



CHIP SEPTIEMBRE 2020  
**MANUAL PARA MIEMBROS**

INCLUYENDO CHIP PERINATAL Y CHIP PERIATAL PARA RECIEN NACIDOS

**MariaJose**  
Miembro de Community

**CommunityHealthChoice.org**

713.295.2294

1.888.760.2600

Community Health Choice, Inc. es un afiliado de Harris Health System.



# NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

---

1.877.635.6736

## Información general

De lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., excepto días festivos aprobados por el estado.

713.295.2222

---

1.888.760.2600

## Servicios para Miembros

De lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., excepto días festivos aprobados por el estado. Acceda a su cuenta de Miembro por Internet las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se dispone de información en inglés y en español. Si necesita un intérprete, llámenos. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano. También puede llamar para obtener información odontológica y farmacéutica.

713.295.2294

---

7-1-1

## Servicio de retransmisión de Texas

---

1.888.332.2730

24- Línea de asesoramiento médico las 24 horas al día

---

1.800.647.6558

## Línea de ayuda de CHIP

[www.chipmedicaid.org](http://www.chipmedicaid.org)

---

1.888.760.2600

## Farmacia

Servicios para Miembros de Community Health Choice

De lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., excepto días festivos aprobados por el estado.

---

1.800.516.0165

## CHIP Dental

DentaQuest

---

1.800.494.6262

MCNA Dental

---

1.800.822.5353

Plan Dental de United Healthcare

---

1.877.343.3108

## Servicios de salud conductual y abuso de sustancias

### Community Health Choice

Línea directa para casos de crisis: 24 horas del día, siete días a la semana.

La información está disponible en inglés y español. Si necesita un intérprete, llámenos.

---

1.844.433.6881

## Atención oftalmológica

Envolve Vision

**[VisionBenefits.EnvolveHealth.com](http://VisionBenefits.EnvolveHealth.com)**

---

Escríbanos o venga a visitarnos a:  
Community Health Choice, Inc.  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054  
[CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org)

En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano.

## **Bienvenido a Community Health Choice**

Si usted tiene necesidades especiales, problemas de vista o habla otro idioma, llame de manera gratuita a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. Le enviaremos esta información de forma tal que usted pueda leerla. Si necesita un intérprete que lo ayude a entender este manual, podemos brindarle asistencia de interpretación oral o escrita. Si necesita asistencia con lenguaje de señas, Community ofrece Sign Share.

Si tiene problemas de audición o habla, llámenos a la línea TTY/TDD 7-1-1 o sin cargo al 1.800.735.2989. Si necesita ayudas y servicios auxiliares, como recibir los materiales en formatos alternativos, como letra grande y braille, llame sin cargo a la Oficina de Elegibilidad de HHSC al 1.855.827.3748 o de manera gratuita a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

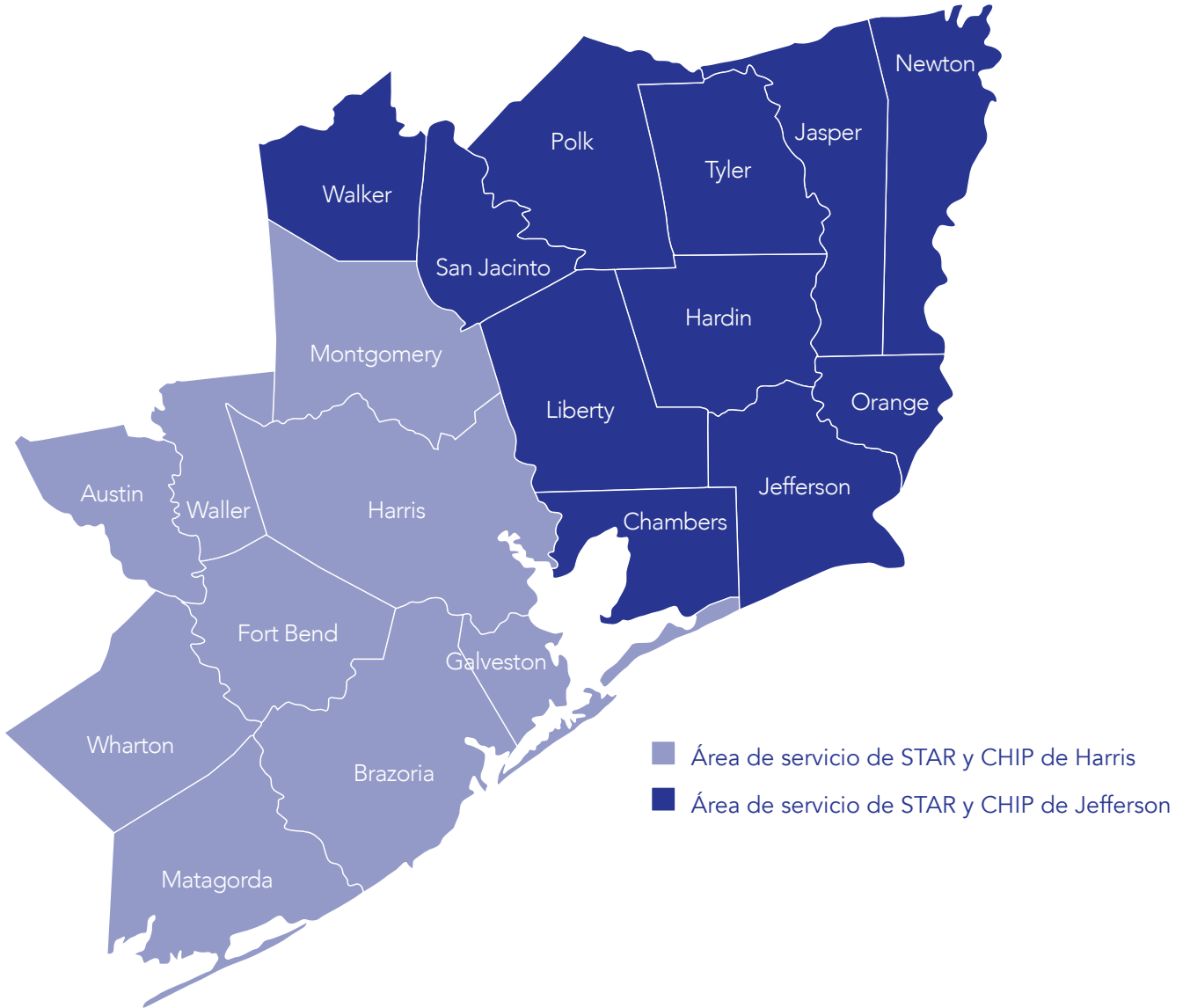
¿Necesita ayuda? Llame de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., excepto días festivos aprobados por el estado. Acceda a su cuenta de Miembro por Internet las 24 horas del día, los siete días de la semana.

### **Cómo leer este manual**

Este manual está dirigido a todos los Miembros de CHIP:

- CHIP Perinatal
- CHIP Perinatal para recién nacidos: inscritos en Community Health Choice
- CHIP

# Mapa del área de servicio



# Índice

<b>Cosas importantes que debe recordar</b>	<b>10</b>
Evaluación de nuevas tecnologías . . . . .	11
Decisiones de Administración de Utilización . . . . .	12
Mejora de la calidad . . . . .	12
Objeciones morales o religiosas . . . . .	12
<b>Cómo funciona Community Health Choice</b>	<b>12</b>
Beneficios de unirse a Community Health Choice . . . . .	12
<b>Tarjeta de identificación (ID) del Miembro</b>	<b>13</b>
Información sobre la tarjeta de identificación (ID) del Miembro de CHIP Perinatal . . . . .	13
Cómo leer la tarjeta de ID del Miembro de CHIP Perinatal . . . . .	13
Cómo leer la tarjeta de identificación del Miembro de CHIP Perinatal . . . . .	13
Cómo utilizar su tarjeta de ID del Miembro de CHIP Perinatal . . . . .	14
Cómo reemplazar la tarjeta de ID del Miembro de CHIP Perinatal . . . . .	14
Información sobre la tarjeta de identificación (ID) del Miembro de CHIP . . . . .	14
Cómo leer la tarjeta de ID del Miembro de CHIP . . . . .	15
Cómo utilizar la tarjeta de ID del Miembro de CHIP . . . . .	15
Cómo reemplazar la tarjeta de ID del Miembro de CHIP . . . . .	15
<b>Proveedores de cuidado primario para los Miembros de CHIP y los Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal</b>	<b>16</b>
¿Qué tengo que llevar a la cita con mi médico o el médico de mi hijo? . . . . .	16
¿Qué es un proveedor Perinatal o un proveedor de cuidado primario? . . . . .	16
¿Cómo puede un Miembro de CHIP o un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal cambiar su proveedor de cuidado primario? . . . . .	16
¿Puede un clínico ser mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo? (Clínica de salud rural [RHC]/Centro de salud con calificación federal [FQHC]) . . . . .	17
¿Quién más puede ser mi proveedor de cuidado primario? . . . . .	17
¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo? . . . . .	17
¿Cuándo será efectivo el cambio de proveedor de cuidado primario? . . . . .	17
¿Existe alguna razón por la cual mi solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario pueda ser rechazada? . . . . .	17
¿Puede un proveedor de cuidado primario cambiarme a mí o a mi hijo a otro proveedor de cuidado primario por incumplimiento? . . . . .	17
¿Qué sucede si elijo ver a otro médico que no sea mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo? . . . . .	18
Información sobre el plan de Incentivos para Médicos . . . . .	18
<b>Proveedores para Miembros de CHIP Perinatal</b>	<b>18</b>
¿Qué tengo que llevar a una cita con un proveedor Perinatal? . . . . .	18
¿Puede un clínico ser un proveedor Perinatal? (Clínica de salud rural/Centro de salud con calificación federal) . . . . .	18
¿Cómo obtengo atención médica fuera de hora? . . . . .	18
<b>Cambio de plan de salud</b>	<b>19</b>
¿Qué debo hacer si quiero cambiar de plan de salud? ¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud? . . . . .	19
¿A quién debo llamar? . . . . .	19
¿Cuándo será efectivo mi cambio de plan? . . . . .	19
¿Puede Community Health Choice solicitar mi baja de su plan de salud por incumplimiento, etc.? . . . . .	19
<b>Inscripción simultánea de Miembros familiares en CHIP y CHIP Perinatal, y cobertura Medicaid para ciertos recién nacidos</b>	<b>20</b>
<b>Beneficios para los Miembros de CHIP y los Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal</b>	<b>20</b>

¿Cuáles son mis beneficios de CHIP? . . . . .	20
¿Cómo obtengo estos servicios para mí o cómo los obtengo para mi hijo? . . . . .	20
¿Hay límites a algún servicio cubierto? ¿Qué beneficios no están cubiertos? . . . . .	20
¿Qué son los copagos? ¿Cuánto cuestan y cuándo debo pagarlos? . . . . .	21
¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal para los recién nacidos? . . . . .	22
¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo? . . . . .	22
¿Qué beneficios recibe mi bebé al nacer? . . . . .	22
¿Qué servicios no están cubiertos? . . . . .	22
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados? . . . . .	22
¿Qué beneficios adicionales obtiene un Miembro de CHIP de Community Health Choice?	
¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mí o cómo los puedo obtener para mi hijo? . . . . .	22
¿Qué beneficios adicionales obtiene un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal de Community Health Choice?	
¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo? . . . . .	23
Programa de administración de casos complejos. . . . .	23
¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal para mi hijo nonato? . . . . .	24
¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo? . . . . .	24
¿Qué servicios no están cubiertos? . . . . .	24
¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados para mi hijo nonato? . . . . .	24
¿Cuánto tengo que pagar por la atención médica de mi hijo nonato con CHIP Perinatal? . . . . .	24
¿Tendré que pagar los servicios que no son beneficios cubiertos? . . . . .	24
¿Qué beneficios adicionales obtiene un Miembro nonato de CHIP Perinatal de Community Health Choice?	
¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo que está por nacer? . . . . .	24
¿Qué clases de educación de la salud ofrece Community Health Choice? . . . . .	25
Programa de administración de casos complejos. . . . .	25

## **Atención médica y otros servicios para los Miembros de CHIP y los Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal**

	<b>26</b>
¿Qué significa "medicamente necesario"? . . . . .	26
¿Qué es la atención médica de rutina? . . . . .	27
¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan a mí o que atiendan a mi hijo? . . . . .	27
¿Qué es el cuidado médico urgente para Miembros de CHIP y Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal? . . . . .	27
¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan a mí o que atiendan a mi hijo? . . . . .	27
¿Qué es el cuidado médico urgente para Miembros de CHIP Perinatal? . . . . .	27
¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan? . . . . .	27
¿Qué es la atención médica de emergencia? . . . . .	27
¿Qué es una emergencia, una afección médica de emergencia y una afección de la salud conductual de emergencia? . . . . .	27
¿Qué son los servicios de emergencia o los cuidados de emergencia? . . . . .	28
¿Qué debería hacer un Miembro de CHIP o un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal en un caso de emergencia? . . . . .	28
¿Están cubiertos los servicios odontológicos de emergencia? . . . . .	28
¿Qué debo hacer si necesito cuidados odontológicos de emergencia o si mi hijo los necesita? . . . . .	29
¿Qué es la post estabilización? . . . . .	29
¿Cómo obtengo atención médica para mí/para mi hijo después de que el consultorio del proveedor de cuidado primario haya cerrado? ¿Cómo obtengo atención médica fuera de hora? . . . . .	29
¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera de la ciudad o de viaje?	
¿Qué debo hacer si es mi hijo el que se enferma? . . . . .	29
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo estamos fuera del estado? . . . . .	29
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo estamos fuera del país? . . . . .	29
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos ver a un médico especial (especialista)? . . . . .	29

¿Qué es una referencia o derivación? .....	30
¿Qué tan pronto puedo esperar que me vea un especialista?	
¿Qué tan pronto puedo esperar que a mi hijo lo vea un especialista? .....	30
¿Qué servicios no necesitan de una referencia? .....	30
¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión? .....	30
¿Cómo obtengo ayuda si mi hijo o yo tenemos problemas de conducta (mentales) o de drogas? .....	30
¿Necesito una referencia para eso? .....	30
¿Cómo obtengo los medicamentos para mi hijo o para mí? .....	31
¿Cómo puedo encontrar una tienda de medicamentos de la red? .....	31
¿Qué sucede si voy a una tienda de medicamentos que no se encuentra en la red? .....	31
¿Qué debo llevar a la tienda de medicamentos? .....	31
¿Qué debo hacer si necesito que me envíen los medicamentos? .....	31
¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos? .....	31
¿Qué debo hacer si no puedo obtener la aprobación de mi receta o la de mi hijo? .....	31
¿Qué debo hacer si pierdo los medicamentos de mi hijo o los míos? .....	31
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos un medicamento de venta libre? .....	31
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos píldoras anticonceptivas? .....	32
¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica para mí o cómo los obtengo para mi hijo? .....	32
¿Qué es la Intervención en la Primera Infancia (ECI)? .....	32
¿Dónde encuentro un proveedor de ECI? .....	32
¿Necesito una referencia para eso? .....	32
¿Cómo obtengo servicios odontológicos para mi hijo? .....	32
¿Puedo recibir servicios de un intérprete cuando hablo con mi médico o el de mi hijo? .....	33
¿A quién debo llamar para solicitar el servicio de un intérprete? .....	33
¿Con cuánto tiempo de anticipación tengo que llamar? .....	33
¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor? .....	33
¿Qué debo hacer si mi hija o yo necesitamos atención obstétrica o ginecológica (OB/GYN)? .....	33
Red de proveedores limitada–OB/GYN .....	33
¿Qué tan pronto el OB/GYN nos puede ver a mi hija o a mí después de contactarlo para programar una cita? .....	33
¿Podemos mi hija o yo quedarnos con nuestro OB/GYN si este no es parte de Community Health Choice? .....	34
¿Qué debo hacer si mi hija o yo estamos embarazadas? .....	34
¿A quién debo llamar? .....	34
¿Qué otros servicios, otras actividades u otra educación ofrece Community Health Choice a las mujeres embarazadas? .....	34
¿A quién debo llamar si mi hijo o yo tenemos necesidades de atención médica especiales y necesito que alguien me ayude? .....	34
¿Qué hago si recibo una factura de mi médico? .....	34
¿A quién debo llamar? .....	34
¿Qué información necesitarán? .....	35
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo nos mudamos? .....	35

**Derechos Y Responsabilidades Del Miembro 35**

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades? .....	35
---	----

**Atención médica y otros servicios para los Miembros de CHIP Perinatal 37**

¿Qué significa “médicamente necesario”? .....	37
¿Qué es la atención médica de rutina? .....	37
¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan? .....	37
¿Qué es la atención médica urgente? .....	37
¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan? .....	38

¿Qué es una emergencia y una afección médica de emergencia? . . . . .	38
¿Qué son los servicios de emergencia o los cuidados de emergencia? . . . . .	38
¿Qué debería hacer un Miembro de CHIP Perinatal en un caso de emergencia? . . . . .	38
¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan? . . . . .	38
¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de cuidado primario está cerrado? . . . . .	38
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo nos enfermamos estando fuera de la ciudad o de viaje? . . . . .	38
¿Qué debo hacer si mi hijo o yo estamos fuera del país? . . . . .	39
¿Qué es una referencia o derivación? . . . . .	39
¿Qué servicios no necesitan de una referencia? . . . . .	39
¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión? . . . . .	39
¿Qué debo hacer si necesito servicios que no están cubiertos por CHIP Perinatal? . . . . .	39
¿Cómo obtengo mis medicamentos? . . . . .	39
¿Cómo puedo encontrar una tienda de medicamentos de la red? . . . . .	39
¿Qué sucede si voy a una tienda de medicamentos que no se encuentra en la red? . . . . .	39
¿Qué debo llevar a la tienda de medicamentos? . . . . .	40
¿Qué debo hacer si necesito que me envíen los medicamentos? . . . . .	40
¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos? . . . . .	40
¿Qué debo hacer si no puedo obtener la aprobación de mi receta o la de mi hijo? . . . . .	40
¿Qué debo hacer si pierdo mis medicamentos? . . . . .	40
¿Qué debo hacer si necesito un medicamento de venta libre? . . . . .	40
¿Puedo recibir servicios de un intérprete cuando hablo con mi proveedor Perinatal? . . . . .	40
¿A quién debo llamar para solicitar el servicio de un intérprete? . . . . .	40
¿Con cuánta antelación tengo que llamar? . . . . .	40
¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor? . . . . .	40
¿Cómo elijo un proveedor Perinatal? . . . . .	40
¿Necesitaré una referencia? . . . . .	41
¿Qué tan pronto me puede ver un proveedor Perinatal después de contactarlo para programar una cita? . . . . .	41
¿Puedo quedarme con mi proveedor Perinatal si este no es parte de Community Health Choice? . . . . .	41
¿Qué hago si recibo una factura de un proveedor Perinatal? . . . . .	41
¿A quién debo llamar? . . . . .	41
¿Qué información necesitarán? . . . . .	41
¿Qué debo hacer si me mudo? . . . . .	41
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades? . . . . .	41
¿Cuándo finaliza la cobertura de CHIP Perinatal? . . . . .	42
¿Me enviará algo el estado cuando finalice mi cobertura de CHIP Perinatal? . . . . .	42
¿Cómo funciona la renovación? . . . . .	43
¿Puedo elegir al proveedor de cuidado primario de mi bebé antes de que nazca? . . . . .	43
¿A quién debo llamar? . . . . .	43
¿Qué información necesitan? . . . . .	43
¿A quién debo llamar si tengo necesidades de atención médica especiales y necesito que alguien me ayude? . . . . .	43
¿Qué debo hacer si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi cuidado médico? . . . . .	43
¿Qué son las directivas avanzadas? . . . . .	43
¿Cómo obtengo una directiva avanzada? . . . . .	43

## **Proceso para presentar quejas**

**44**

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién debo llamar? . . . . .	44
¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una queja? . . . . .	44
¿Cuánto tiempo tomará el proceso de mi queja? . . . . .	44
¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja? . . . . .	44



Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿a quién más puedo contactar? .....	44
¿Tengo derecho a reunirme con un Panel de Apelación de Quejas (CAP)? .....	45
<b>Proceso para apelar una determinación adversa de CHIP</b>	<b>46</b>
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio para mi hijo o para mí que está cubierto, pero que Community Health Choice rechaza o limita? .....	46
¿Cómo sabré si los servicios son rechazados? .....	46
¿Cuáles son los plazos del proceso de apelación estándar? .....	46
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación? .....	46
¿Mi solicitud debe ser presentada por escrito? .....	46
¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una apelación? .....	47
<b>Apelaciones aceleradas de la Organización de Cuidado Administrado (MCO)</b>	<b>47</b>
¿Qué es una apelación acelerada? .....	47
¿Cómo puedo solicitar una apelación acelerada? .....	47
¿Mi solicitud debe ser presentada por escrito? .....	47
¿Cuáles son los plazos para la revisión de una apelación acelerada? .....	47
¿Qué sucede si Community Health Choice rechaza la solicitud de una apelación acelerada? .....	48
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada? .....	48
<b>Proceso de organización de revisión independiente</b>	<b>48</b>
¿Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO)? .....	48
¿Cómo solicito una revisión de una IRO? .....	48
¿Cuándo puedo solicitar una la revisión de una IRO? .....	48
¿Cuáles son los plazos para este proceso? .....	48
¿Cuándo no está disponible una revisión de una IRO? .....	48
<b>Abuso, negligencia y explotación</b>	<b>48</b>
¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación? .....	48
Denuncia de abuso, negligencia y explotación .....	49
Denuncia por teléfono (no para emergencias) de manera gratuita, las 24 horas al día, los siete días de la semana ..	49
Denuncia de manera electrónica (no para emergencias) .....	49
Información útil para presentar una denuncia .....	49
<b>Información de fraude</b>	<b>49</b>
¿Quiere denunciar un malgasto, abuso o fraude de CHIP? .....	49
<b>Aviso de privacidad</b>	<b>50</b>
Nuestra responsabilidad hacia usted respecto de la información protegida sobre la salud .....	50
Cómo Community puede utilizar o divulgar su información protegida sobre la salud sin su autorización. ....	51
Sus derechos de privacidad respecto de la información sobre su salud .....	52
Sus derechos de privacidad respecto de la información sobre su salud .....	54
Leyes federales de privacidad .....	54
Quejas .....	54
Autorización para usar o divulgar información de salud .....	55
Fecha de vigencia .....	55
Información de contacto .....	55
<b>Ley de Texas sobre el tratamiento médico de menores y los asuntos de consentimiento relacionados</b>	<b>55</b>
<b>Terminología de atención médica administrada</b>	<b>56</b>
<b>Asistencia con el Idioma</b>	<b>58</b>
<b>Eventos para Miembros</b>	<b>61</b>

# Información que debe estar anualmente a la disposición de los Miembros de Community Health Choice

## Como Miembro de Community Health Choice, usted puede solicitar y obtener la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red: como mínimo, médicos de cuidado primario, especialistas, y hospitales en nuestra área de servicio. Esta información incluirá nombres, direcciones, números telefónicos e idiomas (aparte del inglés) que habla cada proveedor de la red, además de la identificación de los proveedores que no están aceptando pacientes nuevos.
- Toda limitación a su libertad de elección entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de queja, apelación y Organización de Revisión Independiente (IRO).
- Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa CHIP, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Este está diseñado para garantizar que usted comprenda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios de los proveedores que están fuera de la red o los límites de esos beneficios.
- Cómo puede obtener cobertura fuera de hora y de emergencia, o límites a esos beneficios; esto incluye lo siguiente:
  - Lo que constituye las afecciones médicas de emergencia, los servicios de emergencia y los servicios de post estabilización
  - El que usted no necesite autorización previa de su proveedor de cuidado primario para los servicios de cuidado de emergencia
  - Cómo obtener servicios de emergencia, incluidas las instrucciones sobre cómo utilizar el sistema de telefónico 9-1-1 o su equivalente local
  - La dirección de todo lugar donde los proveedores y los hospitales brinden servicios de emergencia cubiertos por CHIP
  - Una declaración en la que conste que usted tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otras instalaciones para el cuidado de emergencia
  - Las reglas de post estabilización
  - Las políticas sobre las referencias para la atención especializada y para otros beneficios que usted no pueda obtener a través de su proveedor de cuidado primario
  - Las pautas de práctica de Community Health Choice

## Cosas importantes que debe recordar

Estamos a su disposición para ayudarlo a sacar el mayor provecho de su cobertura médica. A continuación, encontrará algunas cosas importantes para recordar:

- Lea este manual. Si tiene alguna pregunta sobre este manual, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.
- Lea, en este manual, sus Derechos y responsabilidades como Miembro del plan.
- Busque un proveedor de cuidado primario en nuestro Directorio en línea de proveedores. Si necesita ayuda para buscar un proveedor, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. Cuando elija a su proveedor, debe llamarnos para que podamos asignarle ese proveedor. También puede crear una cuenta My Member Account en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > Member Login (Inicio de sesión de Miembro) y elegir a su proveedor de cuidado primario.
- Recibirá su tarjeta de identificación de Miembro de Community Health Choice dentro de los 5 a 7 días hábiles

después de que nos haya dicho a quién eligió como su proveedor de cuidado primario. Revise su información en la tarjeta. Si hubiera algún error, contáctenos de inmediato.

- Muestre su tarjeta de identificación de Miembro de Community Health Choice cada vez que vaya al consultorio del médico, a la clínica, al hospital o a la tienda de medicamentos para comprar sus medicamentos con receta.
- Si tiene necesidades de atención médica especiales, ¡podemos ayudarlo! Podemos inscribirlo en uno de nuestros programas de Administración de Cuidados o referirlo a la Administración de Casos para Niños y Embarazadas.
- Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación de Miembro de Community Health Choice.
- Mantenga este manual en un lugar seguro para futuros usos.

Recuerde que estamos aquí para ayudarle. Para obtener asistencia, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

Además de esto, Community Health Choice cree que usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades:

### **Derechos**

1. El derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores, y los derechos y las responsabilidades de los Miembros.
2. Tiene derecho a ser respetado, tratado con dignidad, privacidad, confidencialidad y sin discriminación. Eso incluye el derecho a:
  - a. Ser tratado con justicia y respeto.
  - b. Sepa que sus registros médicos y conversaciones con sus proveedores se mantendrán privadas y confidenciales.
3. El derecho a participar, junto con los profesionales, en las decisiones sobre el cuidado de su salud.
4. El derecho a discutir con sinceridad las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para su condición médica, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
5. El derecho a presentar quejas y apelaciones sobre la organización o el cuidado que proporciona.
6. El derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los Miembros de la organización.
7. Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento y a participar de manera activa en las decisiones del tratamiento. Esto incluye el derecho a:
  - Trabajar como parte del equipo con su Proveedor para decidir qué atención médica es la mejor para usted.
  - Aceptar o rechazar el cuidado recomendado por su Proveedor.
8. Tiene derecho a no ser restringido ni aislado cuando sea trata de la conveniencia de otra persona o para forzarlo hacer algo que no quiere hacer o para castigarlo.

### **Responsabilidades**

1. La responsabilidad de proporcionar la información (en la medida de lo posible) que la organización, sus profesionales y proveedores necesiten para brindar atención médica.
2. La responsabilidad de seguir los planes y las instrucciones de atención médica que usted haya acordado con sus profesionales.
3. La responsabilidad de comprender sus problemas de salud y de participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas, en la medida de lo posible.

Usted tiene derecho a comunicarnos lo que opina sobre los derechos y las responsabilidades que se le brindan. Llame al 1.888.760.2600 y cuéntenos qué piensa.

### **Evaluación de nuevas tecnologías**

Brindamos una atención médica que ha demostrado ser útil y segura. Hacemos revisiones de nuevos tratamientos para el cuidado de la salud. Hacemos revisiones de nuevos procedimientos. La revisión se hace con datos de salud actualizados. Esto se llama "evaluación de nuevas tecnologías". Nosotros decidimos si pagar o no por ellas. La revisión implica que pagamos cuando la seguridad y el valor son claros. Usted puede pedirnos que hagamos revisiones de nuevas tecnologías. Este decidirá qué medicamentos formarán parte de la lista de medicamentos.

## Decisiones de Administración de Utilización

Community sigue ciertas pautas para determinar qué servicios de cuidado de la salud vamos a cubrir. Esto se llama administración de utilización. Sabemos lo importante que es que tomemos las decisiones correctas para su cuidado. Community sigue tres principios para tomar estas decisiones:

1. Nuestras decisiones se basan en que:
  - Los servicios y la atención médica sean apropiados.
  - Sea un beneficio cubierto.
2. No recompensamos a los médicos ni a otras personas por denegar cobertura.
3. No damos incentivos a los médicos ni a otras personas para motivarlos a tomar decisiones que implicarían que usted recibiera menos cuidado del que necesita.
4. Si Community rechaza su solicitud de servicios, usted puede obtener una revisión externa independiente. Una revisión independiente significa que alguien que no es empleado de Community revisará su solicitud de servicios. Esto se denomina Organización de Revisión Independiente (IRO).

## Mejora de la calidad

Nuestro Departamento de Mejora de la Calidad ayuda a Community a brindarle lo mejor en cuidado clínico y servicios médicos. Si desea obtener más información sobre nuestro Programa de Mejora de la Calidad, comuníquese sin cargo con Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

## Objeciones morales o religiosas

Community Health Choice no excluye el acceso a ningún servicio debido a objeciones morales o religiosas.

# Cómo funciona Community Health Choice

Las referencias "usted," "mi" o "yo" se aplican si usted es un Miembro de CHIP. Las referencias "su hijo/mi hijo" se aplican si su hijo es un Miembro de CHIP o un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal

## Beneficios de unirse a Community Health Choice

Contamos con una gran red de médicos, hospitales y otros proveedores de la salud. ¡Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está aquí para ayudarlo! Puede llamar a Servicios para Miembros de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., excepto días festivos aprobados por el estado. Hablamos inglés y español, o podemos conseguirle un intérprete que hable su idioma.

Nuestro personal de Servicios para Miembros puede ayudarle de las siguientes maneras:

- Al responder preguntas sobre los beneficios.
- A elegir a un proveedor Perinatal o un proveedor de cuidado primario (médico).
- A cambiar a su proveedor Perinatal, su proveedor de cuidado primario y al proveedor de cuidado primario de su bebé recién nacido.
- Al enviarle una nueva tarjeta de identificación (ID) de Miembro de CHIP si la suya se pierde o se la roban.
- A obtener una nueva tarjeta de identificación (ID) de Miembro de CHIP Perinatal si su tarjeta de ID o la de su bebé recién nacido se pierde o se la roban.
- A resolver quejas o problemas.
- A responder preguntas de índole farmacéutica.

También puede acceder a su cuenta de Miembro por Internet las 24 horas del día, los siete días de la semana, para realizar las siguientes tareas:

- Verificar su elegibilidad
- Cambiar su dirección, número de teléfono o proveedor de cuidado primario.
- Averiguar si tiene que hacerse un examen.
- Hacernos una pregunta.

## Tarjeta de identificación (ID) del Miembro

### Información sobre la tarjeta de identificación (ID) del Miembro de CHIP Perinatal

Cuando se inscriba en Community, recibirá una tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal para su hijo nonato. Su bebé recién nacido recibirá una tarjeta de ID de Miembro recién nacido de CHIP Perinatal. Lleve consigo en todo momento su tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal o la de su bebé recién nacido. Muestre su tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal a su proveedor Perinatal y al proveedor de cuidado primario o proveedor de atención médica de su bebé recién nacido antes de recibir cuidados médicos. Recibirá su tarjeta de identificación de Miembro entre los 3 y 5 días hábiles a partir de la fecha de su inscripción.

### Cómo leer la tarjeta de ID del Miembro de CHIP Perinatal

 <b>CHIP</b> CHIP Perinate	 COMMUNITY HEALTH CHOICE
Name Member ID Coverage Effective Date	<b>Helpful numbers   Números útiles</b> Member Services 24/7   Servicios para Miembros 24/7   1.888.760.2600 (toll-free   gratis) Talk to a nurse 24/7   Hable con una enfermera 24/7   1.888.332.2730 Behavioral Health 24/7   Servicios para salud mental 24/7   1.877.343.3108
<b>Co-Payment:</b> No co-payment or cost sharing   No hay copagos o reparto de gastos	In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. After treatment, call your Primary Care Provider within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al Proveedor de Cuidado Primario dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.
<b>Covered benefits include</b> prenatal care, labor with delivery and two (2) postpartum visits.   <b>Los beneficios cubiertos incluyen</b> el cuidado prenatal, el parto, y dos (2) visitas postnatales.	<b>Provider Services</b> Eligibility, authorizations, benefits and claims: <a href="http://Provider.CommunityHealthChoice.org">Provider.CommunityHealthChoice.org</a>   713.295.2295 Electronic claims: Payer ID 48145 Hospital claims for labor and delivery: If income is at or below the Medicaid eligibility threshold: Texas Medicaid & Healthcare Partnership Claims, P.O. Box 200555, Austin, TX 78720-0555 If income is above the Medicaid eligibility threshold: Community Health Choice, Inc. P.O. Box 301404 Houston, TX 77230 Professional/Other Services Billing: Community Health Choice, P.O. Box 301404, Houston, TX 77230-1404 Pharmacy: Navitus Health Solutions
 For more information about your plan, log in to your Member Account at / Para más información sobre su plan, ingrese a su cuenta de Miembro en <a href="http://CommunityHealthChoice.org">CommunityHealthChoice.org</a> . TDI	

### Cómo leer la tarjeta de identificación del Miembro de CHIP Perinatal

Verifique la tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal de su hijo nonato para asegurarse de que esté correcta. Debería tener los siguientes datos:

- Su nombre
- Su número de ID de Miembro de CHIP Perinatal
- Información muy importante para sus médicos y proveedores de atención médica sobre el pago

En el reverso de la tarjeta, se indica que llame a su proveedor Perinatal antes de ir por atención médica, salvo en un caso de emergencia. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si el cuidado de emergencia no está relacionado con el trabajo de parto para el nacimiento de su hijo, usted tendrá que solicitar Emergency Medicaid o pagar por los servicios usted misma.

Verifique la tarjeta de ID de Miembro recién nacido de CHIP Perinatal que pertenece a su hijo para asegurarse de que esté correcta. Debería tener los siguientes datos:

- El nombre de su hijo
- El número de ID de Miembro de CHIP Perinatal de su hijo
- El nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor de cuidado primario de su hijo

## Cómo utilizar su tarjeta de ID del Miembro de CHIP Perinatal

Es importante que realice lo siguiente:


- Siempre lleve con usted su tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal, que le fue emitida para su hijo nonato y su bebé recién nacido.
- Siempre tenga lista su tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal cuando llame a Servicios para Miembros.
- Lleve su tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal a todas las citas médicas.
- No deje que otras personas usen sus tarjetas de ID de Miembro de CHIP Perinatal que le fueron emitidas para su hijo nonato y su bebé recién nacido.

## Cómo reemplazar la tarjeta de ID del Miembro de CHIP Perinatal

Llame a Servicios para Miembros si pierde su tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal que le fue emitida para su hijo nonato y su bebé recién nacido. A continuación, encontrará un ejemplo de nuestras tarjetas de ID de Miembro de CHIP Perinatal para su hijo nonato y su bebé recién nacido:

## Información sobre la tarjeta de identificación (ID) del Miembro de CHIP

Cada Miembro afiliado de su familia recibirá su propia tarjeta de ID de Miembro de CHIP. Llévela con usted en todo momento. Muestre su tarjeta de ID de Miembro de CHIP al médico o al proveedor de atención primaria antes de que el Miembro de CHIP reciba cuidados médicos. Recibirá su tarjeta de ID de Miembro dentro de los 3 a 5 hábiles a partir de la fecha de su inscripción.

---

**Name**  
Member ID Assigned Doctor Effective Date  
Assigned Doctor Name  
Assigned Doctor Phone  
Assigned Doctor Address

**Co-Payment:** No co-payment or cost sharing /  
No hay copagos o reparto de gastos

---

**i** For more information about your plan, log in to your Member Account at /  
Para más información sobre su plan, ingrese a su cuenta de Miembro en  
CommunityHealthChoice.org.

TDI

**Helpful numbers | Números útiles**

**Member Services 24/7 | Servicios para Miembros 24/7** **Talk to a nurse 24/7 | Hable con una enfermera 24/7**  
1.888.760.2600 (toll-free | gratis) 1.888.332.2730


**Behavioral Health 24/7 | Servicios para salud mental 24/7**  
1.877.343.3108

In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. After treatment, call your Primary Care Provider within 24 hours or as soon as possible.  
En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al Proveedor de Cuidado Primario dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

---

**Provider Services**

Eligibility, authorizations, benefits and claims:  
Provider: CommunityHealthChoice.org | 713.295.2295  
Send claims to: Community Health Choice, Inc. P.O. Box 301404 Houston, TX 77230  
Electronic claims: Payer ID 48145  
Pharmacy: Navitus Health Solutions  
1.877.908.6023 BIN: 610602 PCN: MCD RXGroup: CHC




---

**Name**  
Member ID PCP Effective Date  
PCP Name  
PCP Phone  
PCP Address

**Co-Payment:** Office Visit      ER      Generic/Brand  
Hospital                      Vision      Specialty

---

**i** For more information about your plan, log in to your Member Account at /  
Para más información sobre su plan, ingrese a su cuenta de Miembro en  
CommunityHealthChoice.org.

TDI

**Helpful numbers | Números útiles**

**Member Services 24/7 | Servicios para Miembros 24/7** **Talk to a nurse 24/7 | Hable con una enfermera 24/7**  
1.888.760.2600 (toll-free | gratis) 1.888.332.2730

**Behavioral Health 24/7 | Servicios para salud mental 24/7**  
1.877.343.3108

In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. After treatment, call your Primary Care Provider within 24 hours or as soon as possible.  
En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al Proveedor de Cuidado Primario dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

---

**Provider Services**

Eligibility, authorizations, benefits and claims:  
Provider: CommunityHealthChoice.org | 713.295.2295  
Send claims to: Community Health Choice, Inc. P.O. Box 301404 Houston, TX 77230  
Electronic claims: Payer ID 48145  
Pharmacy: Navitus Health Solutions  
1.877.908.6023 BIN: 610602 PCN: MCD RXGroup: CHC

## **Cómo leer la tarjeta de ID del Miembro de CHIP**

Verifique la tarjeta de ID de Miembro de CHIP para asegurarse de que esté correcta. Debería tener los siguientes datos:

- El nombre del Miembro de CHIP
- El número de ID de CHIP del Miembro
- El nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor de cuidado primario del Miembro de CHIP

## **Cómo utilizar la tarjeta de ID del Miembro de CHIP**

Es importante que realice lo siguiente:

- Tenga lista la tarjeta de ID de Miembro de CHIP cuando llame a Servicios para Miembros.
- Lleve la tarjeta de ID de Miembro de CHIP a todas las citas médicas.
- No deje que otras personas usen la tarjeta de ID de Miembro de CHIP.

## **Cómo reemplazar la tarjeta de ID del Miembro de CHIP**

Si pierde o extravía la tarjeta de ID de Miembro de CHIP y necesita una nueva, llame a Servicios para Miembros. A continuación, encontrará un ejemplo de nuestra tarjeta de ID de Miembro de CHIP:

# Proveedores de cuidado primario para los Miembros de CHIP y los Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal

Las referencias “usted,” “mi” o “yo” se aplican si usted es un Miembro de CHIP. Las referencias “su hijo/mi hijo” se aplican si su hijo es un Miembro de CHIP o un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal

## ¿Qué tengo que llevar a la cita con mi médico o el médico de mi hijo?

Cuando usted o su hijo vayan a ver al médico, lleve lo siguiente:

- La tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal o de CHIP suya o de su hijo.
- Una lista de problemas que tiene usted o su hijo.
- El registro de sus vacunas o las de su hijo.

