

**PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD  
PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)  
EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC)  
ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO)  
PLAN NO CALIFICADO A NIVEL FEDERAL**

LA PRESENTE EVIDENCIA DE COBERTURA (CONTRATO) SE EXTIENDE PARA USTED, QUE TIENE UN HIJO INSCRIPTO EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE **COMMUNITY HEALTH CHOICE TEXAS** A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP, por sus siglas en inglés). USTED ACEPTA CUMPLIR CON ESTAS DISPOSICIONES SOBRE SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS AL COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN, PAGAR LA PRIMA APLICABLE Y ACEPTAR ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA. EL PRESENTE DOCUMENTO DESCRIBE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON SU HIJO QUE RECIBE LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS MÉDICOS CUBIERTOS DE **COMMUNITY HEALTH CHOICE TEXAS** A TRAVÉS DEL PROGRAMA CHIP.

Extendido por:  
Community Health Choice, Inc.  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054  
713.295.2294  
1.888.760.2600

En asociación con:  
Children's Health Insurance Program  
P.O Box 149276  
Austin, TX 78714-9983  
1.800.647.6558

**CHIP- EOC**

# AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o realizar una queja:

USTED puede contactar a SU Representante de Servicios al Miembro al 713.295.2294.

## **COMMUNITY HEALTH CHOICE, INC.**

USTED puede llamar al número de teléfono gratuito de Community Health Choice Texas para obtener información o para efectuar una queja al **1.888.760.2600**.

USTED puede también escribirle al Coordinador de Quejas de Community Health Choice Texas a:

**2636 South Loop West, Suite 125  
Complaints Coordinator  
Houston, TX 77054**

USTED puede contactar al Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance) para obtener información sobre compañías, Coberturas, derechos o quejas llamando al **1.800.252.3439**

USTED puede escribir a Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas.

Consumer Protection, MC 111-1A  
Texas Department of Insurance  
PO Box 149091  
Austin, TX 78714-9101  
Fax: 512.490.1007  
Web: [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov)  
E-mail: [ConsumerProtection@tdi.texas.gov](mailto:ConsumerProtection@tdi.texas.gov)

**CONTROVERSIAS SOBRE PRIMAS O RECLAMOS:** En caso de una controversia en relación al monto de la prima o acerca de un reclamo, debe primero contactar a Community Health Choice. Si el problema no se resuelve, puede contactar al Departamento de Seguros de Texas.

**ADJUNTE ESTE AVISO A SU PÓLIZA.** Este aviso es solamente a modo informativo y no constituye parte o condición del documento adjunto.

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
A. La cobertura de SU HIJO bajo Community Health Choice	4
B. SU contrato con CHIP	4
<b>II. DEFINICIONES</b>	<b>4</b>
<b>III. ¿CUÁNDO UN NIÑO INSCRIPTO QUEDA CUBIERTO?</b>	<b>8</b>
<b>IV. REPARTO DE COSTOS</b>	<b>8</b>
<b>V. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO</b>	<b>8</b>
A. Cancelación de la inscripción por pérdida de elegibilidad de CHIP	8
B. Cancelación de la inscripción por COMMUNITY	9
<b>VI. MIEMBROS EMBARAZADAS Y BEBÉS</b>	<b>9</b>
<b>VII. COBERTURA MÉDICA DE SU HIJO</b>	<b>10</b>
A. Selección del Médico de Atención Primaria o Proveedor de Atención Primaria para SU HIJO	10
B. Cambio de Médico de Atención Primaria o Proveedor de Atención Primaria para SU HIJO	10
C. Niños con enfermedades crónicas, incapacitantes o con riesgo para la vida	10
D. Servicios de emergencia	10
E. Servicios fuera de la red	11
F. Continuidad del tratamiento	11
G. Notificación de reclamos	11
H. Coordinación de beneficios	11
I. Subrogación	11
<b>VIII. ¿CÓMO HAGO UN RECLAMO?</b>	<b>12</b>
A. Proceso de queja	12
B. Apelaciones a COMMUNITY HEALTH CHOICE	12
C. Apelación interna de una determinación adversa	13
D. Revisión externa por una Organización de Revisión Independiente	13
E. Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas	14
F. Prohibición de represalias	14
<b>IX. DISPOSICIONES GENERALES</b>	<b>14</b>
A. Acuerdo completo, Modificaciones	14
B. Divulgación y confidencialidad de la historia clínica	14
C. Error administrativo	15
D. Aviso	15
E. Validez	15
F. Conformidad con la Ley del Estado	15
<b>X. LÍMITE DE COPAGO POR FAMILIA PARA CADA PERÍODO DE INSCRIPCIÓN</b>	<b>15</b>
<b>XI. ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS</b>	<b>16</b>
EXCLUSIONES	29
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS/SUMINISTROS	31

# I. INTRODUCCIÓN

## A. La cobertura de SU HIJO bajo Community Health Choice

COMMUNITY HEALTH CHOICE otorga beneficios a SU HIJO para Servicios Médicos Cubiertos bajo CHIP y determina si ciertos servicios médicos son Servicios Médicos Cubiertos, tal como se describe en la Sección XI, ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS, que figura más abajo. Si está debidamente inscripto, SU HIJO reúne los requisitos para recibir los beneficios descritos en la Sección XI. Todos los servicios deben ser suministrados por Médicos y Proveedores participantes excepto en el caso de Servicios de Emergencia y servicios fuera de la red que estén autorizados por COMMUNITY. USTED tiene un Contrato con COMMUNITY en relación con lo establecido en esta Sección I.A, que se describe más en detalle a lo largo de este Contrato.

## B. SU contrato con CHIP

CHIP ha determinado que SU HIJO reúne los requisitos para recibir Cobertura y en qué circunstancias se dará de baja la Cobertura. CHIP también ha determinado la elegibilidad de SU HIJO para recibir otros beneficios en virtud del programa CHIP.

# II. DEFINICIONES

**ADMINISTRADOR:** El contratista con el Estado que administra las funciones de inscripción para los planes de salud de CHIP.

**Agente de Revisión de Utilización:** Una entidad que está certificada por el Comisionado de Seguros para realizar la Revisión de Utilización.

**Área de Servicio:** Condados de Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller y Wharton en el Estado de Texas.

**Atención de Salud Conductual Urgente:** Una condición de salud conductual que requiere atención y evaluación dentro de las veinticuatro horas (24) pero que no representa un peligro inmediato para el NIÑO o para otros, y el NIÑO está en condiciones de cooperar con el tratamiento.

**Atención Urgente:** Una condición médica, incluyendo Atención de Salud Conductual Urgente, que no es una emergencia pero es lo suficientemente severa o dolorosa como para hacer que una persona prudente no experta con conocimiento normal de medicina crea que la condición requiere evaluación para tratamiento médico o tratamiento dentro de las veinticuatro (24) horas por el Proveedor de Atención Primaria (PCP) del NIÑO o la persona que el PCP designe para prevenir el serio empeoramiento o deterioro de la condición o de la salud del NIÑO.

**Cargo usual o habitual:** La tarifa o precio usual cobrado por un grupo, entidad o persona que presta o suministra servicios, tratamientos o suministros cubiertos, siempre que la tarifa o precio no exceda el nivel general de tarifas cobradas por otros que prestan o proveen los mismos servicios, tratamientos o suministros, o servicios, tratamientos o suministros similares.

**CHIP:** Siglas de "Children's Health Insurance Program", es decir, el Programa de Seguro Médico para Niños que proporciona Cobertura a cada NIÑO de conformidad con un acuerdo entre COMMUNITY y la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission o HHSC) del Estado de Texas.

**Condición de Emergencia:** Significa una Condición Médica de Emergencia o una Condición de Salud Conductual de Emergencia.

**Condición de Salud Conductual de Emergencia:** Cualquier condición, sin importar la naturaleza o causa de la condición, que según la opinión de una persona prudente no experta con conocimiento normal de salud y medicina:

1. requiera de intervención inmediata y/o atención médica sin la cual un NIÑO correría peligro inmediato para sí mismo o para otros o
2. que haga que un NIÑO sea incapaz de controlar, conocer o entender las consecuencias de sus acciones.

**Condición Médica de Emergencia:** Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de aparición reciente y severidad suficiente (lo que incluye dolor severo), de magnitud tal que una persona prudente no experta con conocimiento normal de salud y medicina pueda razonablemente esperar que la falta de atención médica inmediata podría:

1. hacer que la salud del paciente corra serio peligro;
2. provocar serio deterioro de las funciones físicas;
3. provocar seria disfunción de un órgano o parte del cuerpo;
4. seria deformidad; o
5. en caso de una mujer embarazada, serio peligro para la salud de la mujer o su bebé en gestación.

**Con riesgo para la vida:** Una enfermedad o condición respecto de la cual existe la probabilidad de fallecimiento a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o la condición.

