

**PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD  
PROGRAMA PERINATAL PARA NIÑOS POR NACER  
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). 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. ESTE 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 - NIÑOS POR NACER - 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 POR NACER bajo Community Health Choice.....	4
B. SU contrato con CHIP.....	4
<b>II. DEFINICIONES</b> .....	<b>4</b>
<b>III. ¿CUÁNDO UN NIÑO POR NACER 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 del Programa CHIP Perinatal.....	8
B. Cancelación de la inscripción por Community Health Choice.....	8
<b>VI. COBERTURA MÉDICA DE SU HIJO POR NACER</b> .....	<b>9</b>
A. Selección del Proveedor del Programa Perinatal para SU HIJO POR NACER .....	9
B. Cambio de Proveedor del Programa Perinatal para SU HIJO POR NACER.....	9
C. Servicios de emergencia .....	9
D. Servicios fuera de la red.....	10
E. Continuidad del tratamiento.....	10
F. Notificación de reclamos .....	10
G. Coordinación de beneficios.....	10
H. Subrogación.....	11
<b>VII. ¿CÓMO HAGO UN RECLAMO?</b> .....	<b>11</b>
A. Proceso de queja.....	11
B. Apelaciones a COMMUNITY HEALTH CHOICE.....	11
C. Apelación interna de una determinación adversa .....	12
D. Revisión externa por una Organización de Revisión Independiente .....	12
E. Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas.....	13
F. Prohibición de represalias .....	13
<b>VIII. DISPOSICIONES GENERALES</b> .....	<b>14</b>
A. Acuerdo completo, Modificaciones.....	14
B. Divulgación y confidencialidad de la historia clínica.....	14
C. Error administrativo .....	14
D. Aviso.....	14
E. Validez .....	14
F. Conformidad con la Ley del Estado.....	14
<b>IX. ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS</b> .....	<b>15</b>
EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS PARA MIEMBROS PERINATALES DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL .....	22

# I. INTRODUCCIÓN

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

Community Health Choice otorga beneficios a SU HIJO POR NACER para los Servicios Médicos Cubiertos del Programa CHIP Perinatal y determina si ciertos servicios médicos son Servicios Médicos Cubiertos, tal como se describe en la Sección IX, ANEXO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS, que figura más abajo. Si está debidamente inscripto, SU HIJO POR NACER reúne los requisitos para recibir los beneficios descritos en la Sección IX. 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 Health Choice. USTED tiene un Contrato con Community Health Choice 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

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

# II. DEFINICIONES

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

**Admisión Inicial:** La hospitalización derivada de un nacimiento, que incluye Unidad de Cuidados Intensivos; comprende traslados de un hospital a otro con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y cualquier readmisión que sea de menos de 24 horas posteriores al alta de la admisión inicial.

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

**Área de Servicio:** El Área de Servicio de Proveedores de CHIP Perinatal tal como lo define la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission o HHSC)

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

**Atención Urgente:** Una condición médica, lo que incluye 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 en lo que concierne al NIÑO POR NACER requiere evaluación para tratamiento médico o tratamiento dentro de las veinticuatro (24) horas por el Proveedor del Programa Perinatal o la persona que el Proveedor del Programa Perinatal designe para prevenir el serio empeoramiento o deterioro de la condición o de la salud del NIÑO POR NACER.

**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.

**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 POR NACER correría peligro inmediato para sí mismo o para otros, o
2. que haga que un NIÑO POR NACER 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 NIÑO POR NACER corra serio peligro;
2. provocar serio deterioro de las funciones físicas del NIÑO POR NACER;
3. provocar seria disfunción de un órgano o parte del cuerpo que afecte al NIÑO POR NACER;
4. provocar seria deformidad al NIÑO POR NACER; o
5. en caso de una mujer embarazada, serio peligro para la salud de la mujer o su NIÑO POR NACER

**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.

**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.

**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 POR NACER 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 del Programa CHIP Perinatal de Community Health Choice.