SALVO EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME AL PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO DE SU HIJO ANTES DE IR A VERLO POR ATENCIÓN MÉDICA.

## ¿Qué es un proveedor Perinatal o un proveedor de cuidado primario?

El proveedor Perinatal o proveedor de cuidado primario suyo o de su hijo es una parte importante del equipo de atención médica del Miembro. El proveedor Perinatal o proveedor de cuidado primario suyo o de su hijo hará un seguimiento con el especialista o el hospital, o cuando usted o su hijo reciba cuidados de alguien más. Usted o su hijo necesitan ver regularmente al proveedor Perinatal o proveedor de cuidado primario de su hijo para chequeos y cuidados.

El proveedor de cuidado primario suyo o de su hijo debería ser el “hogar médico” para todos los registros médicos del Miembro. El proveedor de cuidado primario debe saber todo acerca de las necesidades de atención médica pasadas y presentes del Miembro. Asegúrese de que el proveedor de cuidado primario tenga todos los registros médicos del Miembro. Si el Miembro de CHIP o CHIP Perinatal es un paciente nuevo, ayude al proveedor de cuidado primario a obtener los registros médicos del Miembro del médico anterior del Miembro. Es probable que tenga que firmar un formulario en el que dé permiso para que se envíen los registros médicos del Miembro al nuevo proveedor de cuidado primario del Miembro de CHIP o CHIP Perinatal.

Puede elegir a cualquier proveedor de cuidado primario de la red de Community Health Choice para que sea su médico. Debería elegir a un proveedor de cuidado primario dentro de una zona de consultorios o del horario de atención que le convenga a usted. Si le gusta el proveedor de cuidado primario que lo atiende ahora, puede continuar viéndolo si este se encuentra en el directorio.

Una vez que elija a su proveedor de cuidado primario, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. Le asignaremos como médico principal al proveedor de cuidado primario que usted haya seleccionado.

Para obtener un directorio actual, vaya a [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org) > Find a Doctor (Encuentre a un médico) > Medicaid/CHIP > Find a Provider (Encuentre a un proveedor) > Enter your information (Ingrese su información) > Search (Buscar). Puede encontrar a un médico por la especialidad del proveedor, por el nombre del proveedor o por el condado del proveedor.

Es importante que llegue a conocer a su proveedor de cuidado primario y que este, a su vez, lo llegue a conocer a usted. No es bueno esperar hasta que esté enfermo para elegir y conocer a su proveedor de cuidado primario.

Podemos ayudarlo a programar su primer chequeo y a conseguir un medio de transporte hacia el consultorio de su médico. Llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

## ¿Cómo puede un Miembro de CHIP o un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal cambiar su proveedor de cuidado primario?

Llame a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600. También puede cambiarlo en línea si ingresa a [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Cuando cambie el proveedor de cuidado primario del Miembro, le enviaremos a este una nueva tarjeta de ID de Miembro de CHIP o CHIP Perinatal de Community Health Choice. Esta tendrá el nombre, la dirección y el número de teléfono del nuevo proveedor de cuidado primario.



## **¿Puede un clínico ser mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo? (Clínica de salud rural [RHC]/Centro de salud con calificación federal [FQHC])**

Sí. Una RHC o un FQHC puede ser su proveedor de cuidado primario.

Una RHC brinda servicios de atención médica en áreas rurales con escaso acceso a los servicios de salud. Un FQHC brinda servicios de atención médica en áreas rurales y urbanas con escaso acceso a los servicios de salud.

## **¿Quién más puede ser mi proveedor de cuidado primario?**

Usted puede elegir a los siguientes proveedores:

- Pediatras (para niños y adolescentes)
- Médicos familiares
- Médicos de práctica general
- Médicos de medicina interna
- Enfermeros especializados avanzados (APN)

## **¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?**

No existe un límite de cantidad de veces que puede cambiar a su proveedor de cuidado primario o al de su hijo. Para cambiar de proveedor de cuidado primario, puede llamarnos sin cargo al 1.888.760.2600 o escribirnos a la siguiente dirección:

**Community Health Choice, Inc.**  
**Attention: Servicios para Miembros**  
**2636 South Loop West, Suite 125**  
**Houston, TX 77054 [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org)**

## **¿Cuándo será efectivo el cambio de proveedor de cuidado primario?**

Cuando nos llame para cambiar a su proveedor de cuidado primario, haremos el cambio en nuestro sistema informático, mientras usted está al teléfono. La fecha de vigencia del cambio será el primer día del mes siguiente. También le enviaremos de inmediato una nueva tarjeta de ID de Miembro.

## **¿Existe alguna razón por la cual mi solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario pueda ser rechazada?**

A continuación, encontrará las razones por las cuales su solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario pueda ser rechazada:

- El proveedor de cuidado primario que usted eligió no está atendiendo a nuevos pacientes.
- El proveedor de cuidado primario que usted eligió no se encuentra en nuestra red.

Vaya a [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org) o a su directorio de proveedores para encontrar a otro proveedor de cuidado primario. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener asistencia.

## **¿Puede un proveedor de cuidado primario cambiarme a mí o a mi hijo a otro proveedor de cuidado primario por incumplimiento?**

Sí, por las siguientes razones:

- Usted no cumple las responsabilidades del Miembro enunciadas en este manual para Miembros.
- Usted no sigue las recomendaciones de atención médica del proveedor de cuidado primario.
- El Miembro de Chip falta a tres citas en seis meses, y usted no avisa antes al proveedor de cuidado primario.
- Si usted es grosero, ofensivo o no coopera con el personal del consultorio ni con el proveedor de cuidado primario del Miembro de CHIP.
- El proveedor de cuidado primario del Miembro de CHIP ya no acepta pacientes de CHIP.

Nuestros Servicios para Miembros lo llamarán y le ayudarán a conseguir un nuevo proveedor de cuidado primario para usted o su hijo.

## **¿Qué sucede si elijo ver a otro médico que no sea mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?**

Salvo en casos de emergencia, siempre llame al proveedor de cuidado primario suyo o de su hijo antes de ver a otro médico o ir al hospital. Puede llamar al proveedor de cuidado primario o al médico de reemplazo que lo atiende a usted o a su hijo las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si usted o su hijo ven a otro médico que no sea el proveedor de cuidado primario, es probable que tenga que pagar la factura mientras esté allí o que tenga que firmar un formulario en el que conste que usted pagará la factura.

## **¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo haya cerrado?**

Llame al consultorio de su proveedor de cuidado primario o al de su hijo. Puede contactar a su proveedor de cuidado primario o al de su hijo o a un médico de reemplazo las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede llamar a nuestra línea de Asesoramiento Médico las 24 horas al 1.888.332.2730. Nuestros enfermeros pueden ayudar a que su hijo o usted obtengan la correcta atención médica. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

## **Información sobre el plan de Incentivos para Médicos**

Community Health Choice no puede realizar pagos bajo el plan de incentivos para médicos si los pagos están pensados para persuadir a los proveedores de que reduzcan o limiten los servicios médicamente necesarios cubiertos para los Miembros. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de cuidado primario (médico principal) es parte de este plan de incentivos para médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona el plan. Para conocer más sobre esto, llame al 1.888.760.2600.

# **Proveedores para Miembros de CHIP Perinatal**

## **¿Qué tengo que llevar a una cita con un proveedor Perinatal?**

Lleve lo que se indica a continuación:

- Su tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal
- Una lista de los problemas que tiene
- Una lista de todas las medicinas o medicamentos herbolarios que está tomando

## **¿Puede un clínico ser un proveedor Perinatal? (Clínica de salud rural/Centro de salud con calificación federal)**

Sí. Una RHC o un FQHC puede ser su proveedor Perinatal.

Una RHC brinda servicios de atención médica en áreas rurales con escaso acceso a los servicios de salud. Un FQHC brinda servicios de atención médica en áreas rurales y urbanas con escaso acceso a los servicios de salud.

## **¿Cómo obtengo atención médica fuera de hora?**

Llame al consultorio de su proveedor de cuidado primario. Puede llamar a su proveedor de cuidado primario o un médico de reemplazo las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede llamar a nuestra línea de Asesoramiento Médico las 24 horas al 1.888.332.2730. Nuestros enfermeros pueden ayudarlo a que obtenga la correcta atención médica. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

# Cambio de plan de salud

## ¿Qué debo hacer si quiero cambiar de plan de salud? ¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

### Para los Miembros de CHIP

Usted tiene permitido cambiar de plan de salud:

- por cualquier razón dentro de los 90 días de la inscripción en CHIP y a partir de ella;
- por un motivo justificado en cualquier momento;
- si el cliente se muda a un área de prestación de servicios diferente; y
- durante el período anual de reinscripción de CHIP.

## ¿A quién debo llamar?

Para más información, llame sin cargo a la línea de ayuda de CHIP al 1.800.964.2777.

### Para Miembros de CHIP Perinatal

Puede solicitar el cambio de plan de salud:

- por cualquier razón dentro de los 120 días de la inscripción en CHIP Perinatal;
- si el Miembro se muda a un área de prestación de servicios diferente; y
- por un motivo justificado en cualquier momento.

**Atención: Si usted cumple ciertos requisitos de ingresos, su bebé será cambiado a Medicaid y recibirá 12 meses de cobertura continua de Medicaid desde la fecha de nacimiento.**

Su bebé seguirá recibiendo servicios a través del programa CHIP si usted cumple con los requisitos de CHIP Perinatal. Su bebé recibirá 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal a través de su plan de salud, comenzando con el mes de inscripción como bebé nonato.

Una vez que elija un plan de salud para su bebé nonato, el niño debe permanecer en este plan de salud hasta que finalice su cobertura de CHIP Perinatal. La cobertura de 12 meses de CHIP Perinatal comienza cuando se inscribe a su bebé nonato en CHIP Perinatal y continúa después de su nacimiento.

Si usted vive en un área con más de un plan de salud de CHIP y no elige un plan dentro de los 15 días de obtener el paquete de inscripción, HHSC elegirá un plan de salud para su bebé nonato y le enviará información sobre este. Si HHSC elige un plan de salud para su bebé nonato, usted tendrá 120 días para elegir otro plan si no está conforme con el que HHSC elige.

Si tiene hijos cubiertos por CHIP, sus planes de salud podrían cambiar una vez que reciba la aprobación de la cobertura de CHIP Perinatal. Cuando se aprueba a un Miembro de la familia para recibir la cobertura de CHIP Perinatal y el Miembro elige un plan de salud Perinatal, todos los niños de la familia inscritos en CHIP deben unirse al plan de salud que brinda los servicios de CHIP Perinatal. Los niños deben permanecer con el mismo plan hasta que finalice el período de inscripción del Miembro de CHIP Perinatal, o hasta que finalice el período de inscripción de los otros niños, lo que suceda último. En ese momento, puede elegir un plan de salud diferente para los niños.

## ¿Cuándo será efectivo mi cambio de plan?

Si llama para cambiar su plan de salud el 15.º día del mes o antes, el cambio se producirá el primer día del mes siguiente. Si llama después del 15.º día del mes, el cambio se llevará cabo el primer día del segundo mes después del llamado. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes, su cambio se producirá el 1.º de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, su cambio se producirá el 1.º de junio.

## ¿Puede Community Health Choice solicitar mi baja de su plan de salud por incumplimiento, etc.?

Sí. Podemos solicitar que sea desafiado en los siguientes casos:

- Si se muda fuera de nuestra área de servicios
- Si ingresa a un hospicio o a un centro de cuidados a largo plazo
- Si no reúne los requisitos para la cobertura de Medicaid
- Si se inscribe en otro plan

También podríamos solicitar que HHSC finalice su membresía después de avisarle, en los siguientes casos:

- Si usted falta a tres citas seguidas en seis meses
- Si no cumple con nuestras políticas y nuestros procedimientos
- Si permite que se utilice incorrectamente su tarjeta de ID de Miembro
- Si es alborotador, ofensivo o no coopera con nuestro personal o nuestros médicos u otros proveedores

## Inscripción simultánea de Miembros familiares en CHIP y CHIP Perinatal, y cobertura Medicaid para ciertos recién nacidos

Si recibe beneficios de CHIP Perinatal y tiene otros hijos inscritos en el programa CHIP, estos serán cambiados a Community Health Choice. Los copagos, el costo compartido y la cuota de inscripción aún aplican para aquellos niños inscritos en el programa CHIP. Los copagos no aplican a los beneficios de CHIP Perinatal.

Un niño nonato que recibe beneficios de CHIP Perinatal será cambiado a Medicaid para 12 meses de cobertura continua de Medicaid; y comenzará en la fecha de nacimiento si el niño vive en una familia con ingresos al nivel del umbral de elegibilidad de Medicaid o por debajo de este.

Un niño nonato seguirá teniendo cobertura a través del programa CHIP como "recién nacido de CHIP Perinatal" después del nacimiento si nace en una familia con ingresos por encima del umbral de elegibilidad de Medicaid.

## Beneficios para los Miembros de CHIP y los Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal

Las referencias "usted," "mi" o "yo" se aplican si usted es un Miembro de CHIP. Las referencias "su hijo/mi hijo" se aplican si su hijo es un Miembro de CHIP o un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal.

### ¿Cuáles son mis beneficios de CHIP?

Consulte el libro "Evidencia de los beneficios de cobertura de CHIP" que vino con su manual. Explica qué beneficios no están cubiertos.

### ¿Cómo obtengo estos servicios para mí o cómo los obtengo para mi hijo?

Consulte en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > Find a Doctor (encuentre a un médico), para buscar un proveedor en su área que le brinde estos servicios.

### ¿Hay límites a algún servicio cubierto? ¿Qué beneficios no están cubiertos?

Consulte el libro "Evidencia de los beneficios de cobertura de CHIP" que vino con su manual. Este explica cuáles son los límites a sus beneficios y qué beneficios no están cubiertos.

## ¿Qué son los copagos? ¿Cuánto cuestan y cuándo debo pagarlos?

Los copagos son la cantidad de dinero que un Miembro de CHIP tiene que pagar para obtener ciertos servicios de cuidado de la salud. Los copagos por servicios médicos o por medicamentos recetados se pagan al proveedor de cuidado de la salud en el momento en que se recibe el servicio. Su tarjeta de identificación de Miembro de CHIP indica los copagos que se aplican.

Los Miembros de CHIP que son nativos de Alaska o indios americanos están exentos de toda obligación de costo compartido, incluidos los copagos y las cuotas de inscripción. Si usted es un nativo de Alaska o indio americano y su tarjeta de ID indica un requisito de copago, llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600 para que lo corriamos.

Todos los Miembros de CHIP están exentos de los copagos en los beneficios de chequeos del bebé y niño sanos, servicios preventivos o asistencia relacionada al embarazo.

Muestre la tarjeta de identificación cuando usted o su hijo visiten un consultorio o una sala de emergencias, o para obtener una receta.

<b>COSTOS COMPARTIDOS DE CHIP*</b>	
	A partir del 1.º de enero de 2014
Cuotas de inscripción (por un período de inscripción de 12 meses)	
	<b>Cargo</b>
A un Nivel Federal de Pobreza (FPL) de 151 % o menor	\$0
Sobre el 151% hasta el 186% inclusive del FPL	\$35
Sobre el 186% hasta el 201% inclusive del FPL	\$50
<b>Copagos (por visita):</b>	
<b>A un FPL de 151 % o menor</b>	<b>Cargo</b>
Visita al consultorio (no preventiva)	\$5
ER que no son emergencias	\$5
Medicamento genérico	\$0
Medicamento de marca	\$5
Copago del centro, paciente hospitalizado (por admisión)	\$35
Límite de costos compartidos	5 % (del ingreso de la familia)**
<b>Sobre el 151 % hasta el 186 % inclusive del FPL</b>	<b>Cargo</b>
Visita al consultorio (no preventiva)	\$20
ER que no son emergencias	\$75
Medicamento genérico	\$10
Medicamento de marca	\$35
Copago del centro, paciente hospitalizado (por admisión)	\$75
Límite de costos compartidos	5 % (del ingreso de la familia)**
<b>Sobre el 186% hasta el 201% inclusive del FPL</b>	<b>Cargo</b>
Visita al consultorio (no preventiva)	\$25
ER que no son emergencias	\$75
Medicamento genérico	\$10
Medicamento de marca	\$35

\*Efectivos a partir de octubre 2017    Vigente a partir de abril 2020

## ¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal para los recién nacidos?

Consulte el libro "Evidencia de los beneficios de cobertura para los recién nacidos de CHIP Perinatal" que vino con su manual. Explica qué beneficios están cubiertos. También explica cuáles son los límites a los beneficios cubiertos.

## ¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

Consulte en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > Find a Doctor (encuentre a un médico), para buscar un proveedor en su área que le brinde estos servicios.

## ¿Qué beneficios recibe mi bebé al nacer?

Dependiendo de los ingresos de su familia, la primera internación de su bebé recién nacido puede o no ser un beneficio cubierto por CHIP Perinatal. Una vez que su bebé recién nacido reciba el alta de la admisión hospitalaria inicial, su bebé recibirá los beneficios de CHIP o de Medicaid completos.

## ¿Qué servicios no están cubiertos?

Consulte el libro "Evidencia de los beneficios de cobertura para los recién nacidos del programa CHIP Perinatal" que vino con su manual. Explica qué beneficios no están cubiertos.

## ¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Puede recibir recetas medicamente necesarias prescritas por su médico o especialista. Estas recetas deben ser parte del formulario de medicamentos de proveedor de CHIP de Texas. Algunas recetas requieren autorización previa.

## ¿Qué beneficios adicionales obtiene un Miembro de CHIP de Community Health Choice?

### ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mí o cómo los puedo obtener para mi hijo?

Los servicios de valor añadido estarán en vigencia desde el 1.º de septiembre de 2020 hasta el 31 de agosto de 2021. Pueden aplicarse limitaciones. Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

### Línea directa de asesoramiento durante las 24 horas

Línea de ayuda de enfermería para todos los Miembros las 24 horas del día, para ayudarles a decidir dónde obtener la atención médica que necesitan. El personal de enfermería también brinda educación para la salud, seguimiento iniciado por enfermeras y referencias dentro de la red.

### Servicios de transporte

Ayuda en la obtención de transporte para visitar al médico.

### Servicios adicionales para la vista

Los Miembros elegibles pueden decidir cancelar el beneficio de artículos estándar para la visión y aplicar \$100 a la compra de gafas no estándar O lentes de contacto, incluidos los lentes descartables y los aranceles de pruebas de lentes de contacto cada doce (12) meses, donde el período de beneficio se calcula desde la fecha del servicio. Esta es la asignación total para artículos para la visión que se puede aplicar a la elección del Miembro de marcos para gafas/lentes/opciones de lentes o lentes de contacto en lugar de gafas (cuando se seleccionan lentes de contacto, la asignación se aplica al costo minorista del proveedor participante de los lentes de contacto y los servicios profesionales específicos del uso de los lentes de contacto, por ej., las pruebas, evaluaciones y seguimiento). Las gafas deben tener una receta de al menos + 0.50 dioptrías en, al menos, un ojo para ser elegibles para la cobertura. Los Miembros que decidan comprar artículos para la visión con un valor minorista superior a la asignación de \$100 serán financieramente responsables de pagar la diferencia entre el costo usual y habitual (precio minorista) del artículo seleccionado y dicha asignación.

### Exámenes físicos para deportes y la escuela

Uno por año para Miembros de 4 a 19 años

### Administración de enfermedades

Materiales educativos sobre el asma y una funda de almohada hipoalérgica cada año para Miembros inscritos en nuestro Programa de Administración de Cuidado del Asma. El Miembro recibe una funda por año, según el momento en que haya recibido la funda anterior.

### Ayuda para Miembros con asma

Materiales educativos sobre el asma y una funda de almohada hipoalérgica cada año para Miembros inscritos en nuestro

Programa de Administración de Cuidado del Asma. El Miembro recibe una funda por año, según el momento en que haya recibido la funda anterior.

### **Servicios de salud y bienestar**

Asignación de hasta \$100 para una membresía anual en Baker Ripley, en el área de servicio de Harris.

