3. NOSOTROS, USTED o el médico o profesional médico no hemos proporcionado todos los documentos necesarios para completar la investigación.
O
4. Suceden otras circunstancias más allá del control del departamento.

F. Prohibición de represalias

1. NOSOTROS no tomaremos ningún tipo de represalia, incluida la negativa de renovar la cobertura, en contra de un NIÑO porque el NIÑO o persona que lo representa haya presentado una queja en nuestra contra o haya apelado NUESTRA decisión.
2. NOSOTROS no debemos involucrarnos en ningún tipo de represalia, incluidas la cancelación o la negativa de renovar un contrato, en contra de un médico o profesional médico que haya, en nombre del NIÑO, presentado razonablemente una queja en NUESTRA contra o haya apelado NUESTRA decisión.

IX. ESTIPULACIONES GENERALES

A. Acuerdo completo, enmiendas

Este contrato y cualquier adjunto o enmienda forman parte del contrato completo entre USTED y la COBERTURA MÉDICA. Para que sea válido, cualquier cambio en este contrato debe ser aprobado por un directivo de la COBERTURA MÉDICA y estar adjunto a este contrato.

B. Divulgación y confidencialidad del expediente médico

La COBERTURA MÉDICA acepta mantener y preservar la confidencialidad de todos los expedientes médicos de SU HIJO o SU familia. Sin embargo, al inscribirse en la COBERTURA MÉDICA, USTED autoriza la divulgación de la información como lo permita la ley, y el acceso a todos los expedientes médicos de SU HIJO para motivos que estén razonablemente relacionados con las estipulaciones de los servicios según este contrato a la COBERTURA MÉDICA, sus agentes y empleados, el médico de cabecera o el prestador de servicios médicos de SU HIJO, los prestadores principales de servicios médicos participantes, los prestadores principales de servicios médicos externos del Comité para la revisión de la utilización, CHIP y las agencias gubernamentales adecuadas. Las protecciones de la privacidad de la COBERTURA MÉDICA se describen en más detalle en este Aviso de prácticas de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad está disponible en <http://bcbstx.com/coverage/medicaid/chip.html> o puede solicitar una copia llamando al 1-888-292-4480.

C. Errores administrativos

Los errores administrativos o las demoras para obtener expedientes para SU contrato o el contrato de SU HIJO con CHIP no provocarán lo siguiente:

1. Rechazo para cobertura que de lo contrario se hubiera otorgado.

NI

2. Continuación de la cobertura que de lo contrario se hubiera cancelado.

Si cualquier dato importante que se haya entregado a CHIP sobre SU HIJO no es correcto y afecta la cobertura, sucederá lo siguiente:

1. CHIP usará los datos verdaderos para decidir si la cobertura sigue vigente.

Y

2. Se realizará cualquier cambio o reembolso.

D. Aviso

Los beneficios de la indemnización laboral no se verán afectados.

E. Validez

La inviabilidad o la invalidez de cualquier estipulación de esta *Evidencia de cobertura* no debe afectar la validez ni la aplicabilidad del resto de este contrato.

F. En conformidad con las leyes estatales

Toda estipulación de este contrato que no esté en conformidad con la ley HMO de Texas, y las leyes estatales y federales o los reglamentos que gobiernan CHIP, u otros reglamentos o leyes aplicables, no se debe presentar como inválida, pero se debe interpretar y aplicar como si estuviera en cumplimiento completo con la ley HMO de Texas, las leyes estatales y federales o los reglamentos que gobiernan CHIP y otros reglamentos o leyes aplicables.

ANEXO A DE BENEFICIOS DE LA EVIDENCIA DE COBERTURA DE CHIP

ANEXO B DE BENEFICIOS DE LA EVIDENCIA DE COBERTURA DE CHIP

ANEXO C DE BENEFICIOS DE LA EVIDENCIA DE COBERTURA DE CHIP

ANEXO D DE BENEFICIOS DE LA EVIDENCIA DE COBERTURA DE CHIP

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

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711). (خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں۔) 1-855-710-6984 (TTY: 711)

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

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

ध्यान दें: यदद आप हिंदी बोलते हैं तो आपके ललए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

هجوٲ: رگ ا هب ن اب زى سراف وگت فگ ى م دى نك، ت لای ه ست ى ناب ز هب ت روص ن اگیار ى ارب امش مهارف ى م د شاب. اب 1-855-710-6984 (TTY: 711) سامت دى رى گب.

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

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

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.

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

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1-855-710-6984 (TTY: 711).