



BlueCross BlueShield
of Texas



TEXAS
Health and Human
Services

Área de servicio del condado de Travis



Manual para asegurados con cobertura **CHIP**

Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente: **1-888-657-6061**, TTY **711**

espanol.bcbstx.com/chip

Vigente a partir de septiembre de 2024

Blue Cross and Blue Shield of Texas, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

CHIPM-6284-0624

729420.0524

Comience aquí

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, directorio de prestadores de servicios médicos o 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 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 desea cambiar de PCP, elija una de las opciones en el *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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline 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 un prestador de atención médica primaria	8

Parte 4

Cómo usar la cobertura médica de BCBSTX	8
Cómo programar una cita con el médico de su hijo (PCP)	8
Primer chequeo preventivo para niños .	9
Blue Access for Members	9
Planes de incentivo 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 profesional de servicios médicos perinatales de CHIP Perinate	11
Cómo elegir un prestador de servicios médicos perinatales	11

Parte 6

Acceso a la atención médica: CHIP y recién nacidos con cobertura CHIP Perinate	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	18
Medicamento necesario	18
Atención médica de rutina	19
Atención médica inmediata	19
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	21
Posestabilización	22

Parte 9

Servicios incluidos: para asegurados con cobertura CHIP y recién nacidos con cobertura CHIP Perinate 22

Servicios incluidos	23
Consultas preventivas para niños	26
Coordinación de servicios	26
Servicios de salud mental para asegurados con cobertura CHIP	26
Apoyo en situaciones de crisis y emergencia	27
Programa para dejar de fumar	27
Servicios dentales	27
Programa Intervención Temprana en la Infancia	28
Servicios de atención médica para la mujer	28
Atención durante el embarazo	29
¿Necesito un referido?	29
Copagos y gastos compartidos	30

Parte 10

Servicios incluidos: CHIP Perinate 33

¿Cuáles son los beneficios y servicios de CHIP Perinatal para mi hijo por nacer?	33
--	----

Parte 11

Servicios con valor agregado 34

Beneficio Adicional para obtener traslados	35
24-Hour Nurseline	36
Tarjeta de regalo por chequeos preventivos para niños	37
Tarjeta de regalo por chequeos para niños y adolescentes	37
Tarjeta de regalo de incentivo por recibir la vacuna contra el VPH	37
Artículos para la vista mejorados para niños	37
Exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos	38
Reembolso por actividades de salud y bienestar	38
Incentivo para la atención prenatal	38
Clase prenatal con bolso para pañales como incentivo	39
Tarjeta de regalo por consulta prenatal	39
Educación sobre la lactancia a través del programa Special Beginnings	40
Tarjeta de regalo por consulta posparto	40
Alimentos frescos y saludables para aseguradas embarazadas con cobertura	40
Entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria	40
Servicios dentales para asegurados adultos	41
Programa de descuentos Blue365	41
Sitio web de recursos comunitarios	41
Learn to Live: plataforma en línea sobre salud mental	42
Tarjeta de regalo de incentivo por obtener atención de seguimiento después del alta de una hospitalización por salud mental	42

Parte 12

Servicios en farmacias y de medicamentos recetados 43

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

Parte 13

Programas para ayudarlo a estar saludable 45

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

Parte 14

Ayuda con servicios especiales 47

Ayuda en otros idiomas	47
Ayuda para asegurados con impedimentos auditivos o de la vista ...	48
Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades	48
Asegurados con necesidades especiales de atención médica	48

Parte 15

Cómo resolver un problema 49

Quejas	49
Apelaciones	50
Apelaciones a farmacias	51
Apelaciones aceleradas	51
Organización revisora independiente ..	52

Parte 16

Otros datos que quizá necesite saber 53

Si ya no podemos brindarle nuestros servicios	53
¿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?	54
Si usted tiene otro seguro	54
Nuevos tratamientos médicos	54
Mejoramiento de la calidad	55
Evidencia de cobertura	55
Políticas de privacidad	55
Los expedientes médicos de su hijo	55
Instrucciones anticipadas (testamento vital)	56
Cambios en el programa	56
Cómo denunciar malgasto, abuso o fraude en CHIP	56
Aviso de prácticas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos	57
Aviso estatal de prácticas de privacidad	61

Parte 17

Sus derechos y obligaciones de atención médica 62

Derechos de los asegurados	62
Obligaciones de los asegurados	64
Para asegurados con cobertura CHIP Perinate	65

Parte 18

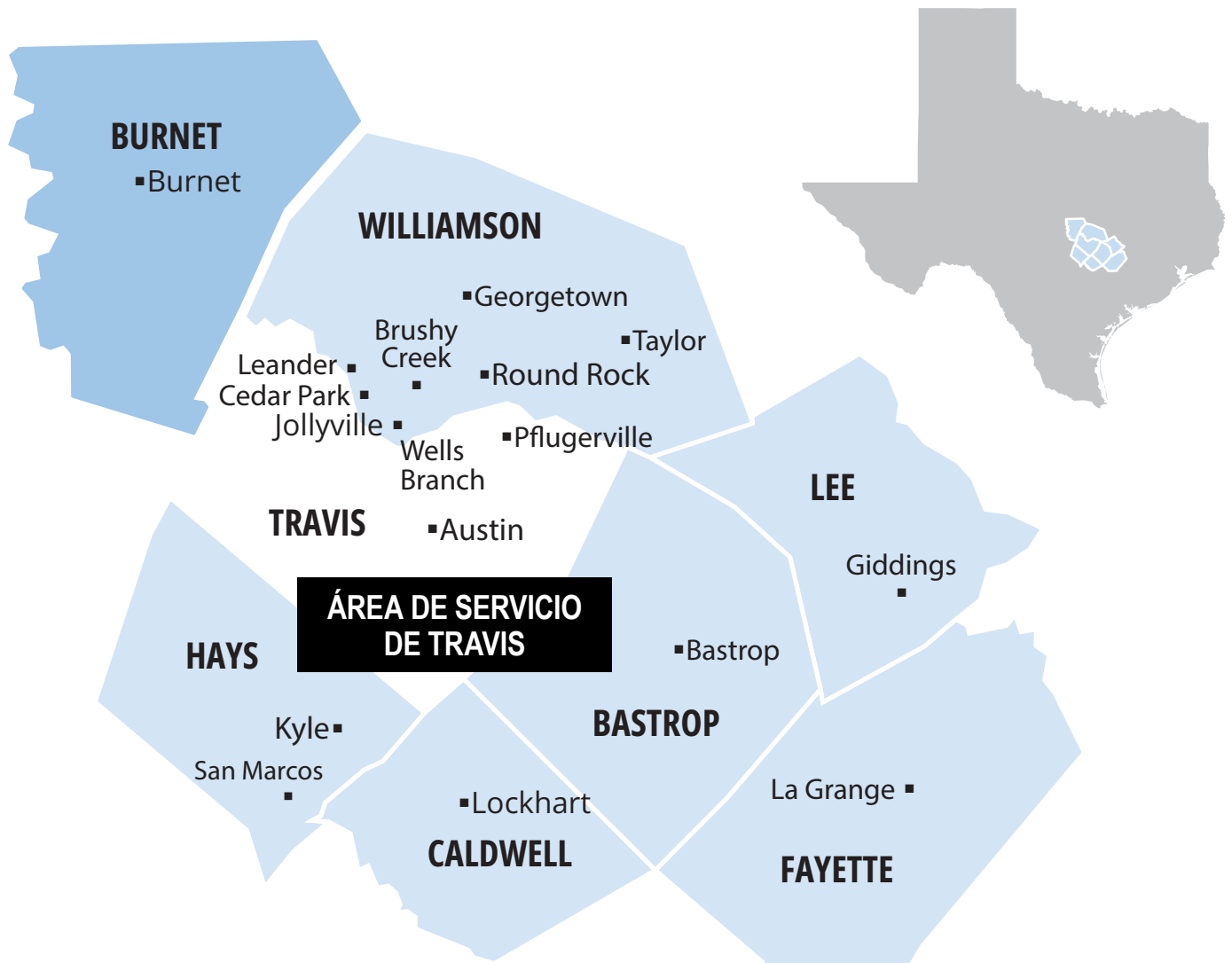
Definiciones: 67

Parte 19

Detalles sobre los servicios incluidos de la cobertura CHIP 72

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.