### **Programas de juegos y ejercicios saludables**

Tarjeta de regalo de \$30 por año para Miembros en edad escolar hasta el grado 12, que participen en un programa deportivo (atlético) extracurricular patrocinado por la escuela, para pagar el costo del programa, los suministros o los uniformes.

### **Programas de juegos y ejercicios saludables**

Tarjeta de regalo de \$30 por año para Miembros en edad escolar hasta el grado 12, que participen en un programa deportivo (atlético) extracurricular patrocinado por la escuela, para pagar el costo del programa, los suministros o los uniformes.

### **Programas de juegos y ejercicios saludables**

Tarjeta de regalo de \$40 por año para Miembros hasta el grado 12 que participen en una liga deportiva juvenil (independientemente de las actividades extracurriculares patrocinadas por la escuela).

### **Programas de juegos y ejercicios saludables**

Los Miembros de entre 6 y 17 años que viven en el área de servicio de Harris pueden unirse sin cargo a una ubicación participante del Club de Niños y Niñas en el área metropolitana de Houston.

## **¿Qué beneficios adicionales obtiene un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal de Community Health Choice? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo?**

Los servicios de valor añadido estarán en vigencia desde el 1.º de septiembre de 2020 hasta el 31 de agosto de 2021. Pueden aplicarse limitaciones. Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.

### **Línea directa de asesoramiento durante las 24 horas**

Línea de ayuda de enfermería para todos los Miembros las 24 horas del día, para ayudarles a decidir dónde obtener la atención médica que necesitan. El personal de enfermería también brinda educación para la salud, seguimiento iniciado por enfermeras y referencias dentro de la red.

### **Servicios de transporte**

Ayuda adicional para obtener servicio de transporte a citas médicas (cuando los servicios estatales no estén disponibles).

### **Administración de enfermedades**

Materiales educativos para los Miembros inscritos en nuestros Programas de Administración de Cuidado del Asma y la Diabetes, o nuestros Programas de Administración de Casos de Salud Conductual

## **Programa de administración de casos complejos**

El Programa de Administración de Casos Complejos de Community ayuda a coordinar el cuidado para los Miembros que tienen afecciones complejas. Nuestros administradores de casos complejos ayudan a nuestros Miembros con la atención médica y otros servicios de la comunidad, según sea necesario.

Estos servicios y el Programa de Administración de Casos Complejos son gratuitos para todos los Miembros, y toda la información obtenida es confidencial. Nuestros administradores de casos complejos hablarán con usted para evaluar sus necesidades de atención médica, además de sus determinantes sociales de salud.

Las áreas de asistencia abarcan las siguientes:

- Educación sobre su afección
- Ayuda para conseguir equipos y suministros médicos
- Desarrollo de un plan con usted y su proveedor de cuidado primario para satisfacer sus necesidades médicas

Ayuda para encontrar recursos comunitarios, como transporte, vivienda, alimentos, cuidado infantil y servicios de cuidado personal.

Puede comunicarse con un administrador de casos complejos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., llamando a Community Health Choice al 832.242.2273.

## **Programa de Administración de Cuidado**

Nuestro Programa de Administración de Cuidado lo ayuda a administrar sus necesidades de atención médica. Nos centramos en el asma, la diabetes, la insuficiencia cardíaca, el embarazo de alto riesgo, y en los Miembros con afecciones complejas.

Lo contactaremos en los siguientes casos:

- Si cumple con los criterios de alguno de los programas que ofrecemos en Community Health Choice
- Si corre el riesgo de tener a su bebé antes de tiempo

Lo ayudaremos en lo siguiente:

- A obtener cuidados después del nacimiento de su bebé
- A administrar sus necesidades de atención médica
- A coordinar su cuidado

Llame a nuestro Departamento de Administración de Cuidado al 832.CHC.CARE (832.242.2273), o sin cargo al 1.844.297.4450.

¡Tome el control de su salud! Para saber si tiene algún problema de salud potencial, haga nuestra Evaluación de Riesgos para la Salud en línea. Ingrese a [CommunityHealthChoice.org](https://CommunityHealthChoice.org) > Members (Miembros). Nosotros analizaremos los resultados y, si vemos que existen posibles problemas, nos pondremos en contacto con usted. Comparta los resultados con su médico.

## **¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal para mi hijo nonato?**

Consulte el libro "Evidencia de los beneficios de cobertura para los niños nonatos del programa CHIP Perinatal" que vino con su manual para sus beneficios cubiertos. Explica qué beneficios están cubiertos. Explica cuáles son los límites a los beneficios cubiertos. También explica qué beneficios no están cubiertos.

## **¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?**

Su OB/GYN le brindará estos servicios. Busque en nuestro servicio de búsqueda de proveedores en [CommunityHealthChoice.org](https://CommunityHealthChoice.org) o consulte el directorio de proveedores para encontrar un proveedor en su área.

## **¿Qué servicios no están cubiertos?**

Consulte el libro "Evidencia de los beneficios de cobertura para los niños nonatos del programa CHIP Perinatal" que vino con su manual. Explica qué beneficios no están cubiertos.

## **¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados para mi hijo nonato?**

Puede recibir recetas medicamente necesarias prescritas por su médico o especialista. Estas recetas deben ser parte del formulario de medicamentos de proveedor de CHIP de Texas. Algunas recetas requieren autorización previa.

## **¿Cuánto tengo que pagar por la atención médica de mi hijo nonato con CHIP Perinatal?**

Todos los Miembros de CHIP Perinatal están exentos de los copagos y los costos compartidos por beneficios de servicios preventivos o asistencia relacionada con el embarazo.

Muestre su tarjeta de ID cuando vaya a una visita a un consultorio, a la sala de emergencias o a comprar medicamentos con receta.

## **¿Tendré que pagar los servicios que no son beneficios cubiertos?**

Sí. CHIP paga los beneficios cubiertos bajo el programa. Si recibe beneficios que no están cubiertos, es probable que tenga que pagarlos.

## **¿Qué beneficios adicionales obtiene un Miembro nonato de CHIP Perinatal de Community Health Choice? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo que está por nacer?**

Los servicios de valor añadido estarán en vigencia desde el 1.º de septiembre de 2020 hasta el 31 de agosto de 2021. Pueden aplicarse limitaciones. Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600.



### **Línea directa de asesoramiento durante las 24 horas**

Línea de ayuda de enfermería para todos los Miembros las 24 horas del día, para ayudarles a decidir dónde obtener la atención médica que necesitan. El personal de enfermería también brinda educación para la salud, seguimiento iniciado por enfermeras y referencias dentro de la red.

### **Servicios de transporte**

Ayuda adicional para obtener servicio de transporte a citas médicas (cuando los servicios estatales no están disponibles).

### **Administración de enfermedades**

Materiales educativos para los Miembros inscritos en nuestros Programas de Administración de Cuidado del Asma y la Diabetes, o nuestros Programas de Administración de Casos de Salud Conductual.

### **Servicios de salud y bienestar**

Asignación de hasta \$100 para una membresía anual en Baker Ripley, en el área de servicio de Harris.

## **¿Qué clases de educación de la salud ofrece Community Health Choice?**

El objetivo de nuestro Programa de educación de la salud es ayudar a nuestros Miembros a que aprendan a mantenerse sanos. Nuestro Programa de educación de la salud ofrece ferias de salud y exámenes de bienestar.

### **Programa de Administración de Cuidado**

Nuestro Programa de Administración de Cuidado lo ayuda a administrar sus necesidades de atención médica. Nos centramos en el asma, la diabetes, la insuficiencia cardíaca, el embarazo de alto riesgo, y en los Miembros con afecciones complejas.

Lo contactaremos en los siguientes casos:

- Si cumple con los criterios de alguno de los programas que ofrecemos en Community Health Choice
- Si corre el riesgo de tener a su bebé antes de tiempo

Lo ayudaremos en lo siguiente:

- A obtener cuidados después del nacimiento de su bebé
- A administrar sus necesidades de atención médica
- A coordinar su cuidado

Llame a nuestro Departamento de Administración de Cuidado al 832.CHC.CARE (832.242.2273), o sin cargo al 1.844.297.4450.

¡Tome el control de su salud! Para saber si tiene algún problema de salud potencial, haga nuestra Evaluación de Riesgos para la Salud en línea. Ingrese a [CommunityHealthChoice.org](https://CommunityHealthChoice.org) > Member Resources (Recursos del Miembro).

Nosotros analizaremos los resultados y, si vemos que existen posibles problemas, nos pondremos en contacto con usted. Comparta los resultados con su médico.

### **Programa de administración de casos complejos**

El Programa de Administración de Casos Complejos de Community ayuda a coordinar el cuidado para los Miembros que tienen afecciones complejas. Nuestros administradores de casos complejos ayudan a nuestros Miembros con la atención médica y otros servicios de la comunidad, según sea necesario.

Estos servicios y el Programa de Administración de Casos Complejos son gratuitos para todos los Miembros, y toda la información obtenida es confidencial. Nuestros administradores de casos complejos hablarán con usted para evaluar sus necesidades de atención médica, además de sus determinantes sociales de salud.

Las áreas de asistencia abarcan las siguientes:

- Educación sobre su afección
- Ayuda para conseguir equipos y suministros médicos
- Desarrollo de un plan con usted y su proveedor de cuidado primario para satisfacer sus necesidades médicas
- Ayuda para encontrar recursos comunitarios, como transporte, vivienda, alimentos, cuidado infantil y servicios de cuidado personal

Puede comunicarse con un administrador de casos complejos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., llamando a Community Health Choice al 832.242. 2273.

## Atención médica y otros servicios para los Miembros de CHIP y los Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal

Las referencias “usted,” “mi” o “yo” se aplican si usted es un Miembro de CHIP. Las referencias “mi hijo” o “mi hija” se aplican si sus hijos son Miembros de CHIP o Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal.

### ¿Qué significa “**médicamente necesario**”?

#### **PARA MIEMBROS DE CHIP Y CHIP PERINATAL**

Los servicios cubiertos para los Miembros de CHIP, los Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal y los Miembros de CHIP Perinatal deben reunir los requisitos de la definición “médicamente necesario”. Un Miembro de CHIP Perinatal es un niño nonato.

Médicamente necesario tiene el siguiente significado:

1. Los servicios médicos con las siguientes características:
  - a. son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas o para proporcionar revisiones, intervenciones o tratamientos tempranos para afecciones que causen sufrimiento o dolor; ocasionen deformidades físicas o limitaciones en las funciones del cuerpo; amenacen con ocasionar o empeorar una discapacidad; causen enfermedades o debilidades a un Miembro o pongan en peligro la vida;
  - b. son brindados en centros adecuados y en niveles de atención adecuados para el tratamiento de las afecciones de la salud de un Miembro;
  - c. son servicios conformes a las normas y las pautas de práctica de la atención médica que están respaldadas por agencias gubernamentales u organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente;
  - d. son servicios acordes con los diagnósticos del Miembro;
  - e. no son más invasivos o restrictivos de lo necesario para proporcionar un equilibrio apropiado de seguridad, efectividad y eficiencia;
  - f. no son experimentales ni investigativos; y
  - g. no son, principalmente, para la conveniencia del Miembro ni del proveedor; y
2. Los servicios de salud conductual que tienen las siguientes características:
  - a. son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de la salud mental o de dependencia química; o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento que se deriva de dicho trastorno;
  - b. son servicios conformes a las normas y pautas clínicas aceptadas profesionalmente de práctica en el cuidado de la salud conductual;
  - c. son brindados en los entornos menos restrictivos y más adecuados en los que los servicios se pueden brindar con seguridad;
  - d. son el nivel o suministro de servicios más adecuado que se pueden brindar con seguridad;
  - e. no podrían omitirse sin causar efectos adversos en la salud física o mental del Miembro, o en la calidad del cuidado prestado;
  - f. no son experimentales ni investigativos; y
  - g. no son, principalmente, para la conveniencia del Miembro ni del proveedor.

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

La atención médica de rutina es cuando usted visita a su proveedor Perinatal de CHIP para asegurarse de que su hijo nonato goce de buena salud. La atención médica de rutina incluye cuidados de seguimiento y chequeos prenatales regulares.

La atención médica de rutina también es cuando el Miembro de CHIP visita a su proveedor de cuidado primario para asegurarse de que goza de buena salud. La atención médica de rutina incluye chequeos del niño sano, inmunizaciones, tratamiento de enfermedades y cuidado de seguimiento.

## **¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan a mí o que atiendan a mi hijo?**

Usted o su hijo podrán ver al proveedor Perinatal o al proveedor de cuidado primario dentro de las dos semanas de su llamada al proveedor.

## **¿Qué es el cuidado médico urgente para Miembros de CHIP y Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal?**

Un problema urgente ocurre cuando usted o su hijo están enfermos o heridos y necesitan ser tratados de inmediato para no empeorar. Si su problema es urgente (pero no es una emergencia), vaya a ver a su proveedor Perinatal de CHIP o a su proveedor de cuidado primario.

## **¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan a mí o que atiendan a mi hijo?**

Si usted o su hijo tienen un problema urgente, incluida la atención especializada de urgencia, deben esperar ser atendidos dentro de las 24 horas. Llame primero al proveedor de cuidado primario si usted o su hijo tienen alguno de los siguientes problemas:

- Renovaciones de recetas de medicamentos
- Fiebre
- Dolor de oídos
- Dolor de muelas o dentición del bebé
- Erupción
- Resfríos, tos, dolor de garganta, gripe o problemas sinusales
- Quemaduras menores del sol
- Dolor de espalda crónico
- Dolor de cabeza leve
- Yeso roto
- Puntos de sutura que tienen que ser quitados

## **¿Qué es el cuidado médico urgente para Miembros de CHIP Perinatal?**

Un problema urgente ocurre cuando usted necesita tratamiento de inmediato para su hijo nonato. Si su problema es urgente, pero no es una emergencia, vea a su proveedor Perinatal de CHIP.

## **¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?**

Si tiene un problema urgente debe esperar ser atendido dentro de las 24 horas. Llame primero a su proveedor Perinatal de CHIP si tiene un problema con su hijo nonato.

## **¿Qué es la atención médica de emergencia?**

### **PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL**

## **¿Qué es una emergencia, una afección médica de emergencia y una afección de la salud conductual de emergencia?**

El cuidado de emergencia es un servicio cubierto. El cuidado de emergencia se brinda para las afecciones médicas de

emergencia y las afecciones de la salud conductual de emergencia. La "afección médica de emergencia" es una afección médica caracterizada por síntomas agudos repentinos, muy graves (incluidos dolores fuertes), que llevarían a una persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina a esperar que la ausencia del cuidado médico inmediato pueda ocasionar los siguientes resultados:

- que la salud del Miembro corra un grave peligro;
- un deterioro grave de sus funciones corporales;
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
- una desfiguración grave; o
- en el caso de una Miembro de CHIP embarazada, un grave peligro para la salud de la Miembro de CHIP o su hijo nonato. La "afección de la salud conductual de emergencia" significa toda afección, sin considerar la naturaleza o causa de la condición, que, en la opinión de una persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, lleve a los siguientes resultados:
- requiera una intervención o atención médica inmediata sin la cual el Miembro podría presentar un peligro inmediato para sí mismo u otros; o
- haga que el Miembro sea incapaz de controlar, saber o comprender las consecuencias de sus actos.

### **¿Qué son los servicios de emergencia o los cuidados de emergencia?**

Los "servicios de emergencia" y los "cuidados de emergencia" hacen referencia a los servicios de atención médica brindados en un departamento de emergencias de un hospital que esté dentro o fuera de la red; en un centro médico de emergencias independiente o en otro centro similar por el personal del centro, los proveedores o los médicos que estén fuera o dentro de la red, a fin de evaluar y estabilizar afecciones médicas de emergencia o afecciones de la salud conductual de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen todo examen médico de detección u otra evaluación requerido por la ley federal o estatal, que sea necesario para determinar si existe una afección médica de emergencia o una afección de la salud conductual de emergencia.

### **¿Qué debería hacer un Miembro de CHIP o un Miembro recién nacido de CHIP Perinatal en un caso de emergencia?**

- Diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano.
- Llame al 9-1-1 si usted o su hijo necesitan ayuda para llegar al hospital.
- Llame a su proveedor de cuidado primario o al de su hijo dentro de las 24 horas, o lo antes posible, para avisarle, de manera que pueda brindarle a usted o a su hijo un cuidado de seguimiento.

### **¿Están cubiertos los servicios odontológicos de emergencia?**

Community Health Choice pagará algunos servicios odontológicos de emergencia brindados en un hospital, un centro de atención urgente o un centro quirúrgico ambulatorio, como servicios para los siguientes casos:

- Tratamiento por mandíbula dislocada
- Tratamiento por daño traumático a los dientes o las estructuras de apoyo
- Remoción de quistes
- Tratamiento del absceso bucal del origen de la encía o el diente
- Tratamiento de anomalías craneofaciales
- Medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores

Community Health Choice también cubre otros servicios odontológicos que su hijo reciba en un hospital, un centro de

atención urgente o un centro quirúrgico ambulatorio. Esto incluye los servicios del médico y otros servicios que su hijo podría necesitar, como la anestesia.

## **PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL**

### **¿Qué debo hacer si necesito cuidados odontológicos de emergencia o si mi hijo los necesita?**

Durante el horario normal de atención, llame al dentista principal de su hijo para averiguar cómo recibir servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios odontológicos de emergencia después de que el consultorio de su dentista principal haya cerrado, llámenos sin cargo al 1.888.760.2600.

### **¿Qué es la post estabilización?**

Los servicios de cuidado de post estabilización son aquellos cubiertos por CHIP que mantienen su afección estable después de recibir atención médica de emergencia.

### **¿Cómo obtengo atención médica para mí/para mi hijo después de que el consultorio del proveedor de cuidado primario haya cerrado? ¿Cómo obtengo atención médica fuera de hora?**

Debería llamar al consultorio de su proveedor de cuidado primario o al de su hijo. Puede comunicarse con el proveedor de cuidado primario o al médico de reemplazo que lo atiende a usted o a su hijo las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede llamar a nuestra línea de Asesoramiento Médico las 24 horas al 1.888.332.2730. Nuestros enfermeros pueden ayudar a que su hijo o usted obtengan la correcta atención médica. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

### **¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera de la ciudad o de viaje? ¿Qué debo hacer si es mi hijo el que se enferma?**

Si usted o su hijo necesitan atención médica estando de viaje, llámenos sin cargo al 1.888.760.2600 y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia estando de viaje, vaya a un hospital cercano y, luego, llámenos sin cargo al 1.888.760.2600.

### **¿Qué debo hacer si mi hijo o yo estamos fuera del estado?**

Si usted o su hijo necesitan atención médica estando fuera del estado, llámenos al 713.295.2294 o llame sin cargo al 1.888.760.2600 y le ayudaremos a encontrar un médico. Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia estando fuera del estado, vaya al hospital más cercano y, luego, llámenos al 713.295.2294 o llame sin cargo al 1.888.760.2600. Cuando se sientan mejor, usted o su hijo deben regresar a nuestra área de servicio para recibir cuidado de seguimiento. Cubrimos la atención médica de verdaderas emergencias en cualquier lugar donde usted o su hijo viajen dentro de los Estados Unidos. No necesita llamar al proveedor Perinatal ni a su proveedor de cuidado primario o de su hijo antes de recibir cuidados de emergencia, pero, sí, llámelos a ellos y a nuestros Servicios para Miembros dentro de las 24 horas de la emergencia o lo antes posible.

### **¿Qué debo hacer si mi hijo o yo estamos fuera del país?**

Los servicios médicos brindados fuera del país no están cubiertos por CHIP.

### **¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos ver a un médico especial (especialista)?**

Su proveedor de cuidado primario o el de su hijo puede tratar la mayoría de los problemas. Algunas veces usted o su hijo necesitarán atención de un especialista, y el proveedor de cuidado primario lo ayudará a encontrar a uno. Usted o su hijo también pueden necesitar cuidado hospitalario que no sea de emergencia, y el proveedor de cuidado primario lo referirá a un hospital, de ser necesario.

Los Miembros de CHIP con discapacidades, necesidades de atención médica especiales y afecciones complejas o crónicas pueden tener acceso directo a un especialista.