**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 POR NACER o la madre del NIÑO POR NACER a una parte o sistema del cuerpo que no es consecuencia de una enfermedad, dolencia física o cualquier otra causa que podría dañar al NIÑO POR NACER.

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

**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 POR NACER que reúne los requisitos para recibir beneficios y que está inscripto en el Programa CHIP Perinatal de Texas.

**NIÑO/HIJO POR NACER (CHIP perinatal):** Cualquier niño desde la concepción hasta el nacimiento que el Programa CHIP Perinatal haya determinado que reúne los requisitos para recibir Cobertura y que esté inscripto en este Plan.

**Plan de Beneficios de Salud o Plan:** La Cobertura ofrecida al NIÑO POR NACER 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 relacionados con el trabajo de parto y alumbramiento del NIÑO POR NACER.

**Servicios Medicamente 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 POR NACER 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 POR NACER;
- 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 POR NACER 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 POR NACER 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 IX, 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 Health Choice como Servicios de Valor Agregado (VAS, por sus siglas en inglés) en la **Sección IX, 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 Miembro por personal de salud, tal como lo prescriba el Médico responsable u otra autoridad designada por Community Health Choice.

**Organización de Revisión Independiente:** Una entidad que está certificada por el Comisionado de Seguros en virtud del Capítulo 4202 para realizar la revisión independiente de Determinaciones Adversas.

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

**Programa CHIP Perinatal:** El programa perinatal de CHIP (Children's Health Insurance Program o Programa de Seguro Médico para Niños) que proporciona Cobertura a cada NIÑO POR NACER de conformidad con un acuerdo entre Community Health Choice y la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission o HHSC) del Estado de Texas.

**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, clínica, centro de enfermería especializada o agencia de salud domiciliaria.

**Proveedor del Programa Perinatal:** Un Médico, Auxiliar Médico o Enfermero de Práctica Avanzada u otro Proveedor de salud calificado que tiene contrato con Community Health Choice para suministrar Servicios Médicos Cubiertos a un NIÑO POR NACER y que es responsable de proporcionarle atención inicial y primaria, mantener la continuidad de la atención e iniciar derivaciones de atención médica.

**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 POR NACER. El término no incluye pedidos opcionales de aclaración de la cobertura.

**USTED Y SU:** Madre del NIÑO POR NACER.

### **III. ¿CUÁNDO UN NIÑO POR NACER INSCRIPTO QUEDA CUBIERTO?**

La Cobertura del NIÑO POR NACER comienza el primer día del mes en el que se determina la elegibilidad del NIÑO POR NACER para el Programa CHIP Perinatal.

### **IV. REPARTO DE COSTOS**

No se requieren aranceles de inscripción ni reparto de costos (tal como copagos) para los servicios CHIP Perinatal cubiertos.

### **V. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO**

#### **A. Cancelación de la inscripción por pérdida de elegibilidad del Programa CHIP Perinatal**

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

1. Cambio de situación respecto del seguro de salud; por ejemplo, el padre de un NIÑO POR NACER se inscribe en un plan de salud financiado por un empleador;
2. Fallecimiento del NIÑO POR NACER;
3. La madre del NIÑO POR NACER se muda del Estado de manera permanente;
4. El padre o representante autorizado del NIÑO POR NACER solicita (por escrito) la cancelación voluntaria de la inscripción del NIÑO POR NACER;
5. La madre del NIÑO POR NACER se inscribe en Medicaid o Medicare.

#### **B. Cancelación de la inscripción por Community Health Choice**

SU HIJO POR NACER 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. La madre del NIÑO POR NACER ya no vive ni reside en el Área de Servicio;
5. La madre del NIÑO POR NACER es perturbadora, rebelde, amenazadora o poco colaboradora hasta el punto que la condición de Miembro del NIÑO POR NACER afecta gravemente la capacidad de Community Health Choice o del Proveedor de proporcionar servicios al NIÑO POR NACER o de adquirir un miembro, y el comportamiento de la madre del NIÑO POR NACER no es producto de la condición física o conductual;
6. La madre del NIÑO POR NACER categóricamente se rehúsa a cumplir con las restricciones de Community Health Choice (p.ej. acudiendo reiteradamente a la sala de emergencias y a la vez rehusándose a permitir que Community Health Choice trate la condición médica subyacente).