Parte 1

Cómo usar este manual

Medidas importantes que debe tomar

Elegir 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 tiene 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-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**. Cuando llame, tenga tener a la mano su tarjeta de asegurado de BCBSTX, ya que el enfermero le pedirá el número. Le ayudarán para que usted reciba la atención médica que necesita.

Inscríbase en Blue Access for Members

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/chip para inscribirse.

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

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.

24-Hour Nurseline

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

Sitio web de CHIP

espanol.bcbstx.com/chip

Asesor para asegurados con cobertura CHIP

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

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

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)

1-800-628-5115

Servicios para el manejo de enfermedades

1-877-214-5630

Beneficio Adicional para obtener traslados (ModivCare)

1-888-657-6061 (TTY: **711**)

Línea de emergencias de salud mental y tratamiento para el abuso de sustancias

1-888-657-6061

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

Corredor de seguros encargado de solicitudes de cobertura de Maximus

1-800-964-2777

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

Línea nacional directa 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

Línea de ayuda y referidos para servicios de salud familiar y comunitaria

1-800-422-2956

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

1-877-262-2674 (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 abuso de sustancias. Un asesor capacitado en casos de crisis está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para brindarle apoyo gratuito y confidencial.

* 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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

ModivCare es una compañía independiente que proporciona servicios de transporte para asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas por medio de un acuerdo contractual entre BCBSTX y ModivCare. BCBSTX y ModivCare mantienen una relación laboral en calidad de contratistas independientes.

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

Para la administración de los servicios dentales, Blue Cross and Blue Shield of Texas tiene contrato con DentaQuest, una compañía independiente.

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.

Blue365 es un programa de descuentos exclusivo para los asegurados de 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 recomienda, ni avala, ni garantiza ninguno de los productos o servicios disponibles a través del programa. Los asegurados deben consultar a su médico antes de usar estos servicios y productos. BCBSTX se reserva el derecho de suspender o modificar este programa en cualquier momento sin previo aviso. Blue365 y BCBSTX mantienen una relación laboral en calidad de contratistas independientes.

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

BCBSTX no recomienda, ni avala, ni garantiza a ningún proveedor ni los productos o servicios que ofrecen.

Parte 2

Tarjeta de asegurado de BCBSTX

Cómo usar su tarjeta de asegurado

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

Siempre llévela con usted 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 podría perder la cobertura de 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 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 BAM, el portal protegido para asegurados de BCBSTX. Para tener acceso a BAM, visite espanol.bcbstx.com/chip 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 asegurado principal;
- fecha de entrada en vigor;
- nombre y número de teléfono del PCP;
- información de copago (si aplica);
- nombre y dirección de BCBSTX;
- 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-Hour Nurseline, el de salud mental y farmacia;
- qué hacer en caso de emergencia;
- instrucciones para recibir ayuda en español.

A continuación, se menciona 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> 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 en la ER: SXX Pharmacy (Brand)/ Farmacia (marca): SXX Pharmacy (Generic)/ Farmacia (genérico): SXX
PCP Effective Date: <MEPR_DT> Rx Group No.: <RXG2> Rx BIN: 011552 Rx PCN: TXCAID PBM: PRIME	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. In case of an emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. This card is for member 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. In case of an emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. This card is for member 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.

24-Hour Nurse Hotline/Línea de enfermería (24 h): 1-844-971-8906
TTY: 711
Prescription Drug/ Medicamentos recetados (PBM: PRIME): 1-888-657-6061
TTY: 711
Behavioral Health Services Hotline/ Servicios de salud mental (24 h): 1-888-657-6061
TTY: 711

Hospital Facility Billing: Professional/Other Services Billing:
 TMHP
 P.O. Box 200555
 Austin, TX 78720-0555
 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. In case of an emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. This card is for member 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
 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 (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. In case of an emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. This card is for member 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.

24-Hour Nurse Hotline/Línea de enfermería (24 h): 1-844-971-8906
TTY: 711
Prescription Drug/ Medicamentos recetados (PBM: PRIME): 1-888-657-6061
TTY: 711
Behavioral Health Services Hotline/ Servicios de salud mental (24 h): 1-888-657-6061
TTY: 711

Hospital Facility Billing: Professional/Other Services Billing:
 TMHP
 P.O. Box 200555
 Austin, TX 78720-0555
 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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

Cómo reemplazar la tarjeta de asegurado si la pierde

Si se pierde su tarjeta de asegurado o la de su hijo, o si no recibió una, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente al número que se indica al final de la página. Los asegurados que tengan impedimentos auditivos o del habla pueden comunicarse con nuestra línea TTY.

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

Parte 3

Cómo elegir a un prestador de servicios médicos

Cómo elegir un prestador de atención médica primaria

¿Qué es un prestador de atención médica primaria?

El PCP es su prestador de servicios médicos 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) o 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 (FQHC) y las clínicas rurales (RHC) también pueden ser PCP.

¿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 médico de su hijo (PCP)

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.

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 de él.
- 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, 90 días después de haberse inscrito en BCBSTX a más tardar. Llame hoy mismo al PCP para programar una cita. Los recién nacidos deben consultar al PCP, a más tardar, 14 días después de haberse inscrito en 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 cita.

¿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-Hour Nurseline.

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 recetados;
- 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. Después, haga clic en “Inscribirse” (*Register Now*) para crear una cuenta.

Planes de incentivo para médicos

Blue Cross and Blue Shield of Texas 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 su 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:

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 cumplo con las indicaciones, ¿mi PCP puede enviarme 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:

- Blue Cross and Blue Shield of Texas ya no trabaja con ese PCP;
- usted falta a las citas o llega tarde a menudo;
- usted o su hijo se comporta de forma grosera o irrespetuosa, o causa problemas en el consultorio del PCP.

¿Cuándo entra en vigor el cambio de PCP de mi hijo?

- 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 el PCP 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® en espanol.bcbstx.com/chip para 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).

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

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.

un *Directorio de prestadores de servicios médicos* 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 profesional 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 en línea Provider Finder® en espanol.bcbstx.com/chip. 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 que un prestador de servicios médicos perinatales lo atienda.

¿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 haberlo llamado.

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

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

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

¿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-Hour Nurseline.

¿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: CHIP y recién nacidos con cobertura CHIP Perinate

Solicitud de cobertura médica

Inscripción simultánea de asegurados de la familia en las coberturas CHIP y CHIP Perinate

Los niños inscritos en CHIP permanecerán en el programa CHIP, pero serán cambiados a las organizaciones de atención médica administrada que brinden la cobertura CHIP Perinatal. Los copagos, los gastos compartidos y las tarifas de inscripción se aplican para los niños inscritos en el programa CHIP.

Un hijo por nacer que tiene la cobertura CHIP Perinate se pasará a Medicaid por 12 meses de cobertura continua, desde el

nacimiento, si el niño pertenece a una familia con ingresos iguales o inferiores al umbral de elegibilidad de Medicaid.

El hijo por nacer seguirá recibiendo cobertura del programa CHIP como recién nacido con cobertura de CHIP Perinate después del nacimiento si pertenece a una familia con ingresos que superen 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 con cobertura 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?