## ¿Qué es una referencia o derivación?

Una referencia es una consulta para evaluar y/o tratar a un paciente que un médico solicita a otro médico.

## ¿Qué tan pronto puedo esperar que me vea un especialista? ¿Qué tan pronto puedo esperar que a mi hijo lo vea un especialista?

El especialista lo verá cuanto antes, por lo general, dentro de las ocho y las 10 semanas. Por supuesto, si es urgente, el especialista los verá dentro de las 24 horas de su solicitud. Si necesita ayuda o no puede esperar tanto, llame a Servicios para Miembros y podremos ayudarlo a encontrar otro especialista al que pueda ver antes.

## ¿Qué servicios no necesitan de una referencia?

1. El cuidado de emergencia para Miembros de CHIP y Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal.
2. El cuidado de emergencia para Miembros de CHIP Perinatal: Los servicios de emergencia y/o el cuidado médico de emergencia son servicios cubiertos solamente si se trata de trabajo de parto que resulta en el nacimiento del bebé. Si el cuidado de emergencia no está relacionado con el trabajo de parto para el nacimiento de su hijo, usted tendrá que solicitar Emergency Medicaid o pagar por los servicios usted misma.
3. La atención ginecológica.
4. La atención prenatal: Usted puede recibir atención prenatal sin tener una referencia o derivación. Su proveedor Perinatal de CHIP debe solicitar autorización para referirla a algunos exámenes y procedimientos, y debe notificarnos de sus visitas de cuidado de embarazo.
5. Los servicios de salud conductual (mental) o tratamiento por abuso de drogas y alcohol.

## ¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Llame a Servicios para Miembros si desea una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red o de uno que no pertenezca a ella si no hay proveedor de la red disponible. Es probable que desee solicitar una segunda opinión en los siguientes casos:

1. Si recibió un diagnóstico o instrucciones de su proveedor que usted siente que no son correctos o no están completos
2. Si su proveedor dice que usted necesita una cirugía
3. Si usted ha hecho lo que el médico le pidió, pero no está mejorando.

Cuando asista a una visita, dígame al médico que usted va por una segunda opinión.

## ¿Cómo obtengo ayuda si mi hijo o yo tenemos problemas de conducta (mentales) o de drogas?

Hasta el 8/31/2019: Como Miembros de Community Health Choice, si usted o su hijo tienen un problema con drogas, alcohol o la salud mental, llame a Beacon Health Options, nuestro proveedor de servicios para el tratamiento de la salud mental y del abuso de drogas y alcohol.

Algunos problemas de salud mental o abuso de sustancias también pueden necesitar atención urgente. Para obtener ayuda con estos problemas o para obtener más información, por favor, llame a Beacon Health Options. Llame sin cargo al 1.877.343.3108, las 24 horas del día, los siete días de la semana. 1.877.343.3108.

A partir del 9/1/2019: Si usted o su hijo tienen un problema de salud mental, de alcohol o de drogas, llame sin cargo a Community Health Choice al 1.877.343.3108, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

## ¿Necesito una referencia para eso?

No. Ni usted ni su hijo necesitan ver primero al proveedor de cuidado primario ni conseguir una referencia. Community Health Choice cumple lo establecido por la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones (MHPAEA). Por eso, hacemos revisiones para asegurarnos de que los requisitos para recibir beneficios de salud mental sean iguales, y no más restrictivos, que para recibir beneficios médicos.

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

### **PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL**

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el de su hijo le recetan. Su médico o el de su hijo le hará una receta para que usted pueda llevarla a la tienda de medicamentos, o él podrá enviarla por usted.

Las exclusiones incluyen medicamentos anticonceptivos recetados solo para prevenir el embarazo y medicamentos para perder o ganar peso.

Es probable que tenga que pagar un copago por cada receta surtida, según sus ingresos.

## **¿Cómo puedo encontrar una tienda de medicamentos de la red?**

Puede buscar en nuestro directorio de proveedores, llamar sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600 o fijarse en nuestro sitio web en [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org).

## **¿Qué sucede si voy a una tienda de medicamentos que no se encuentra en la red?**

Si va a una tienda de medicamentos que no se encuentre en nuestra red, no le cubriremos su receta y usted tendrá que pagar la totalidad del precio.

Contamos con muchas tiendas de medicamentos en nuestra red, incluidas las que se encuentran en estas tiendas: HEB, Kroger, Randall's, Sam's, Target, Walgreens y Walmart. Fíjese en nuestro sitio web en [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org) > Find a doctor (Encuentre a un médico) > Products (Productos) > Find a Pharmacy (Encuentre una farmacia) para obtener una lista completa. También puede llamar a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda.

## **¿Qué debo llevar a la tienda de medicamentos?**

Lleve lo siguiente:

- Su receta
- No. de ID del Miembro
- Su copago (Solo Miembros de CHIP)

## **¿Qué debo hacer si necesito que me envíen los medicamentos?**

Algunas farmacias de nuestra red podrán realizarle envíos a su hogar. Fíjese en nuestro sitio web en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > Find a Doctor (Encuentre a un médico) > Find a Pharmacy (Encuentre una farmacia) para ver cuáles realizarán envíos. También puede llamar a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda.

## **¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?**

Llame a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600. Podemos ayudarle a encontrar una tienda de medicamentos de nuestra red que esté cerca de usted.

## **¿Qué debo hacer si no puedo obtener la aprobación de mi receta o la de mi hijo?**

Si no puede contactar a su médico o al de su hijo para aprobar una receta, usted/su hijo podrá recibir un suministro de emergencia para tres días de sus medicamentos o los de su hijo. Llame sin cargo a Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1.888.760.2600 para obtener ayuda con sus medicamentos y renovaciones de recetas.

## **¿Qué debo hacer si pierdo los medicamentos de mi hijo o los míos?**

Llame a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda.

## **¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos un medicamento de venta libre?**

La farmacia no puede darle un medicamento de venta libre como parte de su beneficio de CHIP o el de su hijo. Si usted o su hijo necesita un medicamento de venta libre, tendrá que pagarlo.

## ¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos píldoras anticonceptivas?

La farmacia no puede darle a usted ni a su hijo píldoras anticonceptivas para prevenir el embarazo. Usted y su hijo solo pueden obtener píldoras anticonceptivas si son necesarias para tratar una afección médica.

## ¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica para mí o cómo los obtengo para mi hijo?

Llame a Servicios para Miembros o solicite una lista de proveedores de atención oftalmológica para usted o su hijo. También puede llamar sin cargo al 1.888.760.2600.

Usted o su hijo pueden hacerse un examen ocular u obtener anteojos cada 12 meses. Usted o su hijo deben recibir los servicios de nuestros proveedores de atención oftalmológica. Usted o su hijo pueden obtener lentes de contacto, en vez de anteojos, una vez por año. El costo máximo es de \$100. Usted puede obtener anteojos o lentes cada 12 meses.

## ¿Qué es la Intervención en la Primera Infancia (ECI)?

La Intervención en la Primera Infancia (ECI) es un programa estatal para familias con niños, desde recién nacidos hasta los tres años, con discapacidades y retrasos en el desarrollo. Si está preocupado por la forma en la que su bebé está creciendo y aprendiendo, la ECI puede ayudarlo. La ECI brinda apoyo a familias para ayudar a que sus hijos alcancen su pleno potencial a través de los servicios de desarrollo.

## ¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Puede encontrar un proveedor de ECI cerca de usted, llamando sin cargo a la Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos al 1.877.787.8999 (TDD 7-1-1) o visitando el sitio web de Servicios de Intervención en la Primera Infancia en <https://hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services>. Si visita a un proveedor de ECI, recuerde avisar al proveedor de cuidado primario de su hijo sobre la atención de ECI que este recibe para que su proveedor pueda garantizar la continuidad del cuidado.

## ¿Necesito una referencia para eso?

No. Las referencias pueden basarse en el criterio profesional o una preocupación familiar. No se requiere un diagnóstico médico ni un retraso en el desarrollo confirmado para recibir servicios de ECI. Las familias pueden autoreferirse al visitar el sitio web de Servicios de Intervención en la Primera Infancia en <https://hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services> o al llamar sin cargo al 1.877.787.8999.

## ¿Cómo obtengo servicios odontológicos para mi hijo?

Community Health Choice pagará algunos servicios odontológicos de emergencia brindados en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Community Health Choice pagará los siguientes servicios:

- Tratamiento por mandíbula dislocada
- Tratamiento por daño traumático a los dientes o las estructuras de apoyo
- Remoción de quistes
- Tratamiento del absceso bucal del origen de la encía o el diente
- Tratamiento y dispositivos para las anomalías craneofaciales

Community Health Choice cubre el hospital, el médico y los servicios médicos relacionados para las afecciones mencionadas anteriormente. Esto incluye los servicios del médico y otros servicios que su hijo podría necesitar, como la anestesia u otros medicamentos.

El beneficio médico de CHIP brinda una cobertura odontológica de emergencia limitada para mandíbula dislocada, daño traumático a los dientes y remoción de quistes; tratamiento del absceso bucal del origen de la encía o el diente; tratamiento y dispositivos para las anomalías craneofaciales; y medicamentos.

El plan dental CHIP de su hijo ofrece todos los demás servicios odontológicos, incluidos los servicios que ayudan a prevenir las caries y los que corrigen problemas odontológicos. Comuníquese con el plan dental CHIP de su hijo para obtener más información sobre los servicios odontológicos que ofrecen.



## ¿Puedo recibir servicios de un intérprete cuando hablo con mi médico o el de mi hijo?

Sí.

## ¿A quién debo llamar para solicitar el servicio de un intérprete?

Llame sin cargo a Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1.888.760.2600 para que lo ayudemos a solicitar los servicios de un intérprete.

## ¿Con cuánto tiempo de anticipación tengo que llamar?

Debe llamar, al menos, tres días hábiles antes de su cita.

## ¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?

Llame sin cargo a Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1.888.760.2600 para que lo ayudemos a solicitar los servicios de un intérprete.

## ¿Qué debo hacer si mi hija o yo necesitamos atención obstétrica o ginecológica (OB/GYN)?

### **PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL**

Usted o su hija pueden recibir atención prenatal sin tener una referencia. El OB/GYN debe comunicarnos las visitas de cuidado del embarazo. Si usted o su hija están embarazadas, llame de inmediato al trabajador social de CHIP del Miembro y a nuestros Servicios para Miembros.

### **Atención, Miembros:**

Tienen derecho a elegir un OB/GYN para usted o su hija sin una referencia de su proveedor de cuidado primario o el de su hija. Un OB/GYN puede brindarle los siguientes servicios:

- Un chequeo de mujer sana por año
- Cuidados relacionados con el embarazo
- Cuidados por cualquier afección médica femenina
- Una referencia para un médico especial (especialista) dentro de la red de Community Health Choice

Community Health Choice permite que usted o su hija elijan un OB/GYN, aunque ese médico esté en la misma red que su proveedor de cuidado primario o el de su hija, a menos que usted elija un proveedor que sea parte de una Red de Proveedores Limitada (LPN).

## **Red de proveedores limitada–OB/GYN**

Una red de proveedores limitada (LPN) es un grupo de médicos y otros profesionales que solo refieren pacientes a otros médicos de esta LPN. Si usted elige un proveedor dentro de una LPN para que sea su proveedor de cuidado primario, entonces este solo lo referirá a proveedores (médicos, especialistas, hospitales) de la misma LPN. Si el proveedor de cuidado primario del Miembro de CHIP está dentro de nuestra LPN, habremos limitado su selección de un OB/GYN para usted o su hija a la misma red que la de su proveedor de cuidado primario o el de su hija. El proveedor de cuidado primario y el OB/GYN del Miembro deben ser parte de la misma "red limitada". Llame a Servicios para Miembros si tienen dudas.

Usted o su hija pueden elegir a cualquier OB/GYN de la lista de nuestro directorio de proveedores de CHIP en la sección "Proveedores de servicios para la salud de las mujeres". Si usted o su hija no ven a su OB/GYN en el directorio, llame a Servicios para Miembros. Siempre estamos agregando nuevos médicos. Después de que usted o su hija hayan elegido un proveedor OB/GYN, llame a Servicios para Miembros y díganos el nombre de su OB/GYN.

Usted o su hija pueden programar una cita con cualquiera de nuestros OB/GYN, a menos que el proveedor de cuidado primario suyo o de su hija esté en nuestra red limitada. Si usted o su hija están en nuestra red limitada, usted puede programar una cita con cualquiera de los OB/GYN de nuestra red limitada. Ni usted ni su hija necesitan una referencia de un proveedor de cuidado primario para ver a nuestro OB/GYN. Es de suma importancia que una Miembro de CHIP elija a un médico para que la atienda mientras esté embarazada.

## ¿Qué tan pronto el OB/GYN nos puede ver a mi hija o a mí después de contactarlo para programar una cita?

Su OB/GYN deberá verla dentro de los 14 días desde que haya hecho su solicitud. Se debe brindar el cuidado prenatal

dentro de los 14 días de la solicitud, excepto por los embarazos de alto riesgo o las nuevos Miembros que estén en el tercer trimestre, a quienes se les deberá ofrecer una cita dentro de los cinco días, o inmediatamente, si hubiera una emergencia.

No necesita una referencia. Su OB/GYN debe solicitar la autorización de la referencia para realizar algunas pruebas y algunos procedimientos.

### **¿Podemos mi hija o yo quedarnos con nuestro OB/GYN si este no es parte de Community Health Choice?**

Sí. Si usted reunió los requisitos para acceder a CHIP en los últimos tres meses de su embarazo, tiene permitido visitar a su OB/GYN actual. Si su OB/ GYN no es parte de nuestra red, avísenos para que podamos tratar de trabajar con el proveedor para garantizarle a usted que pueda continuar viéndolo. Solo puede ver a médicos y parteras que sean proveedores de CHIP de Texas.

### **¿Qué debo hacer si mi hija o yo estamos embarazadas?**

Usted o su hija pueden recibir atención prenatal sin tener una referencia. El OB/GYN debe solicitar la autorización de la referencia para realizar algunas pruebas y algunos procedimientos. El OB/GYN debe comunicar a Community Health Choice las visitas de cuidado del embarazo.

### **¿A quién debo llamar?**

Llame al 2-1-1.

Un Miembro de CHIP que se determine que reúne los requisitos para Medicaid debe solicitar la afiliación para Medicaid. Si un Miembro de CHIP no reúne los requisitos para Medicaid, HHSC extenderá el período de elegibilidad del Miembro de CHIP para garantizar que usted continúe con la cobertura durante el embarazo y hasta finales del segundo mes completo después del mes de nacimiento del bebé. Los bebés recién nacidos de los Miembros de CHIP son automáticamente inscritos en el plan de salud de la madre al nacer. Los infantes que reúnen los requisitos para Medicaid NO lo hacen para CHIP.

### **¿Qué otros servicios, otras actividades u otra educación ofrece Community Health Choice a las mujeres embarazadas?**

Podemos ayudarle a encontrar una clase de preparación para el parto Llame a nuestro Departamento de Administración de Cuidado al 832.CHC.CARE (832.242.2273), o sin cargo al 1.844.297.4450.

### **¿A quién debo llamar si mi hijo o yo tenemos necesidades de atención médica especiales y necesito que alguien me ayude?**

Llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600. También puede contactar a su proveedor de cuidado primario o al de su hijo, a fin de que le ayude a obtener los servicios disponibles para usted o su bebé, o a informarse sobre ellos. Los Miembros con necesidades de atención médica especiales tienen acceso directo a nuestros especialistas.

### **¿Qué hago si recibo una factura de mi médico?**

Podría recibir una factura si va a ver a un médico que no sea parte de Community Health Choice. También podría recibir una factura si lo trataron en una sala de emergencia por un caso que no era de emergencia. Si recibe facturas por servicios que no están cubiertos, el programa CHIP NO pagará estas facturas.

Siempre muestre su tarjeta de ID de Miembro de CHIP o CHIP Perinatal cuando usted o su hijo reciban servicios médicos de un médico que sea parte de Community Health Choice.

### **¿A quién debo llamar?**

Si recibe una factura por servicios cubiertos, llame al proveedor y dele la información de su tarjeta de ID de Miembro de CHIP o CHIP Perinatal.

## ¿Qué información necesitarán?

Necesitarán la información que se encuentra en su tarjeta de ID de Miembro y la información de la factura. Si aún tiene dificultades, llame a Servicios para Miembros.

## ¿Qué debo hacer si mi hijo o yo nos mudamos?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, dásela a la oficina de beneficios de HHSC y al Departamento de Servicios para Miembros de Community Health Choice a través de la línea gratuita 1.888.760.2600. Antes de que reciba servicios CHIP en su área nueva, debe llamar a Community Health Choice, a menos que necesite servicios de emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de Community Health Choice hasta que HHSC cambie su dirección.

# Derechos Y Responsabilidades Del Miembro

## ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

### PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL

#### DERECHOS DEL MIEMBRO

1. Tiene derecho a recibir información precisa y fácil de comprender que lo ayude a tomar buenas decisiones sobre el plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores de su hijo.
2. Su plan de salud debe decirle si usan una "red de proveedores limitada". Este es un grupo de médicos y otros proveedores que solo refieren pacientes a otros médicos del mismo grupo. "Red de proveedores limitada" significa que usted no puede ver a todos los médicos que están en su plan de salud. Si su plan de salud utiliza "redes limitadas", usted debe verificar que el proveedor de cuidado primario de su hijo o cualquier otro médico especialista que usted quisiera ver sean parte de la misma "red limitada".
3. Tiene derecho a saber cómo se les paga a sus médicos. Algunos reciben un pago fijo, independientemente de la frecuencia con la que usted los visite. Otros, de acuerdo con los servicios que presten a su hijo. Tiene derecho a saber qué son esos pagos y cómo funcionan.
4. Tiene derecho a saber cómo el plan de salud decide si un servicio está cubierto o es médicamente necesario. Tiene derecho a saber sobre las personas del plan de salud que deciden sobre esos asuntos.
5. Tiene derecho a saber los nombres de los hospitales y otros proveedores de su plan de salud, y sus direcciones.
6. Tiene derecho a elegir de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente larga para que su hijo pueda recibir la clase de atención adecuada cuando la necesite.
7. Si un médico determina que su hijo tiene necesidades de atención médica especiales o una discapacidad, usted puede utilizar a un especialista como proveedor de cuidado primario de su hijo. Pregunte a su plan de salud sobre esto.
8. Los niños que son diagnosticados con necesidades de atención médica especiales o una discapacidad tienen derecho a una atención especial.
9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el médico que lo atiende deja su plan de salud, su hijo puede continuar viéndolo durante tres meses, y el plan debe seguir pagando esos servicios. Pregunte a su plan de salud para saber cómo funciona esto.
10. Su hija tiene derecho a ver a un obstetra o ginecólogo (OB/GYN) participante sin una referencia de su proveedor de cuidado primario y sin tener que consultar primero con su plan de salud. Pregunte a su plan de salud cómo funciona esto. Algunos planes le pedirán que elija a un OB/GYN antes de que vea a este médico sin una referencia.
11. Su hijo tiene derecho a recibir servicios de emergencia si usted considera, razonablemente, que la vida de su hijo está en peligro o que su hijo podría resultar gravemente herido si no se lo tratara de inmediato. La cobertura de emergencias está disponible sin tener que consultar primero con su plan de salud. Es probable que tenga que pagar un copago, según sus ingresos. (Los copagos no se aplican a los beneficios de CHIP Perinatal).
12. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar de todas las decisiones sobre la atención médica de su hijo.
13. Tiene derecho a representar a su hijo en todas las decisiones de tratamiento.