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

## **VI. COBERTURA MÉDICA DE SU HIJO POR NACER**

### **A. Selección del Proveedor del Programa Perinatal para SU HIJO POR NACER**

USTED seleccionará, al momento de la inscripción en Community Health Choice, a su Proveedor del Programa Perinatal de SU HIJO POR NACER. Usted puede 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 Health Choice. USTED tiene la opción de elegir como Proveedor del Programa Perinatal a un Médico de Familia con experiencia en atención prenatal o a otro Proveedor de atención médica calificado.

USTED acudirá al Proveedor del Programa Perinatal seleccionado para que dirija y coordine la atención de SU HIJO POR NACER y recomiende los procedimientos y/o tratamiento.

### **B. Cambio de Proveedor del Programa Perinatal para SU HIJO POR NACER**

USTED puede solicitar un cambio de Proveedor del Programa Perinatal para SU HIJO POR NACER. Cuando USTED NOS llame para hacer el cambio de Proveedor 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. Servicios de emergencia**

Cuando USTED sea llevada al departamento de emergencias de un Hospital, a un centro médico de emergencia independiente o a una instalación de emergencia de características similares para la atención directamente relacionada con el trabajo de parto y alumbramiento de su NIÑO POR NACER cubierto, el Médico/Proveedor que la trate le hará un examen para determinar si existe una situación médica de Emergencia que directamente se relacione con el trabajo de parto con alumbramiento del NIÑO POR NACER cubierto y proporcionará el tratamiento y la estabilización de la Condición de Emergencia que existiera.

En caso de que se requiera atención adicional directamente relacionada con el trabajo de parto y alumbramiento del NIÑO POR NACER después de que el NIÑO POR NACER sea estabilizado, el Médico/Proveedor que la trate deberá contactar a Community Health Choice. Community Health Choice deberá responder dentro de la hora (1) de recibir la llamada para aprobar o denegar la Cobertura de la atención adicional solicitada por el Médico/Proveedor.

Si Community Health Choice acepta la asistencia propuesta por el Médico/Proveedor que la esté tratando o si Community Health Choice no aprueba ni rechaza la asistencia propuesta dentro de la hora (1) de recibida la llamada, el Médico/Proveedor que la esté tratando podrá proceder con la asistencia propuesta. Los servicios posparto o las complicaciones que deriven en la necesidad de servicios de emergencia para la madre del recién nacido del Programa CHIP Perinatal no son un beneficio cubierto.

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

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

Si no hay disponibles para SU HIJO POR NACER Servicios Médicos Cubiertos a través de los Médicos o Proveedores de la red, Community Health Choice, 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 Health Choice 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 Health Choice pueda rechazar una derivación.

## **E. Continuidad del tratamiento**

El contrato entre Community Health Choice 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 NIÑO POR NACER. 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 Health Choice de su obligación de reembolsar al Médico o Proveedor que esté tratando a SU HIJO POR NACER por una circunstancia especial, tal como un NIÑO POR NACER 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 POR NACER a cambio de la continuidad del tratamiento en curso para que SU HIJO POR NACER 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 POR NACER a creer razonablemente que la interrupción de la atención por el Médico o Proveedor podría ocasionar daño a SU HIJO POR NACER. La circunstancia especial será identificada por el Médico o Proveedor que esté tratando a SU HIJO POR NACER, quien deberá solicitar permiso para que SU HIJO POR NACER 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 Health Choice. Community Health Choice reembolsará al Médico o Proveedor con contrato finalizado por el tratamiento en curso de SU HIJO POR NACER. En el caso de un NIÑO POR NACER que al momento de la finalización se encuentre más allá de las veinticuatro (24) semanas de gestación, Community Health Choice 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 los chequeos de seguimiento dentro de los sesenta días del nacimiento.