CHIP no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

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.

- Dígame 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 de 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?

En BCBSTX permitimos que los asegurados con necesidades especiales de atención médica tengan acceso directo a los especialistas adecuados para atender 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 de un prestador de servicios médicos para que el asegurado se atienda con otro prestador de servicios médicos 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 para el abuso 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 un enfermedad 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 sus necesidades. 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-Hour Nurseline.

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

Cómo renovar los beneficios y servicios

Es importante que renueve la cobertura del programa CHIP o Medicaid de su hijo 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”) y 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 como se explica a continuación:

- por cualquier motivo dentro de los 90 días de la inscripción en CHIP;
- con justificación, en cualquier momento;
- si se muda a otra área de prestación de servicios;
- durante el período de reinscripción anual en CHIP.

¿A quién debo llamar?

Para obtener más información, llame al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente o a Maximus, el agente a cargo 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.º de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio de la cobertura médica entrará en vigor el 1.º de junio.

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

¿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 anulación 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 es un asegurado con cobertura CHIP Perinate y tiene hijos inscritos simultáneamente en otra cobertura administrada de CHIP, se moverá a sus otros hijos de CHIP a BCBSTX para ayudarnos a gestionar mejor la atención médica de su familia. Los copagos, los gastos compartidos y las tarifas de inscripción se aplican para los niños inscritos en el programa CHIP.

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

El hijo por nacer seguirá recibiendo cobertura del programa CHIP como “recién nacido con cobertura de CHIP Perinate” después del nacimiento si pertenece a una familia con ingresos que superen el umbral de elegibilidad de Medicaid.

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 cobertura médica. Esta cobertura comienza con el mes de inscripción 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 como se explica a continuación:
 - por cualquier motivo dentro de los 90 días de la inscripción en CHIP Perinatal;
 - si se muda a otra área de prestación de servicio;
 - 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 médica 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.º de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio de la cobertura médica entrará en vigor el 1.º 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.

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

- 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 anulación de su cobertura médica, 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 a 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?

CHIP no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

Parte 8

Servicios de rutina, atención médica inmediata y emergencia

Medicamento necesario

¿Qué significa “medicamento 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:

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

- 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 que recibir atención médica o 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 atención médica de rutina. Si lo hace, tendrá que pagar esos servicios. No brindamos cobertura para atención en salas de emergencias como atención médica de rutina.

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. Algunos ejemplos son:

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

¿Qué debo hacer si necesito atención médica inmediata o mi hijo la necesita?

Para la atención médica inmediata, debe llamar al consultorio del PCP de su hijo, incluso por la noche y los fines de semana. El médico le dirá qué hacer. En algunos casos, el médico quizás le diga que vaya a la clínica de atención médica inmediata. Si le dice que vaya a una clínica de atención médica inmediata, no tiene que 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-Hour Nurseline.

¿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 es 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 abuso 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, un problema médico de emergencia y un problema de salud mental 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;
- el transporte de emergencia por tierra, aire y agua para el parto o potencial trabajo de parto;
- el 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.

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

“Servicios de emergencia” o “atención médica de emergencia” son servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios brindados por un prestador de servicios médicos calificado con cobertura. Son 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 la sala de atención médica inmediata o de emergencias, llame a la línea de asesoramiento de enfermería 24-Hour Nurseline.

¿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 médico no participa en nuestra red.

Posestabilización

¿Qué es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios incluidos por CHIP que mantienen al asegurado en un estado estable después de recibir atención médica de emergencia.

Parte 9

Servicios incluidos: para asegurados con cobertura CHIP y recién nacidos con cobertura CHIP Perinate

¿Cuáles son mis beneficios y servicios de CHIP?

¿Cuáles son mis beneficios y servicios de asegurado recién nacido con cobertura CHIP Perinate?

En BCBSTX se brindan servicios médicos y acceso a atención médica para ayudarlo a mantenerse bien. Puede encontrar un resumen de los servicios incluidos en la siguiente página. También puede consultar la **Parte 19: Detalles sobre los servicios incluidos de la cobertura CHIP** para obtener más información sobre sus servicios médicos de CHIP.

¿Qué beneficios recibirá mi bebé cuando nazca?

Un hijo por nacer, con cobertura CHIP Perinatal, se pasará a Medicaid por 12 meses de cobertura continua, desde el nacimiento, si el niño pertenece a una familia con ingresos iguales o inferiores al umbral de elegibilidad de Medicaid.

El hijo por nacer seguirá recibiendo cobertura del programa CHIP como recién nacido con cobertura de CHIP Perinate después del nacimiento si pertenece a una familia con ingresos que superen 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 necesarios", consulte la **Parte 8: Servicios de rutina, urgencia y emergencia**.

¿Qué servicios no están incluidos en la cobertura?

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, lo siguiente:

- Servicios, suministros y equipos médicos que no son médicamente necesarios.
- Procedimientos que son nuevos o que aún están en evaluación.
- Operaciones cosméticas que no son médicamente necesarias.
- Suplementos nutricionales o medicamentos para perder peso.
- Cualquier servicio recibido fuera de Estados Unidos.

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

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

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

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

Servicios incluidos

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 para asegurados con cobertura CHIP Perinate)	• Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados • Servicios residenciales y de internación del tratamiento del uso de sustancias • Servicios ambulatorios de salud mental o uso de sustancias • Servicios intensivos para pacientes ambulatorios para el uso de sustancias • Hospitalización parcial por uso de sustancias • Trastornos por uso de sustancias
Servicios quiroprácticos	• Incluye servicios que ayudan a mantener la columna vertebral y otras estructuras del cuerpo derechos. Los servicios se limitan a la subluxación de la columna vertebral (cuando los huesos están fuera de lugar). • Aprobación previa de nuestra parte.
Equipo médico duradero (DME, en inglés) y suministros descartables después del uso	• Tienen que ser médicamente necesarios. • Deben estar dentro de los límites de los servicios incluidos de Medicaid. • 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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

Servicios o beneficios incluidos	Información detallada o limitaciones
Programa 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.
Centro para pacientes terminales	- Servicios con cobertura para asegurados que probablemente no vivan más de seis meses. - Necesitan nuestra aprobación.
Servicios de hospitalización para pacientes internos	- Habitación de hospital con dos o más 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 ginecología-obstetricia	- 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. - Incluido en la cobertura cuando es médicamente necesario. - Necesitan nuestra aprobación.
Servicios de hospitalización para pacientes externos	- 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.

Servicios o beneficios incluidos	Información detallada o limitaciones
Atención del embarazo y la maternidad	- Embarazo. - Atención posparto que sea médicamente necesaria. - Exámenes para recién nacidos.
Medicamentos recetados	- En BCBSTX, se utiliza una lista de medicamentos preferenciales. - Para algunos medicamentos, se necesita aprobación de BCBSTX.
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	- Incluye terapias físicas, ocupacionales y del habla. - Tiene que obtener 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 (limitado a un período de 12 meses) para programas aprobados por BCBSTX.
Trasplantes	- Trasplantes de tejido y órganos humanos que todavía 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 de la vista cada 12 meses. - Un par de anteojos no protésicos por cada período de 12 meses.

Consultas preventivas para niños

Consultas preventivas para niños que tienen 18 años o menos. 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 llamado. 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.

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

- 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?

Coordinación de servicios es un beneficio que se ofrece a los asegurados con necesidades especiales de atención médica.

Los coordinadores de servicios de BCBSTX trabajan junto con usted para elaborar un plan para coordinar los servicios de su PCP, los prestadores de servicios médicos especializados y los prestadores de servicios que no sean 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 uso de sustancias.

Brindamos cobertura para servicios de salud mental y tratamiento para el consumo 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.