14. Tiene derecho a recibir una segunda opinión de otro médico de su plan de salud sobre la clase de tratamiento que su hijo necesita.
15. Tiene derecho a ser tratado de manera justa por su plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores.
16. Tiene derecho a hablar en privado con los médicos de su hijo y otros proveedores, y a que los registros médicos de su hijo se mantengan en privado. Tiene derecho a revisar los registros médicos de su hijo y a hacer copias de ellos, y a solicitar cambios en esos registros.
17. Tiene derecho a un proceso rápido y justo para resolver los problemas entre su plan de salud y los médicos del plan, los hospitales y otros que brinden servicios a su hijo. Si su plan decide que no pagará un beneficio o servicio cubierto que el médico de su hijo considera médicamente necesario, usted tiene derecho a solicitar que otro grupo, fuera del plan de salud, le diga si considera que el médico o el plan de salud estaba en lo cierto.
18. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otros que atiendan a su hijo pueden asesorarlo con respecto al tratamiento, el cuidado médico y el estado de salud de su hijo. Su plan de salud no puede impedirles que le den esta información, aunque el cuidado o el tratamiento no sea un servicio cubierto.
19. Tiene derecho a saber que usted solo es responsable de pagar los copagos permitidos por servicios cubiertos. Ni los médicos, ni los hospitales ni otros pueden solicitar que usted pague ningún otro monto por servicios cubiertos.

## RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

1. Usted y su plan de salud tienen un interés en ver que la salud de su hijo mejore. Usted puede ayudar al asumir estas responsabilidades.
2. Debe tratar de seguir hábitos saludables. Incentive a su hijo a que se mantenga alejado del tabaco y a que tenga una dieta saludable.
3. Debe involucrarse en las decisiones que el médico tome sobre los tratamientos de su hijo.
4. Debe trabajar con los médicos y otros proveedores de plan de salud para elegir tratamientos para su hijo con los que todos estén de acuerdo.
5. Si tiene una disconformidad con su plan de salud, primero debe tratar de resolverla por medio del proceso de quejas del plan.
6. Debe informarse sobre lo que cubre o no su plan de salud. Lea su Manual para Miembros para comprender cómo funcionan las reglas.
7. Si programa una cita para su hijo, debe tratar de llegar a tiempo al consultorio de su médico. Si no puede asistir a la cita, asegúrese de llamar para cancelarla.
8. Si su hijo tiene CHIP, usted se hace responsable de pagar los copagos que deba a su médico y a otros proveedores. Si su hijo recibe servicios de CHIP Perinatal, usted no tendrá ningún copago por ese niño.
9. Deberá informar el uso indebido de los servicios de CHIP o CHIP Perinatal por parte de proveedores de atención médica, otros Miembros o planes de salud.
10. Debe hablar con su proveedor acerca de sus medicamentos recetados.
11. Si considera que ha sido tratado de manera injusta o que lo han discriminado, llame sin cargo al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) al 1.800.368.1019. También puede encontrar en línea información concerniente a la HHS Office of Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos) en <https://hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/civil-rights-office>.

# Atención médica y otros servicios para los Miembros de CHIP Perinatal

## ¿Qué significa “medicamente necesario”?

Los servicios cubiertos para los Miembros de CHIP, los Miembros recién nacidos de CHIP Perinatal y los Miembros de CHIP Perinatal deben reunir los requisitos de la definición “medicamente necesario”. Un Miembro de CHIP Perinatal es un niño nonato.

Medicamente necesario tiene el siguiente significado:

1. Los servicios médicos con las siguientes características:
  - a. son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas o para proporcionar revisiones, intervenciones o tratamientos tempranos para afecciones que causen sufrimiento o dolor; ocasionen deformidades físicas o limitaciones en las funciones del cuerpo; amenacen con ocasionar o empeorar una discapacidad; causen enfermedades o debilidades a un Miembro o pongan en peligro la vida;
  - b. son brindados en centros adecuados y en niveles de atención adecuados para el tratamiento de las afecciones de la salud de un Miembro;
  - c. son servicios conformes a las normas y las pautas de práctica de la atención médica que están respaldadas por agencias gubernamentales u organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente;
  - d. son servicios acordes con los diagnósticos del Miembro;
  - e. no son más invasivos o restrictivos de lo necesario para proporcionar un equilibrio apropiado de seguridad, efectividad y eficiencia;
  - f. no son experimentales ni investigativos; y
  - g. no son, principalmente, para la conveniencia del Miembro ni del proveedor; y
2. Los servicios de salud conductual que tienen las siguientes características:
  - a. son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de la salud mental o de dependencia química; o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento que se deriva de dicho trastorno;
  - b. son servicios conformes a las normas y pautas clínicas aceptadas profesionalmente de práctica en el cuidado de la salud conductual;
  - c. son brindados en los entornos menos restrictivos y más adecuados en los que los servicios se pueden brindar con seguridad;
  - d. son el nivel o suministro de servicios más adecuado que se pueden brindar con seguridad;
  - e. no podrían omitirse sin causar efectos adversos en la salud física o mental del Miembro, o en la calidad del cuidado prestado;
  - f. no son experimentales ni investigativos; y
  - g. no son, principalmente, para la conveniencia del Miembro ni del proveedor.

## ¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina es cuando usted visita a su proveedor Perinatal de CHIP para asegurarse de que su hijo nonato goce de buena salud. La atención médica de rutina incluye cuidados de seguimiento y chequeos prenatales regulares.

## ¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted podrá ver al proveedor Perinatal o al proveedor de cuidado primario dentro de las dos semanas de su llamada.

## ¿Qué es la atención médica urgente?

Un problema urgente ocurre cuando usted necesita tratamiento de inmediato para su hijo nonato. Si su problema es urgente, pero no es una emergencia, vea a su proveedor Perinatal de CHIP.

## ¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Si tiene un problema urgente debe esperar ser atendido dentro de las 24 horas. Llame primero a su proveedor Perinatal de CHIP si tiene un problema con su hijo nonato.

## ¿Qué es una emergencia y una afección médica de emergencia?

Se define a un Miembro CHIP Perinatal como un niño nonato. El cuidado de emergencia es un servicio cubierto si se relaciona directamente con el alumbramiento del niño nonato hasta el nacimiento. Se brinda cuidado de emergencia para las siguientes afecciones médicas de emergencia:

- Examen médico de detección para determinar la emergencia cuando se relaciona directamente con el alumbramiento del niño nonato cubierto.
- Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto para el alumbramiento del niño nonato cubierto.
- El transporte acuático, aéreo y terrestre de emergencia por trabajo de parto y trabajo de parto en riesgo es un beneficio cubierto.
- El transporte acuático, aéreo y terrestre de emergencia por una emergencia asociada con (a) un aborto natural o (b) un embarazo inviable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) es un beneficio cubierto.

Límites del beneficio: Las complicaciones o los servicios posparto que deriven en la necesidad de brindar servicios de emergencia a la madre de CHIP Perinatal no son un beneficio cubierto.

## ¿Qué son los servicios de emergencia o los cuidados de emergencia?

Los "servicios de emergencia" o los "cuidados de emergencia" son servicios hospitalarios y ambulatorios cubiertos brindados por un proveedor que está calificado para prestar dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, incluidos los servicios de cuidado de post estabilización relacionados con el trabajo de parto y con el alumbramiento del niño nonato.

## ¿Qué debería hacer un Miembro de CHIP Perinatal en un caso de emergencia?

- Diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano.
- Llame al 9-1-1 si necesita ayuda para llegar al hospital.
- Llame a su proveedor Perinatal de CHIP dentro de las 24 horas, o lo antes posible, para avisarle y de manera que pueda brindarle a usted un cuidado de seguimiento.

Si el cuidado de emergencia no está relacionado con el trabajo de parto para el nacimiento de su hijo, usted tendrá que solicitar Emergency Medicaid o pagar por los servicios usted misma.

## ¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Los servicios de emergencia se deben brindar cuando usted llega al lugar de prestación del servicio, incluidos los centros fuera del área y de la red.

## ¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de cuidado primario está cerrado?

Debería llamar al consultorio de su proveedor de cuidado primario o al de su hijo. Puede comunicarse con el proveedor de cuidado primario o al médico de reemplazo que lo atiende a usted o a su hijo las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede llamar a nuestra línea de Asesoramiento Médico las 24 horas al 1.888.332.2730. Nuestros enfermeros pueden ayudar a que su hijo o usted obtengan la correcta atención médica. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

## ¿Qué debo hacer si mi hijo o yo nos enfermamos estando fuera de la ciudad o de viaje?

Si usted o su hijo necesitan atención médica estando fuera de la ciudad o del estado, llámenos al 713.295.2294 o llame sin cargo al 1.888.760.2600 y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia estando fuera de la ciudad o del estado, vaya al hospital más cercano y

luego llámenos al 713.295.2294 o llame sin cargo al 1.888.760.2600.

Cuando se sientan mejor, usted o su hijo deben regresar a nuestra área de servicio para recibir cuidado de seguimiento. Cubrimos la atención médica de verdaderas emergencias en cualquier lugar donde usted o su hijo viajen dentro de los Estados Unidos. No necesita llamar al proveedor de cuidado primario ni al proveedor Perinatal suyo o de su hijo antes de recibir cuidados de emergencia. Sin embargo, debe comunicarse con ellos y con Servicios para Miembros dentro de las 24 horas siguientes a la emergencia o tan pronto como sea posible.

### **¿Qué debo hacer si mi hijo o yo estamos fuera del país?**

Los servicios médicos brindados fuera del país no están cubiertos por CHIP.

### **¿Qué es una referencia o derivación?**

Una referencia es una consulta para evaluar y/o tratar a un paciente que un médico solicita a otro médico.

### **¿Qué servicios no necesitan de una referencia?**

1. El cuidado de emergencia para Miembros de CHIP Perinatal: Los servicios de emergencia y/o el cuidado médico de emergencia son servicios cubiertos solamente si se trata de trabajo de parto que resulta en el nacimiento del bebé. Si el cuidado de emergencia no está relacionado con el trabajo de parto para el nacimiento de su hijo, usted tendrá que solicitar Emergency Medicaid o pagar por los servicios usted misma.
2. La atención ginecológica.
3. La atención prenatal: Usted puede recibir atención prenatal sin tener una referencia o derivación. Su proveedor Perinatal de CHIP debe solicitar autorización para referirla a algunos exámenes y procedimientos, y debe notificarnos de sus visitas de cuidado de embarazo.
4. Los servicios de salud conductual (mental) o tratamiento por abuso de drogas y alcohol.

### **¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?**

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea una segunda opinión. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red o de uno que no pertenezca a ella si no hay proveedor de la red disponible. Es probable que desee solicitar una segunda opinión en los siguientes casos:

1. Si recibió un diagnóstico o instrucciones de su proveedor que usted siente que no son correctos o no están completos
2. Si su proveedor dice que usted necesita una cirugía
3. Si usted ha hecho lo que el médico le pidió, pero no está mejorando. Cuando asista a su visita, dígame al médico que usted va por una segunda opinión.

### **¿Qué debo hacer si necesito servicios que no están cubiertos por CHIP Perinatal?**

No pagaremos el costo del cuidado hospitalario que no sea de emergencia, del equipo médico o de un especialista que no sea de emergencia para usted, su niño nonato o su hijo, a menos que el proveedor Perinatal o el proveedor de cuidado primario del Miembro de CHIP proporcione una referencia.

### **¿Cómo obtengo mis medicamentos?**

CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que el médico de su niño nonato le receta. Su médico le hará una receta para que usted pueda llevarla a la tienda de medicamentos, o él podrá enviarla por usted.

No se requiere ningún copago para los Miembros de CHIP Perinatal.

### **¿Cómo puedo encontrar una tienda de medicamentos de la red?**

Puede buscar en nuestro directorio de proveedores, llamar sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600 o fijarse en nuestro sitio web en [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org).

### **¿Qué sucede si voy a una tienda de medicamentos que no se encuentra en la red?**

Si va a una tienda de medicamentos que no se encuentre en nuestra red, no le cubriremos su receta y usted tendrá que

pagar la totalidad del precio.

Contamos con muchas tiendas de medicamentos en nuestra red, incluidas las que se encuentran en estas tiendas: HEB, Kroger, Randall's, Sam's, Target, Walgreens y Wal-Mart. Fíjese en nuestro sitio web en [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org) > Find a Doctor (Encuentre a un médico) > Products (Productos) > Find a Pharmacy (Encuentre una farmacia) para obtener una lista completa. También puede llamar a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda.

### **¿Qué debo llevar a la tienda de medicamentos?**

Lleve lo siguiente:

- Su receta
- No. de ID del Miembro

### **¿Qué debo hacer si necesito que me envíen los medicamentos?**

Algunas farmacias de nuestra red podrán realizarle envíos a su hogar. Fíjese en nuestro sitio web en [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org) > Provider Find (Búsqueda de proveedores) > Find a Pharmacy (Encuentre una farmacia) para ver cuáles realizarán envíos. También puede llamar a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda.

### **¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?**

Llame a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600. Podemos ayudarle a encontrar una tienda de medicamentos de nuestra red que esté cerca de usted.

### **¿Qué debo hacer si no puedo obtener la aprobación de mi receta o la de mi hijo?**

Si no puede contactar a su médico o al de su hijo para aprobar una receta, usted/su hijo podrá recibir un suministro de emergencia para tres días de sus medicamentos o los de su hijo. Llame sin cargo a Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1.888.760.2600 para obtener ayuda con sus medicamentos y renovaciones de recetas.

### **¿Qué debo hacer si pierdo mis medicamentos?**

Llame a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda.

### **¿Qué debo hacer si necesito un medicamento de venta libre?**

La farmacia no puede darle un medicamento de venta libre como parte de su beneficio de CHIP. Si necesita un medicamento de venta libre, tendrá que pagarlo.

### **¿Puedo recibir servicios de un intérprete cuando hablo con mi proveedor Perinatal?**

Sí.

### **¿A quién debo llamar para solicitar el servicio de un intérprete?**

Llame sin cargo a Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1.888.760.2600 para que lo ayudemos ayudarlo a solicitar los servicios de un intérprete

### **¿Con cuánta antelación tengo que llamar?**

Debe llamar, al menos, tres días hábiles antes de su cita.

### **¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?**

Llame sin cargo a Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1.888.760.2600 para que lo ayudemos ayudarlo a solicitar los servicios de un intérprete

### **¿Cómo elijo un proveedor Perinatal?**

Cada Miembro de CHIP de su familia puede tener su propio proveedor de cuidado primario. Siga estos pasos para elegir al proveedor:



- Consulte nuestro sitio web en [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org) o su directorio de proveedores de CHIP de Community Health Choice para obtener una lista de nuestros proveedores de cuidado primario que estén cerca de usted.
- Llame a la línea de Servicios para Miembros de Community Health Choice al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600.

### ¿Necesitaré una referencia?

No.

### ¿Qué tan pronto me puede ver un proveedor Perinatal después de contactarlo para programar una cita?

Usted podrá ver a su proveedor Perinatal dentro de las dos semanas de su llamada.

### ¿Puedo quedarme con mi proveedor Perinatal si este no es parte de Community Health Choice?

Si se inscribió en Community durante los últimos tres meses de su embarazo, puede seguir viendo a su proveedor Perinatal si Community y el proveedor Perinatal pueden establecer la autorización para la atención.

### ¿Qué hago si recibo una factura de un proveedor Perinatal?

Podría recibir una factura si va a ver a un médico que no sea parte de Community Health Choice. También podría recibir una factura si lo trataron en una sala de emergencia por un caso que no era de emergencia. Si recibe facturas por servicios que no están cubiertos, el programa CHIP NO pagará estas facturas.

Siempre muestre su tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal cuando reciba servicios médicos de un médico que sea parte de Community Health Choice.

### ¿A quién debo llamar?

Si recibe una factura por servicios cubiertos, llame al proveedor y dele la información de su tarjeta de ID de Miembro de CHIP Perinatal. Si aún tiene dificultades, llame a Servicios para Miembros. Proporcione a nuestros Servicios para Miembros el número de ID de Miembro y dígalos quién le envió la factura.

### ¿Qué información necesitarán?

Necesitarán la información que se encuentra en su tarjeta de ID de Miembro. Si aún tiene dificultades, llame a Servicios para Miembros.

### ¿Qué debo hacer si me mudo?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, désela a la oficina de beneficios de HHSC y al Departamento de Servicios para Miembros de Community Health Choice a través de la línea gratuita 1.888.760.2600. Antes de que reciba servicios CHIP en su área nueva, debe llamar a Community Health Choice, a menos que necesite servicios de emergencia.

Seguirá recibiendo atención a través de Community Health Choice hasta que HHSC cambie su dirección.

### ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

#### **PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL**

#### **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

#### **DERECHOS DEL MIEMBRO**

1. Tiene derecho a recibir información precisa y fácil de comprender que lo ayude a tomar buenas decisiones sobre el plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores de su niño nonato.
2. Tiene derecho a saber cómo se les paga a sus proveedores Perinatales. Algunos pueden recibir un pago fijo, independientemente de la frecuencia con la que usted los visite. Otros, de acuerdo con los servicios que presten a su niño nonato. Tiene derecho a saber qué son esos pagos y cómo funcionan.
3. Tiene derecho a saber cómo el plan de salud decide si un servicio Perinatal está cubierto o es médicamente necesario. Tiene derecho a saber sobre las personas del plan de salud que deciden sobre esos asuntos.
4. Tiene derecho a saber los nombres de los hospitales y otros proveedores Perinatales del plan de salud, y sus direcciones.

5. Tiene derecho a elegir de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente larga para que su niño nonato pueda recibir la clase de atención adecuada cuando sea necesaria.
6. Usted tiene derecho a recibir servicios Perinatales de emergencia si usted considera, razonablemente, que la vida de su niño nonato está en peligro o que este podría resultar gravemente herido si no se lo tratara de inmediato. La cobertura de estas emergencias está disponible sin tener que consultar primero con el plan de salud.
7. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar de todas las decisiones sobre la atención médica de su niño nonato.
8. Tiene derecho a representar a su niño nonato en todas las decisiones de tratamiento.
9. Tiene derecho a ser tratado de manera justa por el plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores.
10. Tiene derecho a hablar en privado con su proveedor Perinatal, y a que sus registros médicos se mantengan en privado. Tiene derecho a revisar sus registros médicos y a hacer copias de ellos, y a solicitar cambios en esos registros.
11. Tiene derecho a un proceso rápido y justo para resolver los problemas entre el plan de salud y los médicos del plan, los hospitales y otros que brinden servicios Perinatales para su niño nonato. Si el plan decide que no pagará un beneficio o servicio Perinatal cubierto que el médico de su niño nonato considera médicamente necesario, usted tiene derecho a solicitar que otro grupo, fuera del plan de salud, le diga si considera que el médico o el plan de salud estaba en lo cierto.
12. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otros proveedores Perinatales pueden darle información sobre el tratamiento, el cuidado médico o el estado de salud suyo o de su niño nonato. Su plan de salud no puede impedirles que le den esta información, aunque el cuidado o el tratamiento no sea un servicio cubierto.

## RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Usted y su plan de salud tienen un interés en lograr que su bebé nazca saludable. Usted puede ayudar al asumir estas responsabilidades.

1. Debe tratar de seguir hábitos saludables. Manténgase alejada del tabaco y lleve una dieta saludable.
2. Debe involucrarse en las decisiones sobre el cuidado de su niño nonato.
3. Si tiene una disconformidad con el plan de salud, primero debe tratar de resolverla por medio del proceso de quejas del plan.
4. Debe informarse sobre lo que cubre o no su plan de salud. Lea su Manual del programa CHIP Perinatal, para comprender cómo funcionan las reglas.
5. Debe tratar de llegar a tiempo al consultorio del médico. Si no puede asistir a la cita, asegúrese de llamar para cancelarla.
6. Deberá informar el uso indebido de los servicios de CHIP Perinatal por parte de proveedores de atención médica, otros Miembros o planes de salud.
7. Debe hablar con su proveedor acerca de sus medicamentos recetados.

Si considera que ha sido tratado de manera injusta o que lo han discriminado, llame sin cargo al U.S. Department of Health and Human Services (HHS) al 1.800.368.1019. También puede encontrar en línea información concerniente a la Office of Civil Rights de los HHS en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

## ¿Cuándo finaliza la cobertura de CHIP Perinatal?

Su bebé seguirá recibiendo beneficios de CHIP Perinatal si usted cumple con los requisitos. Su bebé recibirá 12 meses de beneficios continuos de CHIP Perinatal, comenzando con el mes de inscripción como bebé nonato. Si usted no cumple con los requisitos para beneficios de CHIP Perinatal, su bebé será cambiado a Medicaid y recibirá 12 meses de cobertura continua de Medicaid desde la fecha de nacimiento.