## **F. Notificación de reclamos**

USTED no debe pagar ningún monto por los Servicios Médicos Cubiertos. Si USTED recibe una factura de un Médico o Proveedor, contacte a Community Health Choice.

## **G. Coordinación de beneficios**

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

## H. Subrogación

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

# VII. ¿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 POR NACER debido a que el NIÑO POR NACER 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 terminar o rechazar la renovación de la cobertura, contra un Médico o Proveedor del Programa Perinatal, debido a que el Médico o Proveedor del Programa Perinatal haya razonablemente presentado, en representación de un NIÑO POR NACER, una Queja contra NOSOTROS o apelado de una decisión tomada por NOSOTROS.

## VIII. 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 funcionado de COMMUNITY y adjuntados a este Contrato.

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

Community Health Choice acuerda mantener y preservar la confidencialidad de su historia clínica completa. Sin embargo, al inscribirse en Community Health Choice, USTED autoriza la divulgación de la información, tal como lo permita la ley, y el acceso a su historia clínica completa para propósitos razonablemente relacionados con la prestación de los servicios en virtud de este Contrato, a Community Health Choice, sus representantes y empleados, el Proveedor del Programa Perinatal de SU HIJO POR NACER, los Proveedores participantes, los Proveedores externos del Comité de Revisión de Utilización, el Programa CHIP Perinatal y las agencias gubernamentales apropiadas. Las protecciones de privacidad de Community Health Choice 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 al 713.295.2294 o 1.888.760.2600.

### C. Error administrativo

Un error administrativo o demora en llevar registro de la Evidencia de Cobertura de USTED y SU NIÑO POR NACER con el Programa CHIP Perinatal:

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 al Programa CHIP Perinatal acerca de USTED o SU HIJO POR NACER no es preciso y afecta la Cobertura:

1. El Programa CHIP Perinatal 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 DE BENEFICIOS/EVIDENCIA DE COBERTURA PARA NIÑOS POR NACER DE CHIP Perinatal]**

## IX. 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 del Miembro o la calidad de atención que se le suministre.

Atención de Emergencia es un servicio cubierto del Programa CHIP Perinatal limitado a los servicios de emergencia que directamente se relacionan con el parto del NIÑO POR NACER cubierto hasta su nacimiento y se debe prestar de conformidad con la **Sección VI. C. 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.

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p><b>Servicios generales de pacientes agudos hospitalizados</b></p> <p>Los Servicios incluyen:</p> <p>Los servicios médicamente necesarios cubiertos proporcionados en un hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salas de cirugía, recuperación y otros tratamientos</li> <li>• Anestesia y administración (componente técnico del sitio)</li> <li>• Los servicios quirúrgicos médicamente necesarios se limitan a servicios que directamente se relacionan con el parto del NIÑO POR NACER y los servicios relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable (embarazo molar, ectópico o un feto que murió en el útero).</li> <li>• Servicios de hospitalización relacionados con (a) un 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, 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> </ul>	<p>Para Miembros de CHIP Perinatal de familias con ingresos en el 198% del Nivel Federal Pobreza o por debajo, los aranceles de la instalación no son un beneficio cubierto; sin embargo, los honorarios por servicios profesionales relacionados con el trabajo de parto y alumbramiento son un beneficio cubierto.</p> <p>Para Miembros de CHIP Perinatal en familias con ingresos por encima del 198% hasta el 202% inclusive del Nivel Federal de Pobreza, los beneficios están limitados a honorarios por servicios profesionales y aranceles de la instalación relacionados con el trabajo de parto con alumbramiento hasta el nacimiento.</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos

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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios médicamente necesarios prestados por un médico se limitan a atención prenatal y posparto y/o el parto del NIÑO POR NACER cubierto hasta el nacimiento.</li> <li>• Visitas a consultorios médicos, servicios de hospitalización y ambulatorios</li> <li>• Servicios de laboratorio, radiografías, estudios de diagnóstico por la imagen y patológicos, que incluyen componentes técnico y/o de interpretación profesional</li> <li>• Medicamentos, productos biológicos y materiales médicamente necesarios administrados en el consultorio de un Médico</li> <li>• Componente profesional de servicios quirúrgicos (hospitalización/ambulatorios), tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirujanos y auxiliares del cirujano para procedimientos quirúrgicos directamente relacionados con el trabajo de parto con alumbramiento del NIÑO POR NACER cubierto hasta el nacimiento.</li> <li>- Administración de anestesia por un Médico (distinto del cirujano) o enfermero anestesista certificado registrado</li> <li>- Procedimientos diagnósticos invasivos directamente relacionados con el trabajo de parto con alumbramiento del NIÑO POR NACER.</li> <li>- Servicios quirúrgicos relacionados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero).</li> </ul> </li> <li>• Servicios de un Médico prestados en un Hospital (que incluyen componentes técnico y de interpretación realizados por un Médico)</li> <li>• Componente profesional relacionado con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Los servicios profesionales relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable incluyen, sin limitarse a ello: procedimientos de dilatación y legrado, medicamentos apropiados administrados por un proveedor, ultrasonidos y exámenes histológicos de muestras de tejido.</li> </ul>	<p><b>No requiere autorización previa para servicios especializados</b></p> <p>Componente profesional del ultrasonido (ecografía) del útero gestante cuando sea por indicación médica en caso de sospecha de anomalías congénitas, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento del feto o confirmación de la edad gestacional.</p> <p>Componente profesional de Amniocentesis, Cordocentesis, Transfusión Fetal Intrauterina (FIUT, por sus siglas en inglés) y Orientación por Ultrasonido para Amniocentesis, Cordocentesis y FIUT.</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p><b>Servicios prestados por una Enfermera Matrona Certificada o por un Médico en un centro de maternidad habilitado</b></p>	<p>Cubre servicios prenatales, de alumbramiento y posparto prestados en un centro de maternidad habilitado. Los servicios prenatales quedan sujetos a las siguientes limitaciones: Los servicios están limitados a una visita inicial y a visitas de atención prenatales (anteriores al parto) subsiguientes que incluyen:</p> <p>(1) Una (1) visita cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo;</p> <p>(2) Una (1) visita cada dos (2) o tres (3) semanas partir de la semana 28 a 36 de embarazo; y</p> <p>(3) Una (1) visita por semana a partir de la semana 36 hasta el parto.</p> <p>Se permitirán más visitas según sea Médicamente Necesario. Los beneficios se limitan a:</p> <p>Límite de 20 visitas prenatales y dos (2) visitas posparto (máximo dentro de los 60 días) sin documentación de una complicación del embarazo. Pueden ser necesario visitas más frecuentes en el caso de embarazos de alto riesgo. Las visitas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 visitas por embarazo. Se debe mantener documentación que respalde la necesidad médica y tal documentación quedará sujeta a revisión retrospectiva.</p> <p>Las visitas posteriores a la visita inicial deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• historia interina (problemas, estado civil, estado del feto);</li> <li>• examen físico (peso, tensión arterial, altura del fondo uterino, posición y tamaño del feto, frecuencia cardíaca fetal, extremidades del feto); y</li> <li>• pruebas de laboratorio (análisis de orina de proteína y glucosa en cada visita; análisis de hemoglobina o hematocrito una vez por trimestre y en las semanas 32 a 36 de embarazo; pruebas de detección cuádruple o de marcadores múltiples para descartar anomalías fetales ofrecidas en las semanas 16 a 20 de embarazo; repetición de prueba de anticuerpos para mujeres Rh negativas en la semana 28 de embarazo seguida de administración de inmunoglobulina RHO si se lo indica; prueba de detección de diabetes gestacional en las semanas 24 a 28 de embarazo; y otras pruebas de laboratorio que se indiquen según la condición médica del cliente).</li> </ul>	<p>Ninguno</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p><b>Servicios de emergencia, que incluyen hospitales de emergencia, médicos y servicios de ambulancia</b></p> <p>Community Health Choice no puede requerir autorización como una condición de pago de condiciones de emergencia relacionadas con el trabajo de parto y alumbramiento.</p> <p>Los servicios cubiertos se limitan a los servicios de emergencia que se relacionan directamente con el parto del NIÑO POR NACER cubierto hasta el nacimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de emergencia que se basan en la definición de condición médica de emergencia de una persona prudente no experta</li> </ul>	<p>Los servicios posparto o las complicaciones que deriven en la necesidad de servicios de emergencia para la madre del niño del Programa CHIP Perinatal no son un beneficio cubierto.</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen médico para determinar la emergencia cuando se relacione directamente con el parto del NIÑO POR NACER cubierto.</li> <li>• Servicios de estabilización que se relacionen con el trabajo de parto y alumbramiento del NIÑO POR NACER cubierto</li> <li>• El transporte de emergencia por tierra, aire y agua para parto y amenaza de parto es un beneficio cubierto</li> <li>• Servicios de emergencia que se relacionen con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero).</li> </ul>		
<p><b>Servicios de coordinación de la atención</b>  Los Servicios de Coordinación de la Atención son un beneficio cubierto para el NIÑO POR NACER.</p>		Ninguno
<p><b>Servicios de valor agregado</b></p>		Ninguno

# EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS PARA MIEMBROS PERINATALES DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL

- Para los Miembros del Programa CHIP Perinatal de familias con ingresos en el 198% del Nivel Federal de Pobreza o por debajo, los aranceles de la instalación por hospitalización no son un beneficio cubierto si se relacionan con la admisión inicial de un Recién Nacido Perinatal. "Admisión Inicial de un Recién Nacido Perinatal" significa la hospitalización relacionada con el nacimiento.
- Tratamientos ambulatorios y con hospitalización que no sean atención prenatal, trabajo de parto con alumbramiento y atención posparto relacionados con el NIÑO POR NACER hasta el nacimiento. Los servicios relacionados con trabajo de parto prematuro, falso o de otro tipo que no derive en el alumbramiento son servicios excluidos.
- Servicios de salud mental con hospitalización
- Servicios de salud mental ambulatorios
- Equipos médicos duraderos y otros dispositivos de recuperación médicamente relacionados
- Suministros médicos desechables
- Servicios de atención médica domiciliarios y comunitarios
- Servicios de atención de enfermería
- Servicios dentales
- Servicios de tratamiento de abuso de sustancias hospitalarios y residenciales
- Servicios de tratamiento de abuso de sustancias ambulatorios
- Terapia física, terapia ocupacional y servicios para personas con trastornos auditivos, del habla y del lenguaje.
- Servicios de cuidados paliativos
- Servicios de instalaciones de enfermería especializada y servicios de rehabilitación hospitalarios
- Servicios de emergencia que no sean directamente relacionados con el parto del NIÑO POR NACER cubierto,
- Servicios de trasplante
- Programas antitabaquismo
- Servicios de quiropraxia
- Transporte médico no relacionado directamente con el parto o amenaza de parto y/o alumbramiento del NIÑO POR NACER cubierto
- Artículos de confort personal que incluyen, 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 relacionado con el trabajo de parto y alumbramiento o con la atención posparto
- 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 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 y no como parte del trabajo de parto y alumbramiento.
- 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 dentales solamente para fines estéticos
- Servicios fuera de la red no autorizados por Community Health Choice excepto para atención de emergencia relacionada con el trabajo de parto y alumbramiento del NIÑO POR NACER cubierto
- Servicios, suministros y reemplazos de comidas o suplementos suministrados para el control del peso o el tratamiento de la obesidad
- 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. El 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
- Zapatos ortopédicos correctivos
- Artículos de conveniencia
- Medicamentos sin receta médica
- Ortótica principalmente utilizada para fines deportivos o recreativos
- Cuidado asistencial. Cuidado de asistencia 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 cuidador. Este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado
- 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, terapia de la visión o servicios relacionados con la visión.
- El reembolso de servicios de fisioterapia escolar, terapia ocupacional o terapia del habla (fonoaudiología) no están cubiertos
- Gastos no médicos de un donante
- Costos incurridos como donante de órgano
- 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)