Tiene que obtener la aprobación de BCBSTX para obtener toda la atención hospitalaria. En BCBSTX, necesitamos la aprobación de un médico para la atención psiquiátrica de pacientes internados o el tratamiento por uso 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 obtener ayuda para 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 están actuando 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 estos servicios 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 no hospitalizados. 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;
- eliminación 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 de servicios en hospitales, de médicos y servicios médicos relacionados para los problemas médicos

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 eliminación de quistes; tratamientos de abscesos orales causados por los dientes o las encías; tratamientos y dispositivos para anomalías del cráneo y de la cara; y medicamentos.

Todos los otros servicios dentales que brinda la cobertura dental CHIP de su hijo incluyen servicios que ayudan a evitar las caries y servicios para arreglar 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 un ginecólogo-obstetra? (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 para problemas relacionados con la mujer;
- referidos a un médico especial (especialista) que forme parte de la red.

Con BCBSTX usted o su hija pueden elegir a un ginecólogo-obstetra, sin importar si ese médico es 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 disponible 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 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 agente a cargo de las solicitudes de cobertura de 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?

Programa la primera consulta de atención prenatal de la siguiente manera:

- 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 de 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 enseñarle 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**.

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 estarán incluidos en su tarjeta de asegurado de BCBSTX.

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

Servicios para la vista

¿Cómo solicito servicios para 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 segundos 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.

Gastos compartidos para CHIP

Vigente a partir del 1 de julio de 2022

Tarifas de inscripción (para un período de inscripción de 12 meses):

	Cargos
Igual o inferior al 151% del FLP* 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 para CHIP

Vigente a partir del 1 de julio de 2022

Copagos (por consulta)

151% del FPL* o menos

Cargos

Consultas presenciales (no preventivas) No se aplica copago por las consultas presenciales de MH/SUD.	\$5
Atención en sala de emergencias en casos que no son una emergencia	\$5
Medicamentos genéricos	\$0
Medicamentos de marca	\$5
Copago por centro, paciente hospitalizado (por admisión) No se aplica copago por los servicios de tratamiento residencial de MH/SUD.	\$35

Límite de gastos compartidos

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

Gastos compartidos para CHIP

Vigente 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) No se aplica copago por las consultas presenciales de MH/SUD.	\$20
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 del centro, pacientes internados (por admisión) No se aplica copago por los servicios de tratamiento residencial de MH/SUD.	\$75

Límite de gastos compartidos

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

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

Gastos compartidos para CHIP

Vigente 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 por las consultas presenciales de MH/SUD.

\$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 centro, paciente hospitalizado (por admisión) No se aplica copago por los servicios de tratamiento residencial de MH/SUD.

\$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 de inscripción y los copagos.

Parte 10

Servicios incluidos: 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 de la cobertura CHIP.

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

- chequeos regulares y consultas presenciales, incluidas dos consultas posparto para la madre después del parto;
- 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 en la cobertura?

Para obtener más información sobre lo que no está incluido en la cobertura médica, consulte **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, lo siguiente:

- Tratamientos para pacientes hospitalizados y no hospitalizados 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 hijo con cobertura que está por nacer hasta el nacimiento;
 - servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y no hospitalizados.
- Servicios, suministros y equipos médicos que no se los considera médicamente necesarios.
- Procedimientos que son nuevos o que aún están en evaluación.
- Operaciones cosméticas que no son médicamente necesarias.
- Medicamentos para perder peso o suplementos nutricionales.
- Cualquier servicio recibido fuera de Estados Unidos.

¿Cuánto debo pagar por la atención médica de mi hijo si nace con la cobertura CHIP Perinatal?

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 ayudarla a obtener estos servicios.

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

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

Parte 11

Servicios con valor agregado

¿Qué beneficios y servicios 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 gratuitos para consultas médicas que no sean de emergencia, tratamientos, farmacia y clases;
- 24-Hour Nurseline;
- tarjeta de regalo de incentivo por hacer chequeos preventivos para niños;
- tarjeta de regalo de incentivo por chequeos preventivos para niños y adolescentes;
- tarjeta de regalo de incentivo por recibir la vacuna contra el VPH;
- artículos para la vista mejorados para niños;
- exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos;
- reembolso por actividades de salud y bienestar;
- opciones de incentivos para atención prenatal;
- clase prenatal con bolso para pañales como incentivo;
- tarjeta de regalo por atención prenatal;
- educación sobre la lactancia;
- tarjeta de regalo por atención posparto;

- alimentos frescos y saludables para aseguradas embarazadas con cobertura;
- entrega de comidas a domicilio después de una hospitalización;
- servicios dentales para asegurados adultos;
- tarjeta de regalo de incentivo por volver a surtir medicamentos con receta para tratar el asma;
- recursos en línea sobre salud mental;
- tarjeta de regalo por atención de seguimiento después del alta de una hospitalización por salud mental;
- plataforma en línea de recursos comunitarios;
- programa de descuentos Blue365.

¿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 servicios con valor agregado (VAS) por haber tomado una decisión saludable, tendrá que registrarse en Healthy Rewards™. Necesitará su tarjeta de asegurado, la fecha de nacimiento y su dirección de correo electrónico para crear una cuenta en espanol.bcbstx.com/HealthyRewards. 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.

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 de los servicios con valor agregado, ModivCare, al **1-855-933-6993** (TTY: **1-866-288-3133**) 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 ModivCare en la tienda de aplicaciones de su teléfono, descárguela y cree una cuenta. Debe contar con una dirección de correo electrónico válida para crear una cuenta. Programe un traslado al menos tres días antes de su cita mediante la aplicación móvil. Con ella, también puede cambiar la cita, cancelarla y verificar su traslado.

Traslados fuera del área de servicio

Los asegurados con cobertura CHIP también pueden recibir ayuda adicional para solicitar traslados para acudir a citas médicas que no sean de emergencia que se encuentren a más de 75 millas de su hogar y que se consideren como traslados fuera del área de servicio. Para solicitar ayuda con los traslados fuera del área de servicio, la estadía en hoteles y la comida, debe solicitar aprobación al menos tres 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 actual y número de teléfono;
- el número de asegurado de BCBSTX;
- la fecha en que requiere el traslado;
- el nombre, dirección y 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 de ModivCare

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

La aplicación de ModivCare le permite lo siguiente:

- 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: BCBSTX decidirá el tipo de transporte que se le proporcionará según el nivel de atención que sea médicamente necesario para usted.

Los vehículos podrían incluir autobuses, trenes, camionetas, taxis, otros servicios con automóviles o transporte público, según su disponibilidad. Los costos para los traslados fuera del área de servicio deben contar con autorización previa. Solo los asegurados con cobertura CHIP y un padre, tutor o cuidador autorizado son elegibles para solicitar una asignación por estadía y comida. Los asegurados con cobertura CHIP Perinate no son elegibles para solicitar traslados fuera del área de servicio. Este beneficio no incluye los beneficios ni servicios de transporte de emergencia, que son un servicio incluido en la cobertura.

¿Cómo me reembolsan por los gastos de transporte?

Puede solicitar el reembolso de los costos de transporte a consultas aprobadas través de ModivCare, nuestro proveedor de servicios de transporte con valor agregado. El dinero que se le deba por el uso del transporte se depositará en su tarjeta Comdata® MasterCard todas las semanas. Puede usar la tarjeta para hacer compras en todos los lugares que acepten MasterCard. Comuníquese con ModivCare al **1-855-933-6993** (TTY: **1-866-288-3133**) para inscribirse y obtener la tarjeta Comdata® MasterCard, y para que le aprueben el reembolso antes de su consulta.

Limitaciones: para obtener un reembolso, BCBSTX debe aprobar el traslado y al conductor antes de realizar el viaje. Debe llamar al menos tres días antes

de la consulta programada. Todos los asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate pueden recibir este incentivo.