## ¿Me enviará algo el estado cuando finalice mi cobertura de CHIP Perinatal?

Sí, el estado le enviará una carta para informarle cuándo finaliza su cobertura.

## **¿Cómo funciona la renovación?**

En el 10.º mes de cobertura, usted recibirá un formulario de renovación de CHIP. Debe completarlo y enviarlo al estado. Este determinará si su hijo reúne los requisitos para Medicaid o CHIP. Llámenos para que lo ayudemos a completar su solicitud de renovación. Community ofrece asistencia con la solicitud y la recertificación en la comunidad. Llame a Servicios para Miembros para encontrar su lugar de asistencia más cercano.

## **¿Puedo elegir al proveedor de cuidado primario de mi bebé antes de que nazca?**

Sí.

## **¿A quién debo llamar?**

Fíjese en su directorio de proveedores de CHIP o en línea en [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org). También puede llamar a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600.

## **¿Qué información necesitan?**

Si ya ha elegido a un proveedor, proporcione a Servicios para Miembros el nombre y el número de teléfono de su proveedor.

## **¿A quién debo llamar si tengo necesidades de atención médica especiales y necesito que alguien me ayude?**

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre las necesidades de atención médica especiales. También puede contactar a su proveedor de cuidado primario, a fin de que le ayude a obtener los servicios disponibles para usted o su bebé, o a informarse sobre ellos. Los Miembros con necesidades de atención médica especiales tienen acceso directo a un especialista de la red de Community Health Choice.

## **¿Qué debo hacer si estoy demasiado enfermo para tomar una decisión sobre mi cuidado médico?**

Si no ha designado a un representante, su médico solicitará a su pariente o amigo disponible más cercano que ayude a decidir qué es lo mejor para usted. Dado que es probable que no todas estas personas coincidan con la forma de proceder con su cuidado, sería útil que usted expresara con antelación lo que quiere que suceda en caso de no poder hablar por sí mismo.

## **¿Qué son las directivas avanzadas?**

Las directivas avanzadas son documentos legales que le permiten comunicar si aceptaría o rechazaría el tratamiento médico en el caso de que estuviera demasiado enfermo para expresarse por sí mismo. Estos documentos pueden ayudar a que su familia decida qué hacer, a fin de que les disminuya la tensión de tomar la decisión por usted. También ayuda a que el médico lo asista de acuerdo con sus deseos.

## **¿Cómo obtengo una directiva avanzada?**

Solicite a su médico los formularios de directiva avanzada. Llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1.888.760.2600 si necesita más información.

# Proceso para presentar quejas

## ¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién debo llamar?

Queremos ayudar. Si tiene alguna queja, llámenos al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600 (TDD: 7-1-1 o sin cargo al 1.800.518.1655) para comunicarnos su problema. Un asesor de Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarle a presentar su queja. La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o, a lo sumo, en unos pocos días.

También puede escribir una carta o llamar a Servicios para Miembros para solicitar el completar un "Formulario de quejas". Le enviaremos el formulario por correo, el que deberá enviarnos para una pronta resolución. Aceptaremos su queja de manera verbal.

Le enviaremos una carta junto con un Formulario de quejas para informarle que hemos recibido su queja dentro de los cinco días hábiles después de recibirla. Le enviaremos una carta de resolución dentro de los 30 días calendario después de recibir su queja.

Su queja con respecto a una emergencia o una denegación de estadía continua para hospitalización se resolverá en un día hábil después de recibir su queja. La investigación y la resolución se llevarán a cabo de conformidad con la urgencia médica del caso.

## ¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una queja?

Sí. Un asesor del Miembro de Community Health Choice puede ayudarle a presentar una queja. Llámenos sin cargo al 1.888.760.2600. La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o, a lo sumo, en unos pocos días. También puede escribir una carta o llamar a Servicios para Miembros para completar un "Formulario de quejas". Aceptaremos su queja de manera verbal.

Envíe su carta a la siguiente dirección:

**Community Health Choice, Inc.  
Service Improvement  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054**

## ¿Cuánto tiempo tomará el proceso de mi queja?

Le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles después de la fecha en que recibimos su queja. De esta forma, sabrá que la hemos recibido. Le enviaremos una carta de resolución dentro de los 30 días calendario después de la fecha en que recibimos su queja. Respondemos quejas sobre cuidados de emergencia en un día hábil. Respondemos quejas sobre denegaciones de hospitalizaciones continuas en un día hábil. La investigación y la resolución se llevarán a cabo de conformidad con la urgencia médica del caso.

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

Puede presentar una queja en cualquier momento.

## Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿a quién más puedo contactar?

Si no está satisfecho con la respuesta a su queja, también puede enviársela a MAXIMUS Federal Services. Complete el Formulario de solicitud de revisión federal externa administrada por Salud y Servicios Humanos (HHS).

Puede enviar por fax el formulario completado al 1.888.866.6190 o por correo a la siguiente dirección:

**HHS Federal External Review Request  
MAXIMUS Federal Services  
3750 Monroe Avenue, Ste. 705  
Pittsford, NY 14534**

Si tiene preguntas o inquietudes durante el proceso, llame a MAXIMUS al 1.888.866.6205 o envíe un correo electrónico a [ferpa@maximus.com](mailto:ferpa@maximus.com).

## ¿Tengo derecho a reunirme con un Panel de Apelación de Quejas (CAP)?

Si la resolución de la queja no lo satisface, tiene derecho a presentarse en persona ante un Panel de Apelación de Quejas (CAP), en el lugar donde el Miembro normalmente recibe servicios de atención médica, a menos que acepte que el sitio sea otro, o a enviar una apelación por escrito al CAP. El CAP tendrá igual cantidad de Miembros de:

- Nuestro personal
- Proveedores; y
- Miembros

Los Miembros del CAP no pueden haber participado en el proceso de quejas de ninguna manera. Los proveedores tendrán experiencia en el área de cuidados que sea parte de la queja. Los Miembros de CHIP que formen parte del CAP no pueden también ser empleados de Community Health Choice.

### **Información brindada a los Miembros sobre CAP:**

A más tardar cinco días hábiles antes de que el CAP se reúna, a menos que usted acuerde otra cosa, le daremos al demandante o a su representante los siguientes datos:

- Toda la información que Community Health Choice debe presentar ante el CAP
- El tipo de proveedor al que se le solicitó ayuda
- El nombre y el cargo de cada Miembro del personal de Community Health Choice en el CAP

### **Derechos de un demandante en la reunión del CAP:**

Un Miembro (o su representante, en caso de que sea menor de edad o discapacitado) tiene derecho a:

- Reunirse en persona con el CAP.
- Presentar otros testimonios de expertos.
- Solicitar que cualquier persona involucrada en la toma de la decisión que provocó la queja esté presente en la reunión para interrogarla.

Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación dentro de los cinco días hábiles después de la fecha en que la recibimos. Le enviaremos una carta de resolución dentro de los 30 días calendario después de la fecha en la que recibimos su solicitud de apelación.

La investigación y la resolución de apelaciones relacionadas con emergencias constantes o una denegación de estadía continua por hospitalización serán concluidas de acuerdo con la urgencia médica del caso; pero, en ninguna circunstancia, excederán un día hábil después de su solicitud de apelación. Debido a la emergencia constante o a la hospitalización continua, y por petición suya, le proporcionaremos, en lugar de un Panel de Apelación de Quejas, una revisión de un médico o proveedor que no haya revisado previamente el caso y sea de la misma especialidad o similar a la que habitualmente controla la afección médica, dirige el procedimiento o administra el tratamiento en discusión para la revisión de la apelación.

# Proceso para apelar una determinación adversa de CHIP

## ¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio para mi hijo o para mí que está cubierto, pero que Community Health Choice rechaza o limita?

Es probable que rechacemos los servicios si no son médicamente necesarios. Usted puede solicitar una apelación oralmente o por escrito. Si solicita una apelación oral, luego de esta solicitud, deberá presentar el Formulario de apelaciones médicas de Community de una sola página.

Hallará el Formulario de apelaciones para Miembros entre los archivos adjuntos que recibió con la notificación de su carta de denegación de parte de Community Health Choice. Incluya, en el Formulario de apelaciones para Miembros, la razón por la cual solicita la apelación (en el espacio provisto para ello) y el número de referencia de su denegación.

Puede enviar su apelación médica por correo a la siguiente dirección:

**Community Health Choice, Inc.**  
**Attention: Medical Affairs–Medical Appeals Department**  
**2636 South Loop West, Suite 125**  
**Houston, TX 77054**  
**Teléfono: 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600**  
**Fax: 713.295.7033**

Puede enviar su apelación de salud conductual por correo a la siguiente dirección:

**Community Health Choice Texas, Inc.**  
**Attention: Medical Affairs-BH Appeals**  
**P.O. Box 1411 Houston, TX 77230**  
**713.295.2294 o llamadas sin cargo al 1.888.760.2600 o TTY 7-1-1**  
**Fax: 713.576.0394/ Attention: BH Appeals Coordinator**

## ¿Cómo sabré si los servicios son rechazados?

Usted y su médico recibirán una carta por la cual se les comunicará la decisión.

## ¿Cuáles son los plazos del proceso de apelación estándar?

Usted tiene un plazo de 60 días desde la determinación del rechazo de los servicios médicos para apelar un servicio que se le haya rechazado a usted o a sus hijos. Para continuar con los servicios, debe solicitar una prórroga de estos dentro de los 10 días de la fecha de la determinación de la carta de rechazo. Si solicita una prórroga, el plazo se puede extender mientras la apelación se encuentra pendiente. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de los 30 días.

Si necesitamos más información y podemos demostrar que la demora es para el beneficio del Miembro, el plazo puede extenderse hasta 14 días calendario. El Miembro debe ser notificado por escrito sobre el motivo de la demora. Si necesitamos información adicional, le enviaremos a usted o a su médico una solicitud.

## ¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Si no está de acuerdo con la respuesta de Community Health Choice o si considera que cometimos un error, usted tiene 60 días desde la determinación de rechazo para apelar un servicio que se le haya rechazado a usted o su hijo.

## ¿Mi solicitud debe ser presentada por escrito?

No, pero también debe enviar un formulario de apelación del Miembro escrito y firmado. Puede ser presentado por el Miembro o por un representante de este. Community Health Choice debe recibirlo dentro de los cinco días calendario, a menos que se solicite una apelación acelerada. Community debe ser notificado sobre el formulario de apelación con la palabra "ACELERADA" escrita en el formulario dentro de las 24 horas de la solicitud verbal. Puede llamar a Servicios para Miembros al 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600 para obtener ayuda.

## **¿Puede alguien de Community Health Choice ayudarme a presentar una apelación?**

Sí. Un asesor de Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarle a presentar una apelación por servicios médicos rechazados. Llámenos sin cargo al 1.888.760.2600 o 713.295.2294.

# **Apelaciones aceleradas de la Organización de Cuidado Administrado (MCO)**

## **¿Qué es una apelación acelerada?**

Una apelación acelerada es cuando el plan de salud debe tomar rápidamente una decisión basada en el estado de su salud, y la duración de un proceso de apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

## **¿Cómo puedo solicitar una apelación acelerada?**

Puede solicitar una apelación acelerada de Community Health Choice oralmente o por escrito. Haga esto si considera que la duración de una resolución de apelación estándar podría poner en peligro la vida o la salud del Miembro, o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la máxima funcionalidad.

**Envíe su solicitud de apelación médica acelerada por fax:  
Community Health Choice Texas, Inc.  
Attention: Medical Appeals Department-Medical Affairs  
Fax: 713.295.7033**

**Envíe su solicitud de apelación acelerada de salud conductual por fax:  
Community Health Choice Texas, Inc.  
Attention: Behavioral Health Appeals Department-Medical Affairs  
Fax: 713.576.0394**

Puede enviarnos su apelación por correo a la siguiente dirección:

**Community Health Choice Texas, Inc.  
Attention: Medical Affairs-Medical Appeals Department  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054  
Teléfono: 713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760.2600  
Fax: 713.295.7033**

Puede enviar su apelación de salud conductual por correo a la siguiente dirección:

**Community Health Choice Texas, Inc.  
Attention: Medical Affairs-BH Appeals  
P.O. Box 1411  
Houston, TX 77230  
713.295.2294 o sin cargo al 1.888.760. 2600 o TTY 7-1-1  
Fax: 713.576.0394/ Attention: BH Appeals Coordinator**

## **¿Mi solicitud debe ser presentada por escrito?**

No.

## **¿Cuáles son los plazos para la revisión de una apelación acelerada?**

Si se ha determinado que su solicitud de apelación reúne los requisitos para una revisión acelerada, Community Health Choice debe completar una revisión de solicitud de apelación acelerada dentro de las 72 horas desde la fecha y hora en la que hayamos recibido toda la información necesaria para revisar la apelación. Community Health Choice le comunicará por teléfono nuestra decisión dentro de las 72 horas desde la fecha en la que hayamos recibido toda la información que

necesitábamos para revisar la apelación. Le enviaremos por correo nuestra determinación dentro de los tres días hábiles después de que se haya tomado la decisión.

### **¿Qué sucede si Community Health Choice rechaza la solicitud de una apelación acelerada?**

Si rechazamos la solicitud de una apelación acelerada, le notificaremos verbalmente y por una carta escrita dentro de los dos días hábiles calendario. Luego, su solicitud pasará al proceso de revisión de apelación médica estándar, y le enviaremos por correo nuestra decisión dentro de los 30 días calendario.

### **¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?**

Llame sin cargo a Servicios para Miembros al 1.888.760.2600 para hablar con un asesor del Miembro que lo ayudará con una apelación o una apelación acelerada.

## **Proceso de organización de revisión independiente**

### **¿Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO)?**

Si está en desacuerdo con nuestra decisión de apelación, tiene derecho a una revisión de una IRO. Las IRO trabajan con el Departamento de Seguros de Texas. Su función es tomar decisiones sobre necesidades médicas y decidir si la atención es apropiada.

### **¿Cómo solicito una revisión de una IRO?**

Llame a Servicios para Miembros y solicite un "formulario de organización de revisión independiente". Llame al 713.295.2294, sin cargo al 1.888.760.2600 o TDD: 1.800.518.1655. También puede solicitar una revisión independiente enviando por fax al Departamento de Apelaciones Médicas su formulario de solicitud de revisión independiente completado y firmado al 713.295. 7033..

### **¿Cuándo puedo solicitar una la revisión de una IRO?**

Usted puede solicitar una revisión de una IRO en cualquier momento; sin embargo, trate de solicitarla lo antes posible.

### **¿Cuáles son los plazos para este proceso?**

Notificaremos de inmediato su solicitud al revisor externo contratado por Community dentro de un día hábil desde que hayamos recibido la solicitud. Si el revisor de la IRO solicita algún tipo de información, debemos proporcionársela dentro de los tres días hábiles. El revisor de la IRO debe tomar una decisión dentro de los 15 días, pero no más de 20 días, después de que la IRO haya recibido el caso del Departamento de Seguros de Texas (TDI). En los casos que involucren condiciones potencialmente fatales, el revisor de la IRO debe tomar una decisión dentro de los cinco días, pero no más de ocho días, después de que IRO haya recibido el caso del TDI.

### **¿Cuándo no está disponible una revisión de una IRO?**

Una revisión de una IRO no está disponible en los siguientes casos:

- si su política no cubre el servicio rechazado, o
- si la ley de Texas no exige que su plan participe en el proceso de revisión de una IRO.

## **Abuso, negligencia y explotación**

Usted tiene derecho al respeto y a la dignidad, incluido el derecho contra el abuso, la negligencia y la explotación.

### **¿Qué son el abuso, la negligencia y la explotación?**

El abuso es el daño mental, emocional, físico o sexual, o la incapacidad de prevenir dichos daños.



La negligencia tiene como resultado la inanición, la deshidratación, la medicación excesiva o deficiente, condiciones de vida insalubres, entre otras. La negligencia también incluye la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La explotación es el uso indebido de los recursos de otra persona para el beneficio personal o monetario. Esto incluye el tomar cheques del Seguro Social o SSI (Seguro de Ingreso Suplementario), el abusar de una cuenta corriente conjunta y la apropiación de bienes y otros recursos.

### **Denuncia de abuso, negligencia y explotación**

La ley exige que usted denuncie la sospecha de abuso, negligencia o explotación, incluido el uso no autorizado de restricciones o aislamiento, cometidos por un proveedor.

Llame al 9-1-1 para situaciones potencialmente fatales o de emergencia.

### **Denuncia por teléfono (no para emergencias) de manera gratuita, las 24 horas al día, los siete días de la semana**

Llame al 1.800.647.7418 para denunciar al Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) si la persona que sufre el abuso, la negligencia o la explotación vive en los siguientes lugares o recibe servicios de los siguientes proveedores:

- Centro de enfermería especializada.
- Centro asistencial.
- Centro de cuidados diurnos para adultos mayores.
- Proveedor autorizado de cuidado de acogida para el adulto mayor.
- Agencia de Servicios de Apoyo en la Comunidad y el Hogar (HCSSA, Home and Community Support Services Agency) o Agencia de Atención en el Hogar.

También debe informarse al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (DFPS) la sospecha de abuso, negligencia o explotación por parte de una HCSSA.

Llame al DFPS al 1.800.252.5400 para denunciar toda otra sospecha de abuso, negligencia o explotación.

### **Denuncia de manera electrónica (no para emergencias)**

Vaya a <https://txabusehotline.org>. Este es un sitio web seguro. Tendrá que crear una cuenta con contraseña y un perfil.

### **Información útil para presentar una denuncia**

El disponer de los nombres, las edades, las direcciones y los números telefónicos de todas las personas involucradas será de gran utilidad al denunciar un abuso, una negligencia o una explotación.

## **Información de fraude**

### **¿Quiere denunciar un malgasto, abuso o fraude de CHIP?**

Avísenos si cree que un médico, dentista, farmacéutico de una tienda de medicamentos, otro proveedor de atención médica o una persona que obtiene beneficios de CHIP está haciendo algo de manera incorrecta. El hacer algo de manera incorrecta podría hacer referencia a un malgasto, abuso o fraude, lo cual va en contra de la ley. Por ejemplo, avísenos si cree que alguien está llevando a cabo alguna de las siguientes actividades indebidas:

- Recibir el pago por servicios de CHIP que no fueron prestados o no son necesarios.
- No decir la verdad sobre una afección médica para recibir tratamiento médico.
- Dejar que alguien más utilice una identificación de CHIP.
- Utilizar la identificación de CHIP de alguien más.
- No decir la verdad sobre la cantidad de dinero o los recursos con la que la persona cuenta para obtener beneficios.

Para denunciar un malgasto, abuso o fraude, elija una de las siguientes vías de comunicación:

- Llame sin cargo a la línea directa de la Oficina del Inspector General (OIG) al 1.800.436.6184.
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/>. En la casilla "I WANT TO" (Quiero), haga clic en la opción "Report Fraud, Waste or Abuse" (Denunciar un fraude, malgasto o abuso) para completar el formulario en línea, o puede informar directamente a su plan de salud:

**Community Health Choice, Inc.**  
**Chief Compliance and Quality Officer, Corporate Compliance & Risk Management**  
**2636 South Loop West, Suite 125**  
**Houston, TX 77054**  
**Llame sin cargo al 1.877.888.0002**

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

- Al denunciar a un proveedor (médico, dentista, asesor, etc.), incluya los siguientes datos:
  - Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
  - Nombre y dirección del centro (hospital, hogar de descanso, agencia de atención en el hogar, etc.)
  - Número Medicaid del proveedor o del centro, si lo tiene
  - Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
  - Nombre y número de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
  - Fechas de lo ocurrido
  - Resumen de lo sucedido
- Al denunciar a alguien que obtiene beneficios, incluya la siguiente información:
  - Nombre de la persona
  - Fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o número de caso, si lo tiene
  - Ciudad donde reside esta persona
  - Detalles específicos del malgasto, abuso o fraude

## Aviso de privacidad

### **Aviso de prácticas de privacidad**

**Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003**

**Fecha de actualización: Diciembre de 2017**

**Fecha de la última revisión: Julio de 2020**

Esta notificación describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo usted puede acceder a ella. Por favor, léala atentamente. Si tiene preguntas sobre esta notificación, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Community Health Choice, Inc. (Community).