**Copago:** El monto que USTED debe pagar cuando su HIJO usa ciertos Servicios Médicos Cubiertos dentro del Plan de Beneficios de Salud. Una vez efectuado el Copago, no se le pedirá que haga más pagos por estos Servicios Médicos Cubiertos.

**Determinación Adversa:** Una decisión tomada por NOSOTROS o por NUESTRO Agente de Revisión de Utilización de que los servicios médicos suministrados o que se proponen suministrar a un NIÑO no son médicamente necesarios o son experimentales o de investigación.

**Discapacidad:** Un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida de una persona, tales como cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y/o trabajar.

**Enfermedad:** Una afección o condición física o mental.

**Enfermedad Mental Grave:** Las siguientes enfermedades psiquiátricas tal como las define la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association o APA) en el Manual Diagnóstico y Estadístico (Diagnostic and Statistical Manual o DSM):

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

**Experimental y/o de Investigación:** Un servicio o suministro es Experimental y/o de Investigación si NOSOTROS determinamos que uno o más de los siguientes puntos es verdadero:

1. El servicio o suministro está bajo estudio o en un ensayo clínico para evaluar su toxicidad, seguridad o eficacia para un diagnóstico o conjunto de indicaciones en particular. Ensayos clínicos incluye, sin limitarse a ello, ensayos clínicos de Fase I, II, y III.
2. La opinión predominante dentro de la especialidad apropiada de la profesión médica en EE. UU. es que el servicio o suministro necesita más evaluación para el diagnóstico o conjunto de indicaciones en particular antes de ser utilizado fuera de ensayos clínicos u otros ámbitos de investigación.

NOSOTROS determinaremos si este punto 2 es verdadero en base a:

- a. Informes publicados en literatura médica acreditada; y
  - b. Reglamentaciones, informes, publicaciones y evaluaciones emitidas por agencias gubernamentales tales como la Agencia de Políticas e Investigaciones en Salud (Agency for Health Care Policy and Research), los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health) y la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration).
3. En el caso de un fármaco, dispositivo u otro suministro que esté sujeto a la aprobación de la FDA:
- a. No cuenta con la aprobación de la FDA; o
  - b. Está aprobado por la FDA solamente en virtud de su reglamentación para Nuevos Fármacos en Investigación para uso en Tratamientos, o una reglamentación similar;
  - c. Está aprobado por la FDA pero se está usando para una indicación o una dosis que no corresponde con el uso “fuera de etiqueta” aceptado. Los usos fuera de etiqueta de los medicamentos aprobados por la FDA no se consideran Experimentales o de Investigación si se determina
    - (i) su inclusión en uno o más de los siguientes compendios médicos: Evaluaciones de Medicamentos (Drug Evaluations) de la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association), Información de Medicamentos (Drug Information) del Servicio de Listado de Medicamentos de Hospitales de EE. UU. (The American Hospital Formulary Service), Información de la Farmacopea de Estados Unidos (The United States Pharmacopeia) y otros compendios acreditados según sea identificados ocasionalmente por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services); o
    - (ii) asimismo, la adecuación médica de los usos no oficiales que no figuran en los compendios se puede establecer en base a evidencia clínica de respaldo incluida en publicaciones médicas revisadas por pares.
4. La junta de revisión institucional del Médico o del Proveedor reconoce que el uso del servicio o el suministro es Experimental o de Investigación y que está sujeto a la aprobación de la junta.
5. Los protocolos de investigación indican que el servicio o el suministro es Experimental o de Investigación. Este punto se aplica a protocolos utilizados por el Médico o Proveedor del NIÑO así como a protocolos utilizados por otros Médicos o Proveedores que estudien sustancialmente el mismo servicio o suministro.

**Fuera del Área:** Cualquier lugar fuera del Área de Servicio de CHIP de COMMUNITY.

**Hospital:** Una institución pública o privada autorizada tal como se define en el Capítulo 241 del Código de Salud y Seguridad de Texas (Texas Health and Safety Code) o en el Subtítulo C, Título 7 del Código de Salud y Seguridad de Texas.

**Lesión o Lesión Accidental:** Trauma o daño accidental sufrido por un NIÑO a una parte o sistema del cuerpo que no es consecuencia de una enfermedad, dolencia física o cualquier otra causa.

**Médico:** Cualquier persona habilitada para ejercer la medicina en el Estado de Texas.

**Médico de Atención Primaria o Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés)** Un Médico o Proveedor que ha acordado con COMMUNITY suministrar servicios de cabecera a un NIÑO y que es responsable de proporcionar atención inicial y primaria al paciente, mantener la continuidad de la atención del paciente e iniciar derivaciones de atención médica.

**Médico Especialista:** Un Médico participante, distinto de un Médico de Atención Primaria, bajo Contrato con COMMUNITY para ofrecer Servicios Médicos Cubiertos por derivación de un Médico de Atención Primaria o Proveedor de Atención Primaria.

**Miembro:** Cualquier NIÑO cubierto, hasta los 19 años de edad, que reúne los requisitos para recibir beneficios en virtud del Título XXI de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y que está inscripto en el Programa CHIP de Texas.

**NIÑO/HIJO:** Cualquier niño que CHIP haya determinado que reúne los requisitos para recibir la Cobertura y que esté inscripto en este Plan.

**Plan de Beneficios de Salud o Plan:** La Cobertura ofrecida al NIÑO emitida por COMMUNITY que suministra Servicios Médicos Cubiertos.

**PLAN DE SALUD:** Community Health Choice Texas, al que también se hace referencia como COMMUNITY, NOSOTROS o NUESTRO.

**Servicios de Emergencia y Atención de Emergencia:** Servicios a pacientes hospitalizados y ambulatorios cubiertos, suministrados por un Proveedor que esté calificado para prestar tales servicios y que sean necesarios para evaluar o estabilizar una Condición Médica de Emergencia y/o una Condición de Salud Conductual de Emergencia, lo que incluye servicios de atención posestabilización.

**Servicios Médicamente Necesarios:** Servicios médicos que:

**Físicos:**

- son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o condiciones médicas o suministran estudios de detección temprana, intervenciones y/o tratamientos para condiciones que causan sufrimiento o dolor, provocan malformaciones físicas o limitaciones en las funciones, amenazan con causar o empeorar una Discapacidad, causan enfermedades o dolencias en un NIÑO o ponen en peligro la vida;
- son suministrados en instalaciones apropiadas y en los niveles apropiados de cuidado para el tratamiento de condiciones médicas de un NIÑO;
- se atienen a las directrices y estándares de práctica médica publicados por organizaciones de atención médica profesionalmente reconocidas o por organizaciones gubernamentales.
- concuerdan con los diagnósticos de las enfermedades;
- no son más invasivos o restrictivos de lo necesario para proporcionar un equilibrio apropiado de seguridad, eficacia y eficiencia;
- no son Experimentales o de Investigación; y
- no son principalmente por conveniencia del NIÑO o del proveedor de atención médica.

**Conductuales:**

- son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o de Dependencia de Sustancias Químicas para mejorar, conservar o prevenir el deterioro de la función resultante del trastorno;
- son proporcionados de conformidad con las directrices y estándares clínicos profesionalmente aceptados para la práctica médica conductual;
- no son Experimentales o de Investigación; y
- no son principalmente por conveniencia del NIÑO o del proveedor de atención médica.

Los Servicios Médicamente Necesarios se deben prestar en el entorno más apropiado y menos restrictivo en que los servicios se puedan suministrar de manera segura y se deben prestar en el nivel o suministro de servicio más apropiado en que los servicios se puedan suministrar de manera segura y no podrían obviarse sin afectar en forma adversa la salud física y/o mental del NIÑO o la calidad de atención que se le suministre.

**Servicios Médicos Cubiertos o Servicios Cubiertos o Cobertura:** Aquellos Servicios Médicamente Necesarios que están listados en la **Sección XI, ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS**, de este Plan de Beneficios de Salud. Los Servicios Cubiertos también incluyen cualquier servicio adicional que ofrezca COMMUNITY como Servicios de Valor Agregado (VAS, por sus siglas en inglés) en la **Sección XI ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS**, de este Plan de Beneficios de Salud.

**Servicios Médicos Domiciliarios:** Los servicios médicos proporcionados en el hogar de un NIÑO por personal de salud, tal como lo prescriba el Médico responsable u otra autoridad designada por COMMUNITY.

**Organización de Revisión Independiente:** Una entidad que está certificada por el Comisionado de Seguros en virtud del Capítulo 4202 para llevar a cabo revisiones independientes de Determinaciones Adversas.

**Pediatra:** Un médico elegible/certificado en pediatría (board eligible/board certified) por la Junta Estadounidense de Pediatría (American Board of Pediatrics).

**Proveedor:** Cualquier institución, organización o persona, distinta de un Médico, autorizada o de otro modo habilitada a proporcionar un servicio de asistencia sanitaria en este Estado. El término incluye a modo ilustrativo hospital, quiropráctico, farmacéutico, enfermero registrado, optometrista, óptico registrado, farmacia, centro de enfermería especializada o agencia de salud domiciliaria.

**Revisión de Utilización:** El sistema de revisión retrospectiva, concurrente o prospectiva de la necesidad médica y de la pertinencia de los Servicios Médicos Cubiertos suministrados, que se están suministrando o que se proponen suministrar a un NIÑO. El término no incluye pedidos opcionales de aclaración de la cobertura.

**USTED Y SU:** La familia o el tutor del NIÑO.

### III. ¿CUÁNDO UN NIÑO INSCRIPTO QUEDA CUBIERTO?

Los niños que son inscriptos en CHIP por primera vez o que regresan a CHIP después de una cancelación de la inscripción, quedarán inscriptos el primer día del mes siguiente a la finalización del proceso de inscripción. Los niños cubiertos por un seguro privado dentro de los 90 días de la presentación de la solicitud pueden quedar sujetos a un período de espera que se extiende por un período de 90 días después del último día en que el solicitante estuvo cubierto bajo un plan de beneficios de salud.

### IV. REPARTO DE COSTOS

Los aranceles de inscripción y los copagos se basan en los ingresos de la familia. Si usted tiene que pagar un arancel de inscripción por la cobertura de CHIP de su HIJO, deberá pagar el arancel con SU formulario de inscripción.

No se requieren copagos para servicios preventivos o para atención relacionada con un embarazo.

### V. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO

#### A. Cancelación de la inscripción por pérdida de elegibilidad de CHIP

La cancelación de la inscripción puede ocurrir si SU HIJO pierde la elegibilidad de CHIP. SU HIJO puede perder la elegibilidad de CHIP por las siguientes razones:

1. "Superar la edad" cuando el NIÑO cumple los 19;
2. No volver a inscribirse al término del período de cobertura de 12 meses;
3. Cambio de situación respecto del seguro de salud; por ejemplo, el NIÑO es inscripto en un plan de salud financiado por un empleador;
4. Fallecimiento del NIÑO;
5. El NIÑO se muda del Estado de manera permanente;
6. El NIÑO es inscripto en Medicaid o Medicare;
7. No dar de baja el seguro vigente cuando se haya determinado que el NIÑO reúne los requisitos para CHIP porque el costo del seguro médico bajo el plan de salud vigente ascendía al 10% o más de los ingresos netos de la familia;
8. El padre o Representante Autorizado del NIÑO solicita (por escrito) la cancelación voluntaria de la inscripción del NIÑO;

9. No responder a un pedido de verificación de ingresos durante el mes seis (6) del período de inscripción (solamente requerido para ciertas familias) o si la información de ingresos proporcionada indica que los ingresos de la familia exceden los límites de ingresos de CHIP.

## **B. Cancelación de la inscripción por COMMUNITY**

SU HIJO puede ser dado de baja por NOSOTROS, sujeto a la aprobación de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission o HHSC), por los siguientes motivos:

1. Fraude o declaración falsa sustancial intencional realizada por USTED después de una notificación por escrito con quince (15) días de antelación;
2. Fraude en el uso de servicios o instalaciones después de una notificación por escrito con quince (15) días de antelación;
3. Mala conducta que perjudique las operaciones seguras del Plan y la prestación de los servicios;
4. El NIÑO ya no vive ni reside en el Área de Servicio;
5. El NIÑO es perturbador, rebelde, amenazador o poco colaborador hasta el punto que la condición de Miembro del NIÑO afecta gravemente la capacidad de COMMUNITY o del Proveedor de proporcionar servicios al NIÑO o de obtener un nuevo Miembro y el comportamiento del NIÑO no es producto de la condición física o conductual;
6. El NIÑO categóricamente se rehúsa a cumplir con las restricciones de COMMUNITY (p.ej. acudiendo reiteradamente a la sala de emergencias y a la vez rehusándose a permitir que COMMUNITY trate la condición médica subyacente).

No cancelaremos la inscripción de un NIÑO debido a un cambio en el estado de salud del NIÑO, la disminución de su capacidad mental o debido a la cantidad de Servicios Médicamente Necesarios que se utilicen para tratar la condición del NIÑO. NOSOTROS tampoco cancelaremos la inscripción de un NIÑO debido a conductas poco colaboradoras o perturbadoras que resulten de sus necesidades especiales, a menos que esta conducta gravemente afecte NUESTRA capacidad de prestar servicios al NIÑO o a otros afiliados.

## **VI. MIEMBROS EMBARAZADAS Y BEBÉS**

Cuando NOSOTROS recibamos notificación de USTED, DE SU HIJO o del Médico o Proveedor de su HIJO respecto del diagnóstico de un embarazo, NOSOTROS notificaremos a la Organización de Servicios Administrativos (Administrative Service Organization) de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission o HHSC).

Según sus ingresos y el tamaño de SU familia, la Organización de Servicios Administrativos de la HHSC podrá notificarlo a USTED y a SU HIJO acerca de la elegibilidad potencial para recibir Medicaid y de la posibilidad de aplicar para Medicaid. En esa situación, el Administrador también proporcionará información de recursos apropiada. Un Miembro potencialmente elegible para Medicaid debe aplicar para Medicaid. Un Miembro respecto de quien se determine que reúne los requisitos para Medicaid ya no será elegible para CHIP.

Si SU HIJO no es elegible para Medicaid, el Administrador extenderá el período de elegibilidad de SU HIJO, si de otra forma concluiría, para asegurar de que continúe la cobertura durante el embarazo y hasta el término del segundo mes completo después del mes del nacimiento del bebé.

La Organización de Servicios Administrativos de la HHSC inscribirá al bebé recién nacido en el plan de CHIP de la madre de manera prospectiva, siguiendo las normas de limitación habituales.

## VII. COBERTURA MÉDICA DE SU HIJO

### A. Selección del Médico de Atención Primaria o Proveedor de Atención Primaria para SU HIJO

USTED seleccionará, al momento de la inscripción en COMMUNITY, a su Médico de Atención primaria o Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Los Miembros de sexo femenino pueden seleccionar a un Obstetra/Ginecólogo (OB/GYN) para la prestación de Servicios Médicos Cubiertos dentro del alcance del ejercicio profesional de la especialidad del OB/GYN. La selección se realizará a partir de los Médicos o Proveedores incluidos en la lista publicada de Médicos y Proveedores de COMMUNITY. USTED tiene la opción de elegir como PCP a un Médico de Familia con experiencia en tratar niños, a un Pediatra o a otro Proveedor de atención médica calificado que sea apropiado para la edad. USTED acudirá al PCP seleccionado para que dirija y coordine la atención del NIÑO y recomiende los procedimientos y/o tratamiento.

### B. Cambio de Médico de Atención Primaria o Proveedor de Atención Primaria para SU HIJO

USTED puede solicitar un cambio de Médico de Atención Primaria o Proveedor de Atención Primaria para SU HIJO y un cambio de OB/GYN para SU HIJA. Cuando USTED NOS llame para hacer el cambio de Proveedor de Atención Primaria para SU HIJO, NOSOTROS introduciremos la modificación en NUESTRO sistema informático mientras USTED esté al teléfono. La fecha de entrada en vigencia del cambio será el primer día del mes siguiente. NOSOTROS también le enviaremos a USTED de inmediato la nueva Tarjeta de ID de Miembro para SU HIJO.

### C. Niños con enfermedades crónicas, incapacitantes o con riesgo para la vida

Un NIÑO con una Enfermedad crónica, incapacitante o con riesgo para la vida puede reunir los requisitos para recibir servicios más allá de los normalmente suministrados. Si se determina que SU NIÑO tiene necesidades especiales de atención médica, el NIÑO reunirá los requisitos para recibir Servicios de Administración de Casos para Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica (CSHCN, por sus siglas en inglés) a través del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (Texas Department of State Health Services).

Un NIÑO con una Enfermedad crónica, incapacitante o con riesgo para la vida puede solicitar al director médico de COMMUNITY el uso de un Médico Especialista de atención no primaria como Médico de Atención Primaria. El Médico Especialista debe estar de acuerdo con la decisión y aceptar coordinar todas las necesidades de atención médica del NIÑO.

### D. Servicios de emergencia

Cuando SU NIÑO sea llevado al departamento de emergencias de un Hospital, a un centro médico de emergencia independiente o a una instalación de emergencia de características similares, el Médico/Proveedor que lo trate le hará un examen para determinar si existe una situación médica de Emergencia y proporcionará el tratamiento y la estabilización de la Condición de Emergencia que existiera.

En caso de requerirse asistencia adicional después de estabilizar al NIÑO, el Médico/Proveedor que lo esté tratando deberá contactar a COMMUNITY, que tendrá que responder dentro de la hora (1) de recibir la llamada para aprobar o rechazar la Cobertura de la asistencia adicional solicitada por el Médico/Proveedor que esté tratando al NIÑO.

Si COMMUNITY acepta la asistencia propuesta por el Médico/Proveedor que esté tratando al NIÑO o si COMMUNITY no aprueba ni rechaza la asistencia propuesta dentro de la hora (1) de recibida la llamada, el Médico/Proveedor que esté tratando al NIÑO podrá proceder con la asistencia propuesta.

USTED debe notificar a COMMUNITY dentro de las veinticuatro (24) horas de cualquier Servicio de Emergencia fuera de la red o tan pronto como le sea razonablemente posible.

## **E. Servicios fuera de la red**

Si no hay disponibles para SU HIJO Servicios Médicos Cubiertos a través de los Médicos o Proveedores de la red, COMMUNITY, frente al pedido de un Médico o Proveedor de la red, permitirá la derivación a un Médico o Proveedor fuera de la red y reembolsará por completo al Médico o Proveedor fuera de la red a la Tarifa Usual y Habitual o a una tarifa acordada. COMMUNITY debe asimismo proporcionar una revisión por un especialista de la misma especialidad o de una especialidad similar a la del tipo de Médico o Proveedor a quien se solicita una derivación antes de que COMMUNITY pueda rechazar una derivación.

## **F. Continuidad del tratamiento**

El contrato entre COMMUNITY y un Médico o Proveedor debe establecer que se le otorgue a USTED una notificación con razonable antelación de la inminente terminación del Plan de un Médico o Proveedor que esté actualmente tratando a SU HIJO. El contrato debe también establecer que la terminación del contrato con el Médico o Proveedor, salvo por motivos de competencia médica o de conducta profesional, no libera a COMMUNITY de su obligación de reembolsar al Médico o Proveedor que esté tratando a SU HIJO por una circunstancia especial, tal como un NIÑO que tiene una Discapacidad, una enfermedad grave, una Enfermedad con Riesgo para la Vida o si ha pasado la semana veinticuatro (24) de gestación, por la atención de SU HIJO a cambio de la continuidad del tratamiento en curso para que SU HIJO siga recibiendo el tratamiento médicamente necesario de conformidad con lo que dicte la prudencia médica.

“Circunstancia Especial” significa una condición tal que lleve al Médico o Proveedor que esté tratando al NIÑO a creer razonablemente que la interrupción de la atención por el Médico o Proveedor podría ocasionar daño a SU HIJO. La Circunstancia Especial será identificada por el Médico o Proveedor que esté tratando a SU HIJO, quien deberá solicitar permiso para que SU HIJO pueda continuar el tratamiento bajo la atención del Médico o Proveedor y quien deberá aceptar no reclamarle a USTED ningún pago por el cual USTED no sería responsable si el Médico o Proveedor aún estuviese en la red de COMMUNITY. COMMUNITY reembolsará al Médico o Proveedor con contrato finalizado por el tratamiento en curso de SU HIJO durante un período de noventa (90) días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la finalización o por nueve (9) meses si SU HIJO ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal.

En el caso de un NIÑO que al momento de la finalización se encuentre más allá de las veinticuatro (24) semanas de gestación, COMMUNITY reembolsará al Médico o Proveedor con contrato finalizado por el tratamiento que se extienda hasta el parto, por la asistencia inmediata después del parto y el chequeo de seguimiento dentro de las seis (6) semanas del nacimiento.

## **G. Notificación de reclamos**

USTED no debe pagar ningún monto por los Servicios Médicos Cubiertos excepto Copagos o Deducibles. Si USTED recibe una factura de un Médico o Proveedor que exceda sus sumas autorizadas de Copago o Deducible, contacte a COMMUNITY.

## **H. Coordinación de beneficios**

La cobertura de su HIJO bajo CHIP es secundaria cuando se coordinan beneficios con otra cobertura de seguro. Esto significa que la cobertura proporcionada bajo CHIP pagará los beneficios de los servicios cubiertos que queden impagos después de que haya pagado otra cobertura de seguro.

## **I. Subrogación**

COMMUNITY recibe todos los derechos de resarcimiento adquiridos por USTED o por SU HIJO contra cualquier persona u organización en caso de negligencia o cualquier acto deliberado que derive en una Enfermedad o Lesión cubierta por COMMUNITY pero solo con el alcance de tales beneficios. Al recibir tales beneficios de COMMUNITY, se considera que USTED y SU HIJO han cedido tales derechos de resarcimiento a COMMUNITY y USTED acepta brindar a COMMUNITY cualquier ayuda razonable para garantizar el resarcimiento.

## VIII. ¿CÓMO HAGO UN RECLAMO?

### A. Proceso de queja

"Queja" significa cualquier insatisfacción expresada por USTED oralmente o por escrito a NOSOTROS en relación con cualquier aspecto de NUESTRAS operaciones, lo que incluye, sin limitarse a ello, insatisfacción con la administración del PLAN; los procedimientos relacionados con la revisión o la apelación de una Determinación Adversa; la denegación, reducción o terminación de un servicio por motivos no relacionados con necesidad médica; la manera de prestar un servicio; o las decisiones sobre la cancelación de una inscripción.

Si USTED NOS notifica de una Queja oralmente o por escrito, NOSOTROS le enviaremos, a más tardar al quinto (5) día hábil posterior a la fecha de recepción de la Queja, una carta confirmando la fecha en que NOSOTROS recibimos SU Queja. Si la queja fue recibida oralmente, NOSOTROS adjuntaremos un formulario de Quejas de una página indicando claramente que el formulario de Quejas debe ser regresado a Nosotros para la pronta resolución de la Queja.

Una vez recibida la Queja por escrito o el Formulario de Quejas de una página de parte de USTED, NOSOTROS investigaremos la cuestión y le enviaremos una carta a USTED con NUESTRA resolución. El tiempo total para confirmar, investigar y resolver su Queja no excederá los treinta (30) días calendario de la fecha en que NOSOTROS recibamos SU Queja.

SU Queja en relación con una Emergencia o con la denegación de continuidad de hospitalización se resolverá en un (1) día hábil de haber recibido SU Queja. La investigación y resolución se llevarán a cabo de acuerdo con la urgencia médica del caso.

USTED puede usar el proceso de apelación para resolver una controversia en relación con la resolución de SU Queja.

### B. Apelaciones a COMMUNITY HEALTH CHOICE

1. Si la Queja no se resuelve a SU satisfacción, USTED tiene el derecho de presentarse personalmente ante un panel de apelación de Quejas en el lugar donde USTED habitualmente reciba los servicios médicos, a menos que USTED acuerde otro sitio, o también puede presentar una apelación por escrito al panel. NOSOTROS completaremos el proceso de apelación a más tardar a los treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud de apelación.
2. NOSOTROS le enviaremos una carta de confirmación a USTED a más tardar a los cinco (5) días de la fecha de recepción de la solicitud de apelación.
3. NOSOTROS designaremos a Miembros para el panel de apelación de Quejas, quienes NOS asesorarán acerca de la resolución de la controversia. El panel de apelación de Quejas estará compuesto por igual número de NUESTRO personal, Médicos u otros Proveedores y afiliados. Los Miembros que integren el panel de apelación de Quejas no pueden haber previamente participado en la decisión controvertida.
4. A más tardar a los cinco (5) días hábiles antes de la reunión programada del panel, a menos que USTED acuerde algo distinto, NOSOTROS le proporcionaremos a USTED o a SU representante designado:
  - a. cualquier documentación que NUESTRO personal deba presentar al panel;
  - b. la especialización de los Médicos o Proveedores consultados durante la investigación; y
  - c. el nombre y la afiliación de cada uno de NUESTROS representantes del panel.
5. USTED o SU representante designado si USTED es menor o discapacitado, tiene derecho a:
  - a. comparecer en persona ante el panel de apelación de Quejas;
  - b. presentar testimonio de perito alternativo; y
  - c. solicitar la presencia de cualquier persona responsable de tomar la determinación anterior que derivó en la apelación e interrogarla.
6. La investigación y resolución de las apelaciones que se relacionen con emergencias en curso o el rechazo

de continuidad en la hospitalización se concluirán de acuerdo con la urgencia médica del caso pero nunca se excederán de un (1) día hábil a partir SU pedido de apelación. En el caso de una Emergencia en curso o la continuidad de la hospitalización, y si USTED lo solicita, NOSOTROS pondremos a su disposición, en lugar de un panel de apelación de Quejas, un Médico o Proveedor revisor que no haya examinado antes el caso y tenga la misma especialidad o una especialidad similar a la del personal que habitualmente trata o administra la condición médica, procedimiento o tratamiento en discusión para que revise la apelación.

7. La notificación de NUESTRA decisión final sobre la apelación debe incluir una declaración de la determinación médica específica, el fundamento clínico y el criterio contractual utilizado para alcanzar la decisión final.

### **C. Apelación interna de una determinación adversa**

Una "Determinación Adversa" es una decisión tomada por NOSOTROS o por NUESTRO Agente de Revisión de Utilización de que los servicios de salud suministrados o que se proponen suministrar a un NIÑO no son médicamente necesarios o apropiados.