24-Hour Nurseline

Los asegurados pueden acceder a la línea de enfermería telefónica 24-Hour Nurseline en cualquier momento, de día o de noche, para obtener información general sobre la gestión 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-Hour Nurseline 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-Hour Nurseline 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 recibir este incentivo.



Tarjeta de regalo por chequeos preventivos para niños

Obtenga una tarjeta de regalo de \$120 cuando su bebé complete los seis chequeos preventivos para niños antes de los 15 meses de edad. Hable con el médico de su bebé para asegurarse de completar los seis chequeos preventivos para niños a tiempo, según el cronograma de chequeos recomendado para bebés.

Limitaciones: los padres o tutores de los asegurados menores de edad son responsables de que sus hijos se realicen los chequeos preventivos para niños como se indica arriba. El asegurado, uno de los padres o su representante legal se debe registrar a través del portal del programa para tarjetas de regalo para poder recibirlas a la dirección indicada en la inscripción. Las tarjetas de regalo se emiten según las reclamaciones que el médico envía a BCBSTX después de que se realice el chequeo. Las reclamaciones pueden tardar hasta dos meses en procesarse, una vez que se reciban. Los asegurados son elegibles para recibir una tarjeta de regalo por completar los chequeos preventivos para niños cada año calendario. Los asegurados con cobertura CHIP Perinate no pueden recibir este incentivo.



Tarjeta de regalo por chequeos para niños y adolescentes

Los asegurados con cobertura CHIP (de 2 a 18 años) 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 los niños y adolescentes con cobertura deben asegurarse de que se hagan los exámenes de los chequeos preventivos para niños. La cobertura de los asegurados debe estar vigente para recibir la tarjeta de regalo. Los chequeos debe realizarlos un PCP o un ginecólogo-obstetra que participe en la red. El asegurado, uno de los padres o su representante legal se debe registrar a través

del portal del programa para tarjetas de regalo para poder recibirlas a la dirección indicada en la inscripción. Las tarjetas de regalo se emiten según las reclamaciones de los prestadores de servicios médicos tras completar el chequeo. Las reclamaciones pueden tardar hasta dos meses en procesarse, una vez que se reciban. Los asegurados son elegibles para recibir una tarjeta de regalo por completar los chequeos preventivos para niños cada año calendario. Los asegurados con cobertura CHIP Perinate no pueden recibir este incentivo.



Tarjeta de regalo de incentivo por recibir la vacuna contra el VPH

Los asegurados con cobertura CHIP de entre 9 y 13 años pueden recibir una tarjeta de regalo de \$25 cuando reciban todas las dosis de la vacuna contra el VPH requeridas para su edad.

Limitaciones: la cobertura de los asegurados debe estar vigente y ellos deben estar registrados en el sitio web de Wellness Rewards de BCBSTX para ser elegibles para recibir la tarjeta de regalo. Se entregará una sola tarjeta de regalo por asegurado. Debe completarse la serie completa de vacunación para ser elegibles para obtener la tarjeta de regalo. Los asegurados con cobertura CHIP Perinate no pueden recibir este incentivo.

Artículos para la vista mejorados para niños

Una vez al año, los asegurados con cobertura CHIP de hasta 18 años pueden recibir artículos para la vista mejorados como los 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: este servicio con valor agregado es únicamente para asegurados con cobertura CHIP y no aplica a los asegurados con cobertura CHIP Perinate. El beneficio no puede exceder los \$150 cada año. Un profesional de Davis Vision que participa en la red tiene que prestar este servicio con valor agregado. Este beneficio solo se aplica a artículos para la vista básicos y especiales, artículos de mejor calidad o un par de anteojos adicional. Este beneficio no se puede cambiar por dinero. Los lentes de contacto de fantasía no están incluidos.

Exámenes físicos para practicar deportes y participar en campamentos

En BCBSTX, cubriremos exámenes físicos para campamentos o prácticas deportivas para los asegurados con cobertura CHIP de hasta 18 años de edad. Un prestador de servicios médicos de CHIP debe hacerle el examen físico.

Limitaciones: los exámenes para practicar deportes y acampar se limitan a un examen físico por año para los asegurados con cobertura CHIP hasta los 18 años inclusive. Este no es un servicio médico de CHIP Perinate.

Reembolso por actividades de salud y bienestar

Los asegurados con cobertura CHIP pueden obtener un reembolso de hasta \$50 por participar en un programa de salud y bienestar. Esto incluye actividades y clases de deporte, cuotas para un gimnasio o para registrarse en una competición.

Limitaciones: Los padres, tutores o representantes autorizados de los asegurados pueden solicitar el reembolso para gastos de salud y bienestar llamando

a un asesor para asegurados con cobertura CHIP al **1-877-375-9097**. Para obtener el reembolso, los padres o tutores deberán proporcionar un recibo de pago. El reembolso máximo es de \$50 por las tarifas de inscripción para actividades de salud y bienestar. El reembolso puede solicitarse desde hasta 30 días antes de la actividad y hasta 30 días después. Los asegurados con cobertura CHIP Perinate no pueden recibir este incentivo.

Incentivo para la atención prenatal

Las aseguradas embarazadas con cobertura CHIP o CHIP Perinatal que realicen una consulta prenatal dentro del primer trimestre o dentro de los 42 días siguientes a solicitar nuestra cobertura y que se inscriban para participar en nuestro programa Special Beginnings son elegibles para elegir un asiento infantil para el vehículo o una cuna portátil como premio. Puede encontrar el formulario de incentivos para consultas prenatales en nuestro sitio web espanol.bcbstx.com/chip/ o llamar al Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente. Lleve el formulario a la consulta prenatal para que el médico lo firme y envíelo por fax a Compromiso con el Asegurado al **1-512-349-4867**. Le enviarán el asiento infantil para el vehículo o la cuna portátil a la dirección que indique en el formulario.

Limitaciones: su cobertura debe estar vigente cuando realice la consulta prenatal durante el primer trimestre o dentro de los 42 días desde su incorporación a la cobertura. También debe estar inscrita en el programa Special Beginnings para recibir el asiento infantil para el vehículo o la cuna portátil. Todas las aseguradas con cobertura CHIP y CHIP Perinate de BCBSTX pueden recibir este incentivo. No reemplazaremos artículos si la información correcta de la dirección no fue ofrecida y verificada por el asegurado.

Clase prenatal con bolso para pañales como incentivo

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

Blue Cross and Blue Shield of Texas ofrece clases prenatales en línea sin costo a embarazadas con cobertura CHIP y CHIP Perinate. En cualquier momento, puede tomar una clase en línea en inglés y en otros 15 idiomas. Visite el sitio web para los asegurados con cobertura CHIP en espanol.bcbstx.com/chip para obtener más información sobre las clases en línea y otros recursos para aseguradas embarazadas.

Cuando finalice la clase de atención prenatal, recibirá un bolso para pañales con artículos para el cuidado del bebé. Cuando tome la clase prenatal en línea, deberá llenar el certificado de finalización que se encuentra al final de la lección y enviarlo por fax al **1-512-349-4867**. El bolso para pañales de recompensa se enviará a la dirección que indique en el certificado. 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 la clase y recibir el bolso maternal como recompensa. Se entregará un bolso maternal por asegurada. Los artículos no se reemplazarán si la dirección ofrecida por el asegurado es incorrecta.

¿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 atención posparto.

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.



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. La cobertura de las aseguradas debe estar vigente y ellas deben estar inscritas en el sitio web de Wellness Rewards para recibir las tarjetas de regalo. No se reemplazarán las tarjetas de regalo si la dirección postal de la asegurada no se ingresa correctamente durante la inscripción en línea.

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 inscriba, se le asignará 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, puede llamarnos sin costo al **1-888-421-7781** (TTY: **711**) o enviar un correo electrónico a Special Beginnings a **TXSBMedicaid@bcbstx.com**.

Cuando se inscriba en el programa Special Beginnings, también puede ser elegible para recibir sin costo un asiento infantil para el vehículo o una cuna portátil. Pregunte al coordinador de servicios de Special Beginnings cómo puede obtener estos servicios con valor agregado.



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 siete a 84 días después del parto, la cobertura BCBSTX debe estar vigente cuando completen la consulta y deben estar inscritas en el sitio web de Wellness Rewards para ser elegibles y poder recibir la tarjeta de regalo. No se reemplazarán las tarjetas de regalo si la dirección postal de la asegurada no se ingresa correctamente durante la inscripción en línea.

Alimentos frescos y saludables para aseguradas embarazadas con cobertura

Las aseguradas embarazadas con cobertura CHIP y CHIP Perinate pueden recibir hasta \$50 en frutas y verduras frescas con envío a domicilio al año. Llame sin costo a Special Beginnings al **1-888-421-7781** (TTY **711**) para solicitar ayuda para conseguir este servicio con valor agregado.

Limitaciones: su cobertura de BCBSTX debe estar vigente cuando solicite este servicio con valor agregado y usted debe estar embarazada. Los alimentos deben estar incluidos en la lista aprobada de BCBSTX, que puede cambiar según el suministro del proveedor. No se reemplazará el pedido de productos si la dirección postal de la asegurada no se ingresa correctamente durante la inscripción en línea.

Entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria

Los asegurados con cobertura CHIP que hayan recibido el alta del hospital después de una hospitalización por un problema médico o de salud mental, 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 prestador de servicios de comidas para un acontecimiento al año.

Limitaciones: los asegurados deben haber tenido cobertura CHIP durante el período de hospitalización. El envío de comidas a domicilio se aprobará únicamente para un incidente independiente por año, por un máximo de 14 comidas por año. Los asegurados deben solicitarlo a través del coordinador de servicios que se les ha asignado. Llame al **1-877-214-5630** para solicitar este servicio con valor agregado. Las comidas se entregarán a la dirección proporcionada durante la inscripción en línea al momento en que se realiza el pedido y no se reemplazarán si la dirección no es correcta. Las solicitudes de comida deben realizarse dentro de los 30 días de haber recibido el alta.

Servicios dentales para asegurados adultos

Ofrecemos servicios dentales a nuestros asegurados con cobertura CHIP Perinate de 19 años o más. 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: los asegurados con cobertura CHIP Perinate deben ser mayores de 19 años cuando soliciten y reciban los servicios dentales. Debe atenderse con un prestador de servicios médicos de la red de DentaQuest. Es posible que los

asegurados puedan terminar de recibir los servicios dentales después de que venza su elegibilidad para CHIP Perinate, pero se evaluará en cada caso.

Programa de descuentos Blue365

Nuestro programa Blue365 ofrece descuentos en varios servicios y artículos de venta libre en farmacias y relacionados con la salud y el bienestar. Entre los tipos de descuentos podemos mencionar los siguientes:

- ropa y calzado;
- acondicionamiento físico;
- servicios para el cuidado auditivo y de la visión;
- hogar y familia;
- nutrición;
- cuidado personal.

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

Limitaciones: los asegurados deben inscribirse en el sitio blue365deals.com/bcbstx/es.

La información que se necesita para el proceso de inscripción incluye el nombre, el correo electrónico, la contraseña, el código postal y el prefijo alfabético "TXS". Todos los asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate pueden recibir este incentivo.

Sitio web de recursos comunitarios

Los asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate pueden acceder a nuestra plataforma de recursos comunitarios, FindHelp, para obtener información sobre programas de servicios comunitarios locales. BCBSTX puede brindarle un referido o usted puede autorreferirse a una agencia para solicitar servicios y asistencia gratuitos o de costo reducido con sus necesidades financieras, comida, atención médica y otros recursos en communityservices.bcbstx.com (seleccione "Spanish" al pie de página).

Limitaciones: todos los asegurados elegibles pueden completar un autorreferido para cualquier recurso comunitario disponible en la plataforma. Todos los asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate pueden recibir este incentivo.



Tarjeta de regalo de incentivo por volver a surtir medicamentos con receta para tratar el asma

Los asegurados con cobertura CHIP que surtan medicamentos con receta para tratar el asma durante cuatro meses consecutivos pueden recibir una tarjeta de regalo de \$25.

Limitaciones: los asegurados deben surtir medicamentos con receta para tratar el asma durante cuatro meses consecutivos para poder recibir una tarjeta de regalo de \$25. Se entregará una sola tarjeta de regalo por asegurado entre el 1 de septiembre de 2023 y el 31 de agosto de 2024.

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>. (código de acceso: **TXMED**).

Limitaciones: los asegurados deben registrarse en línea en Learn to Live e introducir el código de acceso: **TXMED** para usar la herramienta. Todos los asegurados con cobertura CHIP y CHIP Perinate pueden recibir este incentivo.



Tarjeta de regalo de incentivo por obtener atención de seguimiento después del alta de una hospitalización por salud mental

Los asegurados son elegibles para obtener una tarjeta de regalo de \$50 cuando completan una consulta de seguimiento con un prestador de servicios de salud mental dentro de los 7 días después de recibir el alta de la hospitalización por salud mental. Los asegurados pueden llamar a la coordinación de servicios para programar una cita.

Limitaciones: los asegurados deben asistir a una consulta de seguimiento con un prestador de servicios de salud mental dentro de los 7 días después del alta por un diagnóstico de enfermedad mental o autolesión intencionada. La cobertura de los asegurados debe estar vigente para recibir la tarjeta de regalo. Solo los asegurados con cobertura CHIP pueden recibir este incentivo.

Parte 12

Servicios en farmacias y de medicamentos recetados

Para los asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

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 de medicamentos con receta para mi hijo que está por nacer?

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 que están por nacer.

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/chip/ y elija la pestaña "Medicamentos" (*Prescription Drugs*).

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 médico 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 dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado 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 de preferencia 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 necesitamos un medicamento de venta libre para CHIP?

La farmacia no puede darle un medicamento de venta libre como parte de sus beneficios de CHIP o los de su hijo. Si necesita 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 ayudarla a encontrar una. Si surte los medicamentos en una farmacia que no participa en la red, tendrá que pagar por estos medicamentos.

¿Qué debe llevar 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 las citas en la farmacia cuando no sean una emergencia. Blue Cross and Blue Shield of Texas 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 aprueban la receta que el médico pidió?

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 13: 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 ayudarle 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 de BCBSTX. Esperamos que usted y su familia los usen. Queremos que estén bien y se mantengan saludables.

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

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 abuso 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 manejar 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**. Para cancelar su suscripción a estos servicios en cualquier momento, llame al número de teléfono de coordinación de servicios antes 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, inscribise 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-Hour Nurseline 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 parto 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 Estatal 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.

En BCBSTX no se 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 de salud en inglés y español;
- personal del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente que habla inglés y español;

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

- servicios de intérpretes telefónicos las 24 horas;
- lenguaje de señas y ayuda de intérprete en persona;
- profesionales médicos que hablan más de un idioma;
- si usted no habla inglés o español, servicio de interpretación en más de 140 idiomas.

¿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

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.

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.

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 ayudarle 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 al **1-877-375-9097** o llame la línea TTY al **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 un formulario de queja que se encuentra en la sección "Para asegurados" (Member Resources) en la página web de CHIP en **espanol.bcbstx.com/chip** 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 apelación, 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> (contenido disponible solo en inglés).

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

Sí. Usted o su hijo tienen derecho a presentarse ante un panel de apelación de quejas o enviar una apelación de queja por escrito por correo 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 a este 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/chip. 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 la 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 a farmacias

Para solicitar una apelación a una 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:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
Attn: Prime Therapeutics Appeals Department
2900 Ames Crossing Road
Eagan, MN 55121

- También, puede enviar por fax una apelación por escrito al **1-855-212-8110**.
- Puede pedirle a su médico que la envíe en línea a www.myprime.com/es.html o CoverMyMeds.com (en inglés).

Apelaciones aceleradas

¿Qué es una apelación acelerada?

Apelación acelerada significa que la cobertura médica 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.

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

¿Cuáles son los plazos para la apelación acelerada?

Revisaremos su apelación acelerada en el plazo de un (1) 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. 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 puede 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 (médicamente

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 OIR. 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 de la solicitud de apelaciones y el formulario de solicitud de servicios federales de IRO de MAXIMUS en espanol.bcbstx.com/chip.

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 IRO que usted completó, los expedientes médicos y la información necesaria para una revisión 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 de la siguiente manera:

- 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 de la siguiente manera:

- 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 anula su inscripción del 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 anulación de la cobertura médica de un asegurado.

Salvo según lo estipulado en este acuerdo, podemos anular 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 o su hijo se hacen pasar por otra persona.

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 cobertura médica 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 anulación de la cobertura de BCBSTX de su hijo, consulte la **Parte 15: Cómo resolver un problema.**

Comuníquese con nuestro agente a cargo de las solicitudes de cobertura, Maximus, al **1-800-964-2777** para solicitar la anulación de la cobertura. También puede comunicarse con un especialista en Servicio al Cliente para conversar acerca de una queja o para solicitar la anulación 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. Sin embargo, es posible que deba pagar los 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 podrá 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 informarnos. 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, logramos lo siguiente:

- 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 al boletín en https://www.bcbstx.com/chip/pdf/tx_chip_evidence_of_coverage-s.pdf.

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, es posible 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. Usted puede cambiar o dejar sin efecto su instrucción anticipada 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/laws-regulations/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 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 los recursos que tiene para 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.hhsc.texas.gov/report-fraud> (en inglés) para informar fraude, malgasto o abuso.

- Puede presentar denuncias 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, asilo, agencia de atención médica a domicilio, etc.);
- el número de Medicaid del prestador de servicios médicos, 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 la siguiente información:

- 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 ayudarle.

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 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 rechacemos.

Pedir que limitemos lo que usamos o 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 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 figura 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 ayudarle 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.

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 un cliente de terceros no afiliados, excepto si 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 seguridad y privacidad 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
http://www.bcbstx.com/important_info/index.html.
2. O bien, llame al número para llamadas gratuitas 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

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 de BCBSTX.

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 pertenecen a 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. Tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médicamente necesario y a participar de forma activa en las decisiones sobre el tratamiento, 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.

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

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 podrá 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 podrá seguir viéndolo por tres meses. La aseguradora deberá continuar pagando esos servicios. Infórmese con la aseguradora.
11. Su hija tiene derecho a ver 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 tener 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 cobertura médica).
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.** 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.** Tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores, y los derechos y las responsabilidades de los asegurados.
- 24.** 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.
- 27.** Tiene derecho a dialogar de forma sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus problemas de salud o los de su hijo, independientemente del costo o de la cobertura de los servicios médicos.

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 responsabilidades.

- 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.
- 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 recete.
- 12.** Tiene la responsabilidad 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 sin costo 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 RESPONSABILIDADES 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 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 de 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 de Perinatal 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 de Perinatal 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 esas 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 médico de Perinatal 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 de Perinatal incluido en la cobertura que el médico de su hijo por nacer considera médicamente necesario, usted tiene derecho a que otro grupo, externo a la aseguradora, le diga quién cree que tiene razón (su médico o la cobertura médica).

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

12. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otros profesionales médicos de Perinatal 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 responsabilidades.

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 del médico 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 recete.

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 usados en este manual:

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

Aprobación de BCBSTX (Approval by BCBSTX): significa que usted consiguió una autorización previa de BCBSTX. Encontrará más información acerca de esto en la **Parte 3: 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: es una inconformidad que le comunica a la compañía aseguradora.

Copago: es un monto fijo (por ejemplo, \$15) que 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 médico.

Cirugía cosmética (Cosmetic surgery):

se realiza cuando es médicamente necesaria para cambiar o remodelar las partes del cuerpo normales a fin de mejorar su apariencia.

Anulación de 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 (DME, en inglés):

son equipos indicados por un profesional médico para todos los días o por un tiempo prolongado. La cobertura para equipo médico duradero incluye, a modo enunciativo mas no limitativo, equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para la diabetes.

Atención médica de emergencia (Emergency medical care):

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, 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: 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: son servicios de ambulancia por aire o por tierra para un problema médico de emergencia.

Atención en salas de emergencias (Emergency room care): son los servicios de emergencia que usted recibe 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: son los servicios de atención médica que su aseguradora o cobertura médica no pagan ni cubren.

Inconformidad: es una queja ante la compañía aseguradora.

Equipos y servicios de habilitación: 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: es 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 (Hospital): es el lugar donde los médicos y el personal de enfermería brindan atención a su hijo, ya sea como paciente internado o como paciente no hospitalizado.

Hospitalización: 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 a pacientes hospitalizados (*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 de abuso de sustancias, o para mejorar, mantener o evitar el deterioro del funcionamiento a causa de ese trastorno.
- Se brindan según las pautas y los estándares clínicos aceptados profesionalmente y 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 prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos.
- 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*): ocurre 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: es un beneficio y servicio, como Medicaid, a través del cual se proporcionan y pagan sus servicios de atención médica.

Autorización previa (*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” o “precertificación”, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su seguro de gastos médicos o su cobertura cubrirán el costo.

Prima: 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 (PCP, en inglés) (*Primary care provider*): es el prestador de servicios médicos que 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 (*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 audiolología:** 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:** es un médico que se ocupa de la atención de inquietudes de salud obstétricas o ginecológicas (esto incluye embarazos y partos).
 - **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 (Orthotist):** 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 respiratorio:** es un profesional de la salud que ayuda a su hijo con la respiración.
 - **Terapeuta 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):** 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 orden un referido incluyen los siguientes:

- servicios de ginecólogo-obstetra de la red;
- planificación familiar;
- atención médica de emergencia;
- servicios de salud mental para pacientes no hospitalizados;
- 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): son servicios brindados por enfermeros profesionales en el hogar o en un asilo.

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.

Detalles sobre los servicios incluidos de 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 de	Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente:	Para asegurados con 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 hospital y de atención general, aguda y rehabilitación para pacientes hospitalizados	- Servicios en hospitales, de médicos y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental. - Servicios de hospitalización relacionados con abortos espontáneos y embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que muere en el útero). Los servicios de hospitalización relacionados con abortos espontáneos y embarazos no viables incluyen, entre otros: - procedimientos de dilatación y legrado (D&C, en inglés); - medicamentos 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 del 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 durante un período de 12 meses del DME.	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); - medicamentos 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 de hospital y de atención general, aguda y rehabilitación para pacientes hospitalizados	- 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 es un servicio incluido en la cobertura.
Servicios de hospital para pacientes no hospitalizados, hospitales de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados, clínicas (incluye centros de salud) y centros de atención médica para pacientes no hospitalizados	Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios brindados en el consultorio o en la sala de emergencias de un hospital, en una clínica o en un centro de atención médica, en un departamento de emergencias de un hospital o en ámbitos de atención médica para pacientes no hospitalizados: - Radiografías, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico). - Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico). - Pruebas diagnósticas con máquinas. - Servicios en centros quirúrgicos para pacientes no hospitalizados. - Fármacos, medicamentos, productos biológicos. - Yesos, férulas y vendajes. - Servicios preventivos de salud. - fisioterapia, terapia ocupacional y del habla;	Los servicios incluyen los siguientes servicios brindados en el consultorio o en la sala de emergencias de un hospital, en una clínica o en un centro de atención médica, en un departamento de emergencias de un hospital o en ámbitos de atención médica para pacientes 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 que sean fármacos inyectables y recetados médicamente necesarios.

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 hospital para pacientes no hospitalizados, hospitales de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados, clínicas (incluye centros de salud) y centros de atención médica para pacientes no hospitalizados	• 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 no hospitalizados relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: – procedimientos de dilatación y legrado (D&C, en inglés); – medicamentos administrados por el profesional médico; – ecografías; – examen histológico de muestras de tejido. • Servicios en centros y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental, cuando se prestan en un centro quirúrgico certificado para pacientes no hospitalizados. • 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; o	• 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 no hospitalizados relacionados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: – procedimientos de dilatación y legrado (D&C, en inglés); – medicamentos administrados por el profesional médico; – ecografías; – examen histológico. 1. Los servicios de laboratorio y de radiografías se limitan a los servicios directamente relacionados con la atención médica previa al parto o el parto del asegurado con cobertura CHIP Perinate hasta el nacimiento. 2. 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. 3. Amniocentesis, cordocentesis, transfusión fetal intrauterina (FIUT, en inglés) y orientación por ultrasonido para cordocentesis y transfusión fetal intrauterina son servicios incluidos en la cobertura con el debido diagnóstico.

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 enfermería telefónica 24-Hour Nurseline al **1-844-971-8906**.

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 hospital para pacientes no hospitalizados, hospitales de rehabilitación integral para pacientes no hospitalizados, clínicas (incluye centros de salud) y centros de atención médica para pacientes no hospitalizados	• 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 para pacientes no hospitalizados para mastectomía y reconstrucción de la mama, si son clínicamente adecuados, incluidos 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 del 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 durante un período de 12 meses del DME.	4. Las pruebas de laboratorio se limitan a lo siguiente: cardiotocografía en reposo, cardiotocografía con contracciones, hemoglobina o hematocrito 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 vista, 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. • 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 vista, 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 del 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 del 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); – medicamentos 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; o – 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); – medicamentos 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 primarios y preventivos no incluyen servicios y suministros de reproducción familiar. Tampoco los medicamentos recetados únicamente para la atención de la salud reproductiva preventiva y primaria.	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: • Limitado a 20 consultas prenatales y a dos consultas de posparto (hasta dentro de los 60 días) si no se documenta una complicación del embarazo. Los embarazos de alto riesgo pueden requerir consultas más frecuentes. Las consultas prenatales para embarazos de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. La documentación que respalda la necesidad médica debe conservarse en los archivos del médico y está sujeta a una revisión retrospectiva.

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; hemoglobina o hematocrito repetido una vez por trimestre y en las semanas 16-20 de embarazo; diversas pruebas de marcadores para detectar anomalías fetales ofrecidas en las semanas 28 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).

Servicio incluido	Asegurados con cobertura CHIP y asegurados recién nacidos con cobertura CHIP Perinatal	Asegurados con cobertura CHIP Perinatal (niño por nacer)
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: • Limitado a 20 consultas prenatales y a dos consultas de posparto (hasta dentro de los 60 días) si no se documenta una complicación del embarazo. Los embarazos de alto riesgo pueden requerir consultas más frecuentes. Las consultas prenatales para embarazos de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. La documentación que respalda la necesidad médica debe conservarse y está sujeta a una revisión retrospectiva.

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; hemoglobina o hematocrito 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. • Servicios 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.
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 requiere un referido del PCP.	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 no hospitalizados	Servicios de salud mental, incluidos los servicios por trastornos mentales graves, brindados de manera externa. 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. Entre los servicios se incluyen, pero no se limitan a los siguientes: • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas. • Uso adecuado de los medicamentos. • Tratamiento diurno de rehabilitación. • Servicios de tratamiento residencial. • Servicios subagudos para pacientes no hospitalizados (hospitalización parcial o tratamiento diurno de rehabilitación). • Entrenamiento de habilidades (desarrollo psicoeducativo de habilidades). • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes no 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 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)
(continuación) Servicios de salud mental para pacientes no hospitalizados	- Un profesional en salud mental calificado/servicios comunitarios (QMHP-CS, en inglés), como los define el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS, en inglés) en el Código Administrativo de Texas (TAC, en inglés), título 25, parte I, capítulo 412, subcapítulo G, división 1, §412.303(48). Los QMHP-CS deben ser profesionales de la salud que trabajan a través de una autoridad local de salud mental contratada por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas o por alguna otra entidad contratada por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. Los QMHP-CS deben ser supervisados por un médico o un profesional en salud mental con licencia, y deben prestar servicios de acuerdo con las normas del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas. Estos servicios incluyen el entrenamiento en habilidades para grupos o una persona (que pueden ser componentes de intervenciones, como tratamiento diurno y servicios en el hogar), educación del paciente y de la familia, y servicios de crisis. - No requiere un referido del PCP.	No es un servicio incluido en la cobertura.
Servicios de tratamiento para el uso de sustancias para pacientes hospitalizados	Los servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: - Servicios de tratamiento para el abuso 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 requiere un referido del PCP.	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 tratamiento para el uso 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 uso de sustancias. • Servicios intensivos para pacientes no hospitalizados. • 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 requiere un referido del PCP.	No es un servicio incluido en la cobertura.
Servicios de rehabilitación	Estos servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de habilitación (el proceso de ofrecer al niño los medios para alcanzar las metas importantes del desarrollo adecuadas para su edad, por medio de la terapia o el tratamiento) y de rehabilitación, que incluyen, entre otros, los siguientes: • fisioterapia, terapia ocupacional y del habla; • evaluación del desarrollo.	No es un servicio incluido en la cobertura.
Servicios de centros paliativos	Los servicios incluyen, entre otros, lo siguiente: • Cuidados paliativos, que incluye servicios médicos y de apoyo, para niños que tienen seis meses de vida 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 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 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, lo siguiente: • 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 está directamente relacionado 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. • el transporte de emergencia por tierra, aire y agua para el parto o potencial trabajo de parto; • el 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 y la receta médica de lentes correctivos por período de 12 meses, sin autorización. - Un par de anteojos no protésicos por período de 12 meses.	No es un servicio incluido en la cobertura.
Servicios quiroprácticos	Los servicios no requieren receta médica y se limitan a subluxación vertebral.	No es un servicio incluido 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. - Pueden estar sujetos a requisitos de la lista de medicamentos (formulary, 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, administración informada de casos clínicos, coordinación de servicios médicos y referidos a servicios comunitarios.	Servicio incluido.

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 no 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 ambulatorios. Los servicios deben ser médicamente necesarios para el niño por nacer.

Para solicitar ayuda y servicios auxiliares o servicios de interpretación oral o escrita para entender la información que se le brinda, incluidos los documentos en formatos alternativos como los impresos en letra grande, braille u otros idiomas, llame al departamento de especialistas en Servicio al Cliente de Blue Cross and Blue Shield of Texas al **1-888-657-6061** (TTY: **711**).

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

Blue Cross and Blue Shield of Texas proporciona:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Texas no ha proporcionado estos servicios, o ha discriminado de alguna otra manera según raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante: 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**. Puede presentar una inconformidad por correo postal o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el coordinador de derechos civiles está a su disposición.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** o por correo postal o teléfono a:

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

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

Formularios para presentar quejas disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



BlueCross BlueShield
of Texas



Área de servicio del condado de Travis

Manual para asegurados con cobertura CHIP

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