Este aviso de prácticas de privacidad se le entrega como parte de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). Explica de qué manera podemos utilizar o compartir la información protegida sobre su salud (PHI) y la información personal sensible (SPI). Le indica con quién podemos compartirla y cómo la mantenemos segura. Le informa cómo obtener una copia o cómo editar su información. Usted puede o no permitirnos compartir datos específicos, excepto que la ley así lo disponga.

### **Nuestra responsabilidad hacia usted respecto de la información protegida sobre la salud**

La "información protegida sobre la salud" y la "información personal sensible" (PHI/SPI) es información que identifica a la persona o al paciente. Estos datos pueden ser su edad, dirección, dirección de correo electrónico e información médica. Puede estar relacionada con su condición de salud física o mental, pasada, presente o futura. También puede estar

relacionada con los servicios de cuidado de la salud y otros datos personales.

Por ley, Community debe:

- Asegurarse de que su PHI/SPI se mantengan privadas.
- Entregarle esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Describe el uso y la divulgación de su PHI/SPI. Siga los términos de la notificación que están en vigencia.
- Informarle acerca de cualquier cambio en esta notificación.
- Notificarle que la información sobre su salud (PHI/SPI) creada o recibida por Community se encuentra sujeta a divulgación electrónica.
- Proporcionarle una copia electrónica de su registro dentro de los 15 días de su solicitud por escrito. También podemos entregárselo por otro medio si así lo solicita. Existen algunas excepciones a esta regla.
- No vender PHI/SPI, salvo algunas excepciones.
- Divulgar toda violación de la PHI/SPI no encriptada que creamos que una persona no autorizada podría haber llevado a cabo.
- Capacitar a los empleados respecto de nuestras prácticas de privacidad. La capacitación se realizará como máximo a los 60 días después de su primer día y, al menos, cada dos años.

Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación. Puede obtener una copia desde nuestro sitio web: [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org). También puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad y solicitar que le enviemos una copia por correo.

## **Cómo Community puede utilizar o divulgar su información protegida sobre la salud sin su autorización**

Estos son algunos ejemplos de usos y divulgaciones permitidos de su PHI/SPI. Estos ejemplos no son los únicos.

**Tratamiento** — Community utilizará y compartirá su PHI/SPI para proveer, coordinar o administrar su atención médica y otros servicios. Es posible que la compartamos con médicos y quienes ayudan con su cuidado. En emergencias, la utilizaremos y compartiremos para poder proveer la atención médica que usted necesita. Solo compartiremos lo que sea necesario.

**Pago** — Podemos utilizar y compartir su PHI/SPI para obtener pagos por los servicios de atención médica que usted ha recibido.

**Operaciones de atención médica** — Podemos utilizar o compartir su PHI/SPI en nuestras actividades diarias. Por ejemplo:

- Para llamarlo o recordarle su visita.
- Para realizar u organizar otras actividades de atención médica.
- Para enviarle un boletín informativo.
- Para enviarle noticias sobre productos o servicios que podrían beneficiarlo.
- Para brindarle información acerca de opciones de tratamiento u otros beneficios.

**Socios comerciales** — Podemos compartir su PHI/SPI con nuestros socios comerciales. Ellos también deberán protegerla. Deben seguir las normas de privacidad y seguridad de HIPAA, las normas de HITECH y las leyes de privacidad de Texas. En caso contrario, quedan sujetos a la aplicación de multas y sanciones. Deben informar cualquier incumplimiento de la PHI/SPI no encriptada.

**Requerido por la ley** — Por ley, veces debemos utilizar o compartir su PHI/SPI. A continuación, encontrará algunos ejemplos:

- Autoridades de salud pública
- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Para informar nacimientos y defunciones

- Para reportar casos de negligencia o maltrato infantil
- Para informar sobre problemas con medicamentos u otros productos
- Para informar a las autoridades si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica

**Enfermedades transmisibles** — Podemos compartir su PHI/SPI para informarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad. Podemos informarle a una persona que podría estar en riesgo de contraer una enfermedad o afección, o de contagiarla.

**Organismos de supervisión de la salud y Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos** —

Compartiremos su PHI/SPI cuando los organismos de supervisión de la salud lo dispongan.

**Procedimientos judiciales** — Compartiremos su PHI/SPI por asuntos legales. Debemos recibir una orden u otro proceso legal.

**Aplicación de la ley y actividad delictiva** — Compartiremos su PHI/SPI si consideramos que ayudará a resolver un delito. La compartiremos para prevenir o reducir una amenaza grave. También podemos compartir su información para ayudar a los agentes de aplicación de la ley a encontrar o detener a una persona.

**Médicos forenses, directores funerarios y donaciones de órganos** — Compartimos PHI/SPI con médicos forenses, médicos examinadores y directores funerarios. También podemos compartirla para ayudar a administrar donaciones de órganos, ojos o tejidos.

**Investigación** — Si Community acepta formar parte de un estudio de investigación aprobado, nos aseguraremos de que se mantenga la confidencialidad de su PHI/SPI.

**Actividad militar y seguridad nacional** — Podemos compartir con el gobierno la PHI/SPI del personal de las fuerzas armadas.

**Compensación de Trabajadores** — Compartiremos su PHI/SPI para cumplir las leyes de Compensación de Trabajadores y programas similares.

**Reclusos** — Podemos utilizar o compartir su PHI/SPI si usted es un recluso en una institución correccional, y si hemos creado o recibido su PHI/SPI mientras le brindábamos atención médica.

**Divulgación por el plan de salud** — Compartiremos su PHI/SPI para verificar que usted pueda recibir atención médica. Trabajaremos con otros planes de seguro de salud y otros programas gubernamentales.

**Acceso de padres** — Cumplimos las leyes de Texas sobre el tratamiento de menores de edad. Cumplimos la ley con respecto a la entrega de PHI/SPI a padres, tutores u otras personas con responsabilidad legal sobre los menores.

**Para personas que participan en su cuidado o en el pago de su cuidado** — Compartiremos su PHI/SPI con su familia u otras personas que usted desee que estén informadas sobre su atención médica. Puede indicarnos quiénes están o no autorizados a saber sobre su cuidado. Deberá completar un formulario que formará parte de su historia clínica.

**Restricciones de mercadeo** — La ley HITECH no le permite a Community recibir dinero por comunicaciones de mercadeo. Otras leyes que protegen la información de salud — Otras leyes que protegen la PHI/SPI sobre la salud mental, el tratamiento por abuso de alcohol y drogas, los estudios genéticos y las pruebas o el tratamiento del VIH/sida. Deberá dar su consentimiento por escrito para compartir esta clase de PHI/SPI.

## Sus derechos de privacidad respecto de la información sobre su salud

Estos son algunos ejemplos de usos y divulgaciones permitidos de su PHI/SPI. Estos ejemplos no son los únicos.

**Tratamiento** — Community utilizará y compartirá su PHI/SPI para proveer, coordinar o administrar su atención médica y otros servicios. Es posible que la compartamos con médicos y quienes ayudan con su cuidado. En emergencias, la utilizaremos y compartiremos para poder proveer la atención médica que usted necesita. Solo compartiremos lo que sea necesario.

**Pago** — Podemos utilizar y compartir su PHI/SPI para obtener pagos por los servicios de atención médica que usted ha recibido.

**Operaciones de atención médica** — Podemos utilizar o compartir su PHI/SPI en nuestras actividades diarias.

Por ejemplo:

- Para llamarlo o recordarle su visita.
- Para realizar u organizar otras actividades de atención médica.
- Para enviarle un boletín informativo.
- Para enviarle noticias sobre productos o servicios que podrían beneficiarlo.
- Para brindarle información acerca de opciones de tratamiento u otros beneficios.

**Socios comerciales** — Podemos compartir su PHI/SPI con nuestros socios comerciales. Ellos también deberán protegerla. Deben seguir las normas de privacidad y seguridad de HIPAA, las normas de HITECH y las leyes de privacidad de Texas. En caso contrario, quedan sujetos a la aplicación de multas y sanciones. Deben informar cualquier incumplimiento de la PHI/SPI no encriptada.

**Requerido por la ley** — Por ley, veces debemos utilizar o compartir su PHI/SPI. A continuación, encontrará algunos ejemplos:

- Autoridades de salud pública
- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Para informar nacimientos y defunciones
- Para reportar casos de negligencia o maltrato infantil
- Para informar sobre problemas con medicamentos u otros productos
- Para informar a las autoridades si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica

**Enfermedades transmisibles** — Podemos compartir su PHI/SPI para informarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad. Podemos informarle a una persona que podría estar en riesgo de contraer una enfermedad o afección, o de contagiarla.

**Organismos de supervisión de la salud y Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos** — Compartiremos su PHI/SPI cuando los organismos de supervisión de la salud lo dispongan.

**Procedimientos judiciales** — Compartiremos su PHI/SPI por asuntos legales. Debemos recibir una orden legal u otro proceso legal.

**Aplicación de la ley y actividad delictiva** — Compartiremos su PHI/SPI si consideramos que ayudará a resolver un delito. La compartiremos para prevenir o reducir una amenaza grave. También podemos compartir su información para ayudar a los agentes de aplicación de la ley a encontrar o detener a una persona.

**Médicos forenses, directores funerarios y donaciones de órganos** — Compartimos PHI/SPI con médicos forenses, médicos examinadores y directores funerarios. También podemos compartirla para ayudar a administrar donaciones de órganos, ojos o tejidos.

**Investigación** — Si Community acepta formar parte de un estudio de investigación aprobado, nos aseguraremos de que se mantenga la confidencialidad de su PHI/SPI.

**Actividad militar y seguridad nacional** — Podemos compartir con el gobierno la PHI/SPI del personal de las fuerzas armadas.

**Compensación de Trabajadores** — Compartiremos su PHI/SPI para cumplir las leyes de Compensación de Trabajadores y programas similares.

**Reclusos** — Podemos utilizar o compartir su PHI/SPI si usted es un recluso en una institución correccional, y si hemos creado o recibido su PHI/SPI mientras le brindábamos atención médica.

**Divulgación por el plan de salud** — Compartiremos su PHI/SPI para verificar que usted pueda recibir atención médica. Trabajaremos con otros planes de seguro de salud y otros programas gubernamentales.

**Acceso de padres** — Cumplimos las leyes de Texas sobre el tratamiento de menores de edad. Cumplimos la ley con respecto a la entrega de PHI/SPI a padres, tutores u otras personas con responsabilidad legal sobre los menores.

**Para personas que participan en su cuidado o en el pago de su cuidado** — Compartiremos su PHI/SPI con su familia u otras personas que usted desee que estén informadas sobre su atención médica. Puede indicarnos quiénes están o no autorizados a saber sobre su cuidado. Deberá completar un formulario que formará parte de su historia clínica.

**Restricciones de mercadeo** — La ley HITECH no le permite a Community recibir dinero por comunicaciones de mercadeo.

**Otras leyes que protegen la información de salud** — Otras leyes que protegen la PHI/SPI sobre la salud mental, el tratamiento por abuso de alcohol y drogas, los estudios genéticos y las pruebas o el tratamiento del VIH/sida. Deberá dar su consentimiento por escrito para compartir esta clase de PHI/SPI.

## **Sus derechos de privacidad respecto de la información sobre su salud**

*Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud* — En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver su PHI/SPI. Puede obtener una copia impresa del expediente que tenemos sobre usted. También se lo podemos enviar electrónicamente. Puede cobrarse un cargo por copiarlo y enviarlo por correo.

*Derecho a modificar su información de salud* — Puede solicitar que Community cambie ciertos datos si usted cree que son erróneos o que están incompletos. Esta solicitud debe hacerse por escrito. No es nuestra obligación hacer estas modificaciones. En caso de que rechacemos su solicitud, lo haremos dentro de los 60 días de haberla recibido.

*Derecho a un detalle de las divulgaciones* — Usted puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su PHI/SPI. Esta lista no incluirá la PHI/SPI que hayamos compartido antes del 14 de abril de 2003. Usted no puede solicitar información que tenga más de seis años de antigüedad. Para la PHI/SPI electrónica, la lista solo puede remontarse a tres años atrás. Existen otros límites que son aplicables a esta lista. Es posible que deba pagar más de una lista por año.

*Derecho a solicitar restricciones* — Puede pedirnos que no usemos ni compartamos parte de su PHI/SPI para tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de la salud. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Usted debe decirnos (1) la PHI/SPI que desea restringir; (2) si desea cambiar nuestra política de uso y/o divulgación; (3) a quién es aplicable (por ejemplo, a su cónyuge); y (4) la fecha de caducidad.

Si creemos que no es la mejor decisión para las personas involucradas o no podemos limitar los expedientes, no tenemos la obligación de estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, solo compartiremos esa PHI/SPI en una situación de emergencia. Usted puede anular esta solicitud por escrito en cualquier momento.

Si usted paga la totalidad de un artículo o servicio, puede pedirle a un proveedor que no comparta su PHI/SPI con Community con fines de pago u operaciones. Estas son las razones principales por las que la necesitaríamos. Esto no es aplicable si necesitamos su PHI/SPI con fines de tratamiento.

*Derecho a recibir comunicaciones confidenciales* — Usted puede decirnos dónde y cómo entregarle su PHI/SPI. Puede solicitarnos que solo llamemos a un número determinado. También puede darnos otra dirección si cree que enviar correo a su dirección habitual lo pondrá en peligro. Usted debe ser específico y aclarar esto por escrito.

*Derecho a elegir un representante para que actúe en su nombre* — Si usted ha designado a un representante con un poder notarial médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre la información sobre su salud. Nos aseguraremos de que esta persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

*Derecho a recibir una copia impresa de este aviso* — Puede solicitar y recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque ya haya recibido este aviso previamente o haya aceptado recibirlo electrónicamente.

*Derecho a revocar una autorización de divulgación* — Si nos ha permitido usar o compartir su PHI/SPI, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Esta solicitud debe hacerse por escrito. En algunos casos, es posible que ya la hayamos usado o compartido.

*Derecho a ser notificado sobre un acceso no autorizado* — Se le informará si descubrimos que se produjo un acceso no autorizado en su PHI/SPI no asegurada. Esta violación puede provenir de Community o de uno de sus socios comerciales.

## **Leyes federales de privacidad**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le entrega como parte de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). Existen otras leyes de privacidad que también son aplicables, como la Ley de Libertad de Información; la Ley de Reorganización de la Administración de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas; la Ley de Tecnología de Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH); y la Ley de Privacidad de Texas, Código de Salud y Seguridad, Sección 181 et al.

## Quejas

Usted puede presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad. Puede llamar al oficial de privacidad de Community al número gratuito 1.888.760.2600. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Por favor, consulte la información de contacto de la Oficina de Derechos Civiles que se encuentra al final de este aviso. Le recomendamos que nos informe acerca de cualquier inquietud en cuanto a su privacidad. No se tomará ninguna represalia en su contra ni será penalizado por presentar una queja.

## Autorización para usar o divulgar información de salud

Fuera de lo indicado anteriormente, no utilizaremos ni compartiremos su PHI/SPI sin su consentimiento escrito. Puede cambiar su opinión sobre el uso que le damos a su PHI/SPI en cualquier momento. Esta solicitud debe hacerse por escrito.

La Ley HITECH obliga a Community a limitar los usos, divulgaciones y solicitudes de su PHI/SPI. No podemos solicitar ni compartir más de lo necesario.

## Fecha de vigencia

Este aviso entró en vigor el 14 de abril de 2003 y fue actualizado el diciembre de 2017. Fue revisado por última vez en enero de 2020. Permanecerá en vigencia hasta que sea reemplazado por otro aviso.

## Información de contacto

Si tiene alguna pregunta o queja, utilice la siguiente información de contacto:

**Community Health Choice, Inc.**  
**Chief Compliance and Quality Officer,**  
**Corporate Compliance & Risk Management 2636 South Loop West, Suite 125**  
**Houston, TX 77054**  
**Llame al número gratuito 1.877.888.0002**

**Texas Office of Civil Rights Health and Human Services Commission**  
**701 W. 51st Street, MC W206 Austin, Texas 78751**  
**Llame al 1.888.388.6332 o 1.512.438.4313, o al servicio de retransmisión que prefiera.**

Para obtener más información, vea la siguiente dirección: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

# Ley de Texas sobre el tratamiento médico de menores y los asuntos de consentimiento relacionados

Community sigue leyes federales y estatales, y pautas sobre asuntos de consentimiento para tratamiento médico. Generalmente, los menores no pueden consentir el tratamiento médico. Por regla general, Community debe obtener el consentimiento del padre de un hijo menor antes de autorizar el tratamiento médico.

Existen ciertas excepciones a la regla general. Por ejemplo, un hijo menor que ha sido "emancipado" o declarado legalmente "adulto" por los tribunales puede tomar sus propias decisiones médicas. Otras excepciones incluyen, entre otras, las siguientes:

(1) las situaciones de emergencia; (2) el servicio activo en las fuerzas armadas; (3) el consentimiento para el tratamiento de enfermedades infecciosas que deben ser notificadas al Departamento de Servicios de Salud Estatal de Texas; (4) menores embarazos solteras que dan consentimiento al tratamiento para el embarazo;

(5) el tratamiento contra el abuso del alcohol y las drogas; (6) el asesoramiento para los casos de abuso, prevención del suicidio o drogadicción; y (7) otras excepciones según lo permita la ley.

Si tiene alguna pregunta sobre estas excepciones, llame a Community al 1.888.760.2600.

# Terminología de atención médica administrada

**Apelación:** Una petición de la organización de atención médica administrada para volver a revisar una denegación o querella.

**Queja:** Una querella que usted comunica a su seguro o plan médico.

**Copago:** Una cantidad fija (por ejemplo, 15 dólares) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. Esta cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

**Equipo médico duradero (DME):** El equipo ordenado por un proveedor de atención médica para su uso diario o por un periodo extendido. La cobertura de DME puede incluir los siguientes artículos, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o artículos para la diabetes.

**Problema médico de emergencia:** Una enfermedad, lesión, síntoma o afección lo suficientemente grave como para que cualquier persona razonable busque atención inmediata para evitar daños.

**Transporte médico de emergencia:** Servicios de una ambulancia por tierra o aire para atender una afección médica de emergencia.

**Atención en la sala de emergencias:** Los servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencia.

**Servicios de emergencia:** La evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.

**Servicios excluidos:** Los servicios de salud que su seguro o plan médico no paga o cubre.

**Querella:** Una queja hecha a su seguro o plan médico.

**Servicios y aparatos de habilitación:** Servicios de salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias en la vida diaria.

**Seguro médico:** Un contrato que requiere que su aseguradora médica pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

**Atención médica a domicilio:** Los servicios de atención médica que una persona recibe en su propio hogar.

**Servicios para pacientes terminales:** Los servicios que proporcionan comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

**Hospitalización:** La atención que se da en un hospital que requiere que el paciente sea ingresado y por lo general requiere pasar allí la noche.

**Atención a pacientes ambulatorios:** La atención que se da en un hospital que normalmente no requiere pasar allí la noche.  
**Medicamento necesario:** Los servicios o artículos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumple estándares médicos aceptados.

**Red:** Los centros, proveedores y abastecedores a los que su seguro o plan médico ha subcontratado para que ofrezcan servicios de atención médica.

**Proveedor no participante:** Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro o plan médico para brindarle a usted servicios cubiertos. Puede que sea más difícil obtener autorización de su seguro o plan médicos para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En contados casos, como cuando no hay otros proveedores, su seguro médico puede subcontratar y pagar por sus servicios a un proveedor no participante.

**Proveedor participante:** Un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan médico para ofrecerle a usted servicios cubiertos.

**Servicios de un médico:** Servicios de atención médica que un médico titulado