Si USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor registrado de SU HIJO no está de acuerdo con la Determinación Adversa, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de SU HIJO puede apelar de la Determinación Adversa oralmente o por escrito.

Dentro de los cinco (5) días hábiles de recibir una apelación por escrito de la Determinación Adversa, NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización le enviaremos a USTED, a SU representante designado o al Médico o Proveedor de SU HIJO, una carta confirmando la fecha de recepción de la apelación. La carta también incluirá una lista de documentos que USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de SU HIJO deberá enviarnos a NOSOTROS o a NUESTRO Agente de Revisión de Utilización para la apelación.

Si USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de SU HIJO apelan oralmente la Determinación Adversa, NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización le enviaremos a USTED, a SU representante designado o al Médico o Proveedor de SU HIJO un formulario de apelación de una hoja. USTED no necesita devolver el formulario relleno pero NOSOTROS le aconsejamos que lo haga porque NOS ayudará a resolver SU apelación.

Las apelaciones de Determinaciones Adversas que comprendan emergencias en curso o denegaciones de continuidad en la hospitalización se resolverán a más tardar al primer (1) día hábil de la fecha de recepción de toda la información necesaria para completar la apelación. Todas las demás apelaciones se resolverán a más tardar a los treinta (30) días calendario de la fecha en que NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización reciba la apelación.

### **D. Revisión externa por una Organización de Revisión Independiente**

Si no se hace lugar a la apelación de la Determinación Adversa, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor registrado de SU HIJO tiene el derecho de solicitar la revisión de la decisión por una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés). Cuando NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización rechace la apelación, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de SU HIJO recibirá información acerca de cómo solicitar la revisión por una IRO del rechazo y los formularios que se deben completar y regresar para comenzar con el proceso de revisión independiente.

En circunstancias que comprendan una condición con riesgo para la vida, SU HIJO tendrá derecho a una revisión inmediata por una IRO sin tener que cumplir con los procedimientos de apelaciones internas de las Determinaciones Adversas. En situaciones con riesgo para la vida, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor registrado de SU HIJO puede contactarnos a NOSOTROS o a NUESTRO Agente de Revisión de Utilización por teléfono para solicitar la revisión por una IRO y NOSOTROS o NUESTRO agente de revisión de utilización le proporcionaremos la información solicitada.

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

Los procedimientos de apelación descritos anteriormente no impiden que USTED pueda recurrir a otro tipo de recurso apropiado, tal como una orden judicial, una sentencia declarativa u otro recurso disponible conforme a derecho, si USTED cree que el requisito de completar el proceso de apelación y revisión pone en grave riesgo la salud

de SU HIJO.

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

Cualquier persona, incluidas personas que hayan intentado resolver quejas a través del proceso de NUESTRO sistema de quejas y que estén insatisfechas con la resolución, pueden denunciar una supuesta violación al Departamento de Seguros de Texas: Texas Department of Insurance, PO Box 149091, Austin, Texas 78714-9101. Las quejas al Departamento de Seguros de Texas también se pueden presentar electrónicamente a través de [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).

El Comisionado de Seguros investigará una queja contra NOSOTROS para determinar el cumplimiento dentro de los sesenta (60) días de la recepción de la Queja por el Departamento de Seguros de Texas y solicitará toda la información necesaria para que el Departamento determine el cumplimiento. El Comisionado puede extender el plazo necesario para completar una investigación en caso de que ocurran cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. se requiera información adicional;
2. sea necesaria una revisión *in situ*;
3. NOSOTROS, el Médico o Proveedor o USTED no proporcionemos toda la documentación necesaria para completar la investigación; u
4. ocurran otras circunstancias más allá del control del Departamento.

## **F. Prohibición de represalias**

1. NOSOTROS no tomaremos ninguna medida en represalia, tal como rechazar la renovación de la cobertura, contra un NIÑO debido a que el NIÑO o una persona en su representación haya presentado una Queja contra NOSOTROS o apelado de una decisión tomada por NOSOTROS.
2. NOSOTROS no tomaremos ninguna medida en represalia, tal como rescindir o negar la renovación de un contrato contra un Médico o Proveedor porque el Médico o Proveedor haya, en representación de un NIÑO, presentado de manera razonable una Queja contra NOSOTROS o haya apelado de una decisión tomada por NOSOTROS.

# **IX. DISPOSICIONES GENERALES**

## **A. Acuerdo completo, Modificaciones**

El presente Contrato y cualquier modificación o información adjunta constituyen el Acuerdo Completo entre USTED y COMMUNITY. Para que los cambios que se introduzcan a este Contrato sean válidos, deberán estar aprobados por un funcionario de COMMUNITY y adjuntados a este Contrato.

## **B. Divulgación y confidencialidad de la historia clínica**

COMMUNITY acuerda mantener y preservar la confidencialidad de la historia clínica completa de SU HIJO o SU familia. Sin embargo, al inscribirse en COMMUNITY, USTED autoriza la divulgación de la información, tal como lo permita la ley, y el acceso a la historia clínica completa de SU HIJO para propósitos razonablemente relacionados con la prestación de los servicios en virtud de este Contrato, a COMMUNITY, sus representantes y empleados, el Médico de Atención Primaria o Proveedor de Atención Primaria de SU HIJO, los Proveedores participantes, los Proveedores externos del Comité de Revisión de Utilización, CHIP y las agencias gubernamentales apropiadas. Las protecciones de privacidad de COMMUNITY están descritas más detalladamente en su Notificación de Prácticas de Privacidad. La Notificación de Prácticas de Privacidad está disponible en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) o puede solicitar una copia llamando a Servicios al Miembro de Community Health Choice al 713.295.2294 o gratis al 1.888.760.2600.

### **C. Error administrativo**

Un error administrativo o demora en asentar SU Contrato o el de SU HIJO con CHIP:

1. no derivará en el rechazo de la Cobertura que de otro modo se le otorgaría; y
2. no hará que se continúe con la Cobertura que de otro modo se le daría de baja.

Si cualquier dato importante suministrado a CHIP acerca de SU HIJO no es preciso y afecta la Cobertura:

1. CHIP utilizará los datos verdaderos para decidir si la Cobertura está vigente; y
2. se realizarán los ajustes y/o reembolsos que sean necesarios.

### **D. Aviso**

Los beneficios de Indemnización por Lesiones o Enfermedades resultantes del Trabajo (Workers' Compensation) no se ven afectados.

### **E. Validez**

La inaplicabilidad o invalidez de cualquier disposición de esta Evidencia de Cobertura no afectará la aplicabilidad o validez del resto de este Contrato.

### **F. Conformidad con la Ley del Estado**

Cualquier disposición de este Contrato que no cumpla con la Ley de HMO de Texas y las leyes o reglamentaciones estatales y federales que rigen para CHIP u otras leyes o reglamentaciones aplicables no se considerará inválida sino que se interpretará y aplicará como si cumpliera plenamente con la Ley de HMO de Texas, las leyes o reglamentaciones estatales y federales que rigen para CHIP y otras leyes o reglamentaciones aplicables.

[ANEXO A DE BENEFICIOS/EVIDENCIA DE COBERTURA DE CHIP] [ANEXO B DE BENEFICIOS/EVIDENCIA DE COBERTURA DE CHIP] [ANEXO C DE BENEFICIOS /EVIDENCIA DE COBERTURA DE CHIP] [ANEXO D BENEFICIOS /EVIDENCIA DE COBERTURA DE CHIP]

## **X. LÍMITE DE COPAGO POR FAMILIA PARA CADA PERÍODO DE INSCRIPCIÓN**

Conforme a este plan, existe un límite por familia para los Copagos que USTED debe pagar por los Servicios Médicos Cubiertos cada período de inscripción. Es SU responsabilidad llevar registro de cuánto USTED ha pagado por los Servicios Médicos Cubiertos y proporcionar constancia de ello a CHIP. CHIP le notificará acerca del máximo de SUS Copagos y le proporcionará un formulario simplificado que USTED podrá usar para llevar registro del monto de Copagos que USTED ha pagado.

USTED deberá notificar a CHIP cuando haya pagado el máximo de Copagos conforme al Plan. Cuando USTED notifique a CHIP que ha llegado al máximo de Copagos, CHIP le emitirá una nueva Tarjeta de ID de Miembro para cada NIÑO de SU familia. La nueva Tarjeta de ID de Miembro advertirá a los Médicos y Proveedores participantes para que lo eximan de los Copagos por el resto del período de inscripción del NIÑO.

## **XI. ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS**

Estos servicios médicos cuando sean médicamente necesarios se deberán prestar en el entorno más apropiado y menos restrictivo en que los servicios se puedan suministrar de manera segura y se deberán prestar en el nivel o suministro de servicio más apropiado en que los servicios se puedan suministrar de manera segura y no podrían obviarse sin afectar en forma adversa la salud física y/o mental del Miembro o la calidad de atención que se le suministre.

Atención de Emergencia es un servicio cubierto de CHIP y se debe prestar de conformidad con la Sección VII. D. Servicios de Emergencia. Por favor diríjase a la Sección II. Definiciones para la definición de "Emergencia y Condición de Emergencia" y la definición de "Servicios de Emergencia y Atención de Emergencia" para determinar si existe una Condición de Emergencia.

No hay un máximo por vida para los beneficios; sin embargo, rigen limitaciones de 12 meses o de período de inscripción o durante la vida para ciertos servicios tal como se especifica en el siguiente cuadro. Los copagos se aplican hasta que una familia alcanza su límite específico de copagos por período de inscripción. Los copagos no se aplican a servicios preventivos o a asistencia relacionada con un embarazo.

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p><b>Servicios hospitalarios de rehabilitación de pacientes internos y servicios hospitalarios generales de pacientes agudos internos</b></p> <p>Los Servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de un Médico o Proveedor proporcionados en el hospital</li> <li>• Habitación semiprivada y comida (o habitación privada si fuera médicamente necesario según lo certifique el médico que lo trate)</li> <li>• Cuidado general de enfermería</li> <li>• Enfermería especializada cuando sea médicamente necesaria</li> <li>• Unidad y servicios de cuidados intensivos</li> <li>• Comidas y dietas especiales para el paciente</li> <li>• Salas de cirugía, recuperación y otros tratamientos</li> <li>• Anestesia y administración (componente técnico del sitio)</li> <li>• Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos, férulas</li> <li>• Fármacos, medicamentos y productos biológicos</li> <li>• Sangre y hemoderivados que no se suministren sin cargo al paciente y su administración</li> <li>• Radiografías, estudios de diagnóstico por la imagen y otras pruebas radiológicas (componente técnico de la instalación)</li> <li>• Servicios de laboratorio y patológicos (componente técnico de la instalación)</li> <li>• Estudios de diagnóstico por máquina (electroencefalograma o EEG por sus siglas en inglés, electrocardiograma o EKG por sus siglas en inglés).</li> <li>• Servicios de oxígeno y terapia de inhalación</li> <li>• Radiación y quimioterapia</li> <li>• Acceso a centros perinatales de Nivel III designados por el Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) y Hospitales que reúnan un nivel equivalente de atención</li> <li>• Servicios de una instalación y un Médico dentro y fuera de la red para una madre y su/s bebé/s recién nacido/s por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.</li> <li>• Servicios de un hospital, médico y otros servicios médicos relacionados, tales como anestesia, en relación con atención odontológica</li> <li>• Servicios de hospitalización relacionados con un (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, ectópico o un feto que murió en el útero). Los servicios de hospitalización relacionados con un aborto espontáneo o embarazo no viable incluyen sin limitarse a ello: <ul style="list-style-type: none"> <li>– procedimientos de dilatación y legrado;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere autorización para atención que no sea de Emergencia y atención después de la estabilización de una Condición de Emergencia</li> <li>• Requiere autorización para servicios de una instalación y un Médico de la red y fuera de la red para una madre y su/s bebé/s recién nacido/s después de 48 horas de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones;</li> </ul>	<p>Rigen niveles aplicables de copago.</p> <p>Consulte la tarjeta de ID del Miembro.</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<ul style="list-style-type: none"> <li>– medicamentos apropiados administrados por un proveedor;</li> <li>– ultrasonidos (ecografías); y</li> <li>– examen histológico de muestras de tejido</li> <li>• Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieran intervención quirúrgica, suministrados como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar <ul style="list-style-type: none"> <li>– labio leporino y/o paladar hendido; o</li> <li>– desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y/o congénitas graves</li> <li>– asimetría facial severa secundaria a defectos esqueléticos, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento de tumores o su tratamiento</li> </ul> </li> <li>• Implantes quirúrgicos</li> <li>• Otros recursos artificiales, incluidos implantes quirúrgicos</li> <li>• Los servicios de hospitalización por una mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>– cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;</li> <li>– tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas</li> </ul> </li> <li>• Los dispositivos implantables están cubiertos bajo servicios de Hospitalización y Ambulatorios y no cuentan para el límite por período de 12 meses para equipos médicos duraderos.</li> </ul>		

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p><b>Hospital con atención ambulatoria, hospital con servicios integrales de rehabilitación de pacientes ambulatorios, clínica (tal como un centro médico) y centro de atención médica ambulatoria</b></p> <p>Los servicios incluyen, sin limitarse a ello, los siguientes servicios suministrados en un consultorio o sala de emergencias de un hospital, una clínica o centro médico, departamento de emergencias de un hospital o un entorno de atención médica ambulatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías, estudios de diagnóstico por la imagen y pruebas radiológicas (componente técnico)</li> <li>• Servicios de laboratorio y patológicos (componente técnico)</li> <li>• Pruebas de diagnóstico por máquina</li> <li>• Servicios de cirugías ambulatorias de la instalación</li> <li>• Fármacos, medicamentos y productos biológicos</li> <li>• Yesos, férulas, vendajes</li> <li>• Servicios médicos preventivos</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla (fonoaudiología);</li> <li>• Diálisis renales</li> <li>• Servicios respiratorios</li> <li>• Radiación y quimioterapia</li> <li>• Sangre y hemoderivados que no se suministren sin cargo al paciente y la administración de estos productos</li> <li>• Servicios de la instalación y servicios médicos relacionados, tales como anestesia, en relación con asistencia odontológica, cuando se suministren en una instalación de cirugía ambulatoria habilitada</li> <li>• Servicios ambulatorios relacionados con un (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Los servicios ambulatorios relacionados con un aborto espontáneo o embarazo no viable incluyen, sin limitarse a ello, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>– procedimientos de dilatación y legrado;</li> <li>– medicamentos apropiados administrados por un proveedor;</li> <li>– ultrasonidos (ecografías); y</li> <li>– examen histológico de muestras de tejido</li> </ul> </li> <li>• Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieran intervención quirúrgica y</li> </ul>	<p><b>Requiere autorización previa y prescripción médica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla (fonoaudiología)</li> <li>• Servicios de la instalación y servicios médicos relacionados, tales como anestesia, en relación con asistencia odontológica, cuando se suministren en una instalación de cirugía ambulatoria habilitada</li> <li>• Radiografías, estudios de diagnóstico por la imagen y pruebas radiológicas (componente técnico)</li> <li>• Servicios de laboratorio y patológicos (componente técnico)</li> <li>• Pruebas de diagnóstico por máquina</li> <li>• Servicios quirúrgicos ambulatorios de la instalación</li> <li>• Fármacos, medicamentos y productos biológicos</li> <li>• Yesos, férulas, vendajes</li> <li>• Servicios respiratorios</li> <li>• Radiación y quimioterapia</li> <li>• Servicios ambulatorios relacionados con un (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Los servicios ambulatorios relacionados con un aborto espontáneo o embarazo no viable incluyen, sin limitarse a ello, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>(b) procedimientos de dilatación y legrado;</li> <li>(c) medicamentos apropiados administrados por un proveedor;</li> <li>– ultrasonidos (ecografías); y</li> <li>– examen histológico de muestras de tejido</li> </ul> </li> <li>• Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales</li> </ul>	<p>Rigen niveles aplicables de copago.</p> <p>Consulte la tarjeta de ID del Miembro.</p> <p>Ninguno para servicios preventivos</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p>suministrados como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– labio leporino y/o paladar hendido; o</li> <li>– desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y/o congénitas severas; o</li> <li>– asimetría facial severa secundaria a anomalías esqueléticas, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento de tumores o su tratamiento</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes quirúrgicos</li> <li>• Otros recursos artificiales, incluidos implantes quirúrgicos</li> <li>• Los servicios ambulatorios suministrados en un hospital con atención ambulatoria y un centro médico ambulatorio para una mastectomía y reconstrucción mamaria cuando sean clínicamente apropiados incluyen <ul style="list-style-type: none"> <li>– todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>– cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;</li> </ul> </li> </ul>	<p>que requiera intervención quirúrgica y suministrado como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– labio leporino y/o paladar hendido; o</li> <li>– desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas y/o congénitas severas; o</li> <li>– asimetría facial severa secundaria a anomalías esqueléticas, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento de tumores o su tratamiento</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes quirúrgicos</li> <li>• Otros recursos artificiales tales como implantes quirúrgicos</li> <li>• Servicios médicos preventivos</li> <li>• Diálisis renales</li> <li>• Sangre y hemoderivados que no se suministren sin cargo al paciente y la administración de estos productos</li> <li>• Los servicios ambulatorios suministrados en un hospital con atención ambulatoria y un centro médico ambulatorio para una mastectomía y reconstrucción mamaria cuando sean clínicamente apropiados incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>– cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y</li> <li>– tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>• Los dispositivos implantables están cubiertos bajo Servicios de hospitalización y ambulatorios y no cuentan para el límite por período de 12 meses para equipos médicos duraderos</li> </ul>	

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p><b>Servicios profesionales de médicos/proveedores con práctica médica</b></p> <p>Los Servicios incluyen, sin limitarse a ello, lo siguiente:</p> <p>servicios de hospitalización y ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos, productos biológicos y materiales</li> <li>• Pruebas de alergia, suero e inyecciones</li> </ul> <p>– Segunda opinión respecto de una cirugía</p>	<p><b>Requiere autorización previa para servicios especializados:</b></p> <p>– labio leporino y/o paladar</p>	



Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<b>Servicios de centro de maternidad</b>	Cubre servicios de maternidad suministrados por un centro de maternidad habilitado Limitados a los servicios de la instalación (p.ej. trabajo de parto y alumbramiento)	Ninguno

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p><b>Servicios médicos domiciliarios y comunitarios</b></p> <p>Servicios que son suministrados en el hogar y la comunidad, lo que incluye, sin limitarse a ello, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusión domiciliaria</li> <li>• Terapia respiratoria</li> <li>• Visitas para atención de enfermería personalizada (enfermeros registrados (R.N., por sus siglas en inglés), auxiliares de enfermería (L.V.N., por sus siglas en inglés))</li> <li>• Visitas para atención de enfermería especializada tal como se define para propósitos de atención médica domiciliaria (pueden incluir enfermeros registrados (R.N.) o auxiliares de enfermería (L.V.N.))</li> <li>• Asistente de salud a domicilio cuando esté incluido como parte de un plan de atención durante un período en que se hayan aprobado las visitas especializadas</li> <li>• Terapias del habla (fonoaudiología), físicas y ocupacionales</li> </ul>	<p><b>Requiere autorización previa y prescripción médica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios no tienen el propósito de sustituir al cuidador de un NIÑO o proporcionar alivio para el cuidador</li> <li>• Las visitas de enfermería especializada se realizan de manera intermitente y no tienen el propósito de suministrar servicios de enfermería especializada las 24 horas.</li> <li>• Los servicios no tienen el propósito de sustituir a servicios de 24 horas de una instalación de enfermería especializada o de un hospital</li> </ul>	<p>Ninguno</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p><b>Servicios de salud mental ambulatorios</b></p> <p>Servicios de salud mental, lo que incluye una enfermedad mental grave, prestados sin necesidad de hospitalización, lo que incluye, sin limitarse a ello, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estas visitas pueden llevarse a cabo en diversos entornos de la comunidad (lo que incluye hogar y escuela) o en una instalación operada por el Estado</li> <li>• Pruebas neuropsicológicas y psicológicas</li> <li>• Administración de medicamentos</li> <li>• Servicios de tratamiento residencial</li> <li>• Servicios ambulatorios para pacientes subagudos (hospitalización parcial o tratamiento de rehabilitación de día)</li> <li>• Desarrollo de habilidades (entrenamiento psicoeducativo)</li> <li>• Cuando exista una orden de servicios psiquiátricos ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> <li>1) emitida por un tribunal competente de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de Texas (Texas Health and Safety Code), Capítulos 573, Subcapítulos B y C o 574, Subcapítulos A a G, Código de Familia de Texas (Texas Family Code), Capítulo 55, Subcapítulo D; o</li> <li>2) como una condición de libertad condicional.</li> </ul> </li> <li>• La orden del tribunal sirve como una determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de servicios se debe presentar ante el tribunal con competencia en la materia objeto de la determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando el Miembro es considerado recluso, tal como se define en el manual de atención administrada uniforme (UMCM), Sección 16.1.15.2.</li> </ul>	<p><b>Puede requerir autorización previa - No requiere la derivación de un Médico o Proveedor de Atención Primaria (PCP)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedor de Salud Mental Calificado-Servicios Comunitarios (QMHP-CS, por sus siglas inglés) está definido por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS, por sus siglas en inglés) en el Título 25 del Código Administrativo de Texas (Texas Admin Code), § 412.303(48). Los QMHP-CS serán proveedores que trabajan a través de una Autoridad de Salud Mental Local contratada por el DSHS o una entidad independiente contratada por el DSHS.</li> </ul> <p>Los QMHP-CS serán supervisados por un profesional o médico de salud mental con licencia y proporcionarán servicios de conformidad con las normas del DSHS. Estos servicios incluyen desarrollo de habilidades individuales y grupales (que pueden ser componentes de intervenciones tales como tratamiento de día y servicios domiciliarios), educación del paciente y su familia y servicios en situaciones de crisis</p>	<p>Rigen niveles aplicables de copago.</p> <p>Consulte la tarjeta de ID del Miembro.</p>



Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p><b>Servicios de tratamiento de abuso de sustancias ambulatorios</b></p> <p>Los servicios de tratamiento de abuso de sustancias ambulatorios incluyen, sin limitarse a ello, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de prevención e intervención suministrados por Médicos y Proveedores no médicos, tales como exámenes de detección, evaluación y derivación para trastornos de dependencia de sustancias químicas.</li> <li>• Servicios ambulatorios intensivos</li> <li>• Hospitalización parcial</li> <li>• Servicios ambulatorios intensivos se define como un servicio no residencial organizado que proporciona terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y desarrollo de habilidades para la vida que consisten en al menos diez (10) horas por semana durante cuatro (4) a doce (12) semanas pero de menos de 24 horas por día</li> <li>• Servicio de tratamiento ambulatorio se define como un servicio que consiste en al menos una (1) o dos (2) horas por semana y que proporciona terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y desarrollo de habilidades para la vida</li> <li>• Cuando los servicios de tratamiento de trastornos de consumo de sustancias ambulatorios se requieren: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) por orden de un tribunal, de conformidad con el Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas (Texas Health and Safety Code); o</li> <li>2) como una condición de libertad condicional, la orden del tribunal sirve como una determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de servicios se debe presentar ante el tribunal con competencia en la materia objeto de la determinación.</li> </ul> </li> <li>• Estos requisitos no son aplicables cuando el Miembro es considerado recluso tal como se define en el manual de atención administrada uniforme (UMCM), Sección 16.1.15.2.</li> </ul>	<p><b>Requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia</b></p> <p><b>No requiere la derivación del médico o proveedor de atención primaria (PCP)</b></p>	<p>Rigen niveles aplicables de copago.</p> <p>Consulte la tarjeta de ID del Miembro.</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p><b>Servicios de cuidados paliativos</b></p> <p>Los Servicios incluyen, sin limitarse a ello, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención paliativa, tal como servicios médicos y de apoyo, para niños que tengan una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, para mantener confortables a los pacientes durante las últimas semanas y meses antes del fallecimiento</li> <li>• Elegir recibir servicios de cuidados paliativos no afecta los servicios de tratamiento, tales como el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal.</li> </ul>	<p><b>Requiere autorización y prescripción médica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios aplican al diagnóstico de enfermedad terminal</li> <li>• Hasta un máximo de 120 días con una expectativa de vida de 6 meses</li> <li>• Los pacientes que elijan recibir cuidados paliativos pueden cancelar esta elección en cualquier momento</li> </ul>	<p>Ninguno</p>
<p><b>Trasplantes</b></p> <p>Los Servicios Cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicando las directrices vigentes de la FDA, todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos no experimentales y todas las formas de trasplantes de córnea, médula ósea y células madres de sangre periférica no experimentales, lo que incluye gastos médicos del donante</li> </ul>	<p><b>Requiere autorización</b></p>	<p>Ninguno</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p><b>Servicios de quiropraxia</b></p> <p>Los servicios cubiertos no requieren de prescripción médica y se limitan a subluxación vertebral</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede requerir autorización para doce (12) visitas por límite de período de 12 meses (independientemente del número de servicios o modalidades proporcionadas en una visita)</li> <li>• Puede requerir autorización para visitas adicionales</li> </ul>	<p>Rigen niveles aplicables de copago para visitas de consultorio</p> <p>Consulte la tarjeta de ID del Miembro.</p>
<p><b>Servicios de valor agregado</b></p>		

\*Los copagos no se aplican a servicios preventivos o a asistencia relacionada con un embarazo.

## EXCLUSIONES

- Tratamientos para la infertilidad o servicios reproductivos con hospitalización y ambulatorios distintos de atención prenatal, trabajo de parto y alumbramiento y atención relacionada con una enfermedad o anomalías relacionadas con el sistema reproductivo
- Medicamentos anticonceptivos prescritos solamente para el propósito de atención médica reproductiva primaria y preventiva (es decir, no se pueden prescribir para planificación familiar)
- Artículos de confort personal, lo que incluye, sin limitarse a ello, sets de cuidado personal proporcionados en admisión de pacientes, teléfono, televisión, fotografías a recién nacidos, comidas para visitas del paciente y otros artículos que no se requieran para el tratamiento específico de la enfermedad o lesión
- Procedimientos o servicios experimentales y/o de investigación médicos, quirúrgicos u otros procedimientos o servicios de salud que no se empleen o reconozcan generalmente dentro de la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adversa y es elegible para revisión por una Organización de Revisión Independiente (tal como se describe en D, "Revisión Externa por Organización de Revisión Independiente").
- Tratamientos o evaluaciones requeridos por terceros, lo que incluye, sin limitarse a ello, aquellos para escuelas, empleos, permisos de vuelo, campamentos, seguro o tribunal distinto a un tribunal competente de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de Texas (Texas Health and Safety Code), Capítulos 573, Subcapítulos B y C, 574, Subcapítulo D o 462, Subcapítulo D y el Código de Familia de Texas (Texas Family Code), Capítulo 55, Subcapítulo D.

- Servicios dentales solamente para fines estéticos
- Servicios de enfermería privados cuando se presten a pacientes hospitalizados o en una instalación de enfermería especializada.
- Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos, lo que incluye, sin limitarse a ello, un corazón artificial
- Servicios y suministros hospitalarios cuando el paciente sea solamente recluido para fines de pruebas diagnósticas, excepto con autorización previa de COMMUNITY
- Examen de próstata y mamografía
- Cirugía optativa para corregir la visión
- Procedimientos gástricos para pérdida de peso
- Cirugía plástica/servicios estéticos solamente para fines estéticos
- Servicios fuera de la red no autorizados por COMMUNITY excepto para Atención de Emergencia y Servicios de un Médico para una madre y su/s bebé/s recién nacido/s por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
- Servicios, suministros y reemplazos de comidas o suplementos suministrados para el control del peso o el tratamiento de la obesidad, excepto servicios relacionados con el tratamiento de la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por COMMUNITY
- Medicamentos prescritos para la pérdida o el aumento de peso
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia
- Vacunación solamente para viajes al exterior
- Cuidado de los pies de rutina tal como cuidado higiénico (cuidado de los pies de rutina no incluye tratamiento de lesiones o complicaciones de la diabetes)
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, cansados o planos y el corte o extracción de callos y uñas del pie (esto no aplica para la extracción de raíces de uñas o tratamiento quirúrgico de condiciones subyacentes a los callos o uñas encarnadas.)
- Reemplazo o reparación de dispositivos protésicos y equipos médicos duraderos por mal uso, abuso o pérdida cuando sea confirmado por el Miembro o proveedor
- Zapatos ortopédicos correctivos
- Artículos de conveniencia
- Medicamentos sin receta médica
- Ortótica principalmente utilizada para fines deportivos o recreativos
- Cuidado asistencial (cuidado brindado para ayudar a un niño en las actividades de la vida diaria, tales como ayuda para caminar, acostarse y levantarse, bañarse, vestirse, alimentarse, higienizarse, preparación de una dieta especial y supervisión de la medicación que habitualmente es autoadministrada o proporcionada por un padre. Este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado). Esta exclusión no rige para servicios de cuidados paliativos.
- Labores domésticas
- Servicios y atención médica en instalaciones públicas para condiciones que las leyes federales, estatales o locales exijan que se administren en una instalación pública o la atención suministrada mientras la persona está en custodia de autoridades legales
- Servicios o suministros recibidos de un enfermero que no requieran la habilidad y capacitación de un enfermero
- Entrenamiento de la visión y terapia de la visión
- El reembolso de servicios de fisioterapia escolar, terapia ocupacional o terapia del habla (fonoaudiología) no están cubiertos excepto que sean ordenados por un Médico/Proveedor de Atención Primaria.
- Gastos no médicos de un donante

- Costos incurridos como donante de órgano cuando el beneficiario no está cubierto por COMMUNITY
- La cobertura en viajes fuera de EE. UU. y Territorios de EE. UU. (tal como Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU., Mancomunidad de Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Estadounidense)

## EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS/SUMINISTROS

Agujas y jeringas/terapia IV y vía central			Ver suministros para terapia IV y suministros para cambio de apósito/vía central
Alcohol de fricción		X	Suministro de venta sin receta médica
Alcohol, hisopos	X		Cubiertos solamente cuando se reciban con kits/suministros para terapia IV o vía central
Baterías	X		Para equipos médicos duraderos cubiertos
Betadine		X	Ver Suministros para Terapia IV
Bota de Unna	X		Elegible para cobertura cuando sea parte del cuidado de heridas en el entorno domiciliario Costo incidental cuando se utilice durante visita de consultorio
Cabestrillo para inmovilizar brazo	X		Entregado como parte de la visita de consultorio
Calcetines para muñón	X		
Clinitest	X		Para monitorear la diabetes
Diafragma		X	Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.

Dieta especial		X	
Dispositivo de punción	X		Limitado a un dispositivo solamente
Dispositivos de comunicación		X	
Electrodos	X		Elegibles para cobertura cuando se utilicen con Equipos Médicos Duraderos Cubiertos
Eyector med	X		
Fisiológica, solución salina			Ver solución salina fisiológica
Fórmula		X	<p>Excepción: Elegible para cobertura únicamente para trastornos metabólicos crónicos hereditarios, carencia funcional o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado o absorción deficiente debido a una enfermedad (que se espera que sea por más de sesenta (60) días cuando sea prescrita por un Médico y autorizada por el plan). La documentación del Médico que justifique la prescripción de fórmula debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de un trastorno metabólico, disfagia que derive en una necesidad médica de dieta líquida, presencia de gastrostomía o enfermedad que derive en absorción deficiente que requiera de un producto nutricional médicamente necesario</li> </ul> <p>No incluye fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para Miembros que podrían mantenerse con una dieta apropiada para la edad</li> <li>• Tradicionalmente usada para alimentar a bebés</li> <li>• En forma de postre (excepto para clientes con disfunción motora orofaríngea documentada que reciban más del 50 por ciento de la ingesta calórica diaria a través de este producto)</li> <li>• Para el diagnóstico primario de retraso del crecimiento, aumento de peso deficiente, falta de crecimiento o para bebés menores de 12 meses a menos que esté documentada la necesidad médica y se cumplan otros criterios, listados arriba.</li> </ul> <p>Los espesantes para alimentos, la comida para bebés u otros productos comestibles que puedan licuarse y usarse a través de un sistema enteral que no sean médicamente necesarios, no están cubiertos, independientemente de si estos productos alimenticios comunes se tomen en forma oral o parental.</p>

Jeringas			Ver Agujas/Jeringas
Kit para prueba de orina	X		Cuando se determine como medicamento necesario
Máscara protectora del polvo		X	
Molde craneal		X	
Peróxido de hidrógeno		X	Suministro de venta sin receta médica
Protectores para incontinencia	X		La cobertura se limita a niños de 4 años o más solamente cuando sean prescritos por un Médico y utilizados para proporcionar asistencia para un diagnóstico cubierto tal como se especifique en el plan de tratamiento
Sets de irrigación, cuidado de heridas	X		Elegibles para cobertura cuando se los utilice durante atención domiciliaria cubierta para cuidado de heridas
Solución salina fisiológica	X		Elegible para cobertura: a) cuando se utilice para diluir medicamentos para tratamientos con nebulizador; b) como parte de atención domiciliaria cubierta para cuidado de heridas; c) para irrigación por sonda vesical permanente

Sonda vesical permanente y suministros	X		Cubre sonda, bolsa de drenaje con tubo, bandeja de inserción, set de irrigación y solución salina fisiológica, de ser necesario
Suministros de cambio de apósito/Vía central	X		Jeringas, agujas, Tegaderm, hisopos con alcohol, hisopos o ungüento de Betadine, cinta  Muchas veces estos artículos se entregan en un kit que incluye todos los artículos necesarios para un cambio de apósito.
Suministros para cambio de apósito/Terapia IV periférica	X		Elegibles para cobertura solamente si recibe terapia IV domiciliaria
Suministros para diabéticos	X		Solución para calibrar el monitor de glucosa, jeringas de insulina, agujas, lancetas, dispositivo de punción y tiras reactivas
Suministros para nutrición enteral	X		Los suministros necesarios (p.ej., bolsas, tubos, conectores, sondas, etc.) son elegibles para cobertura. Los productos de nutrición enteral no están cubiertos excepto aquellos prescritos para trastornos metabólicos hereditarios, carencia funcional o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado o absorción deficiente debido a una enfermedad.
Suministros para ostomía	X		Los artículos elegibles para cobertura incluyen: cinto, saco, bolsas, wafer, placa frontal, inserto, barrera, filtro, junta, tapón, kit/funda de irrigación, cinta, skin prep, adhesivos, set de drenaje, removedor de adhesivos y desodorante para saco  Los artículos no elegibles para cobertura incluyen: tijeras, desodorante de ambiente, limpiadores, guantes de goma, gaza, cubiertas para saco, jabón y lociones
Suministros para terapia IV X	X		Sondas, filtro, casetes, pértiga de IV, hisopos con alcohol, agujas y cualquier otro suministro relacionado necesario para la terapia IV
Suministros para traqueotomía	X		Las cánulas, sondas, lazos, soportes, kits de limpieza, etc., son elegibles para cobertura

Vendas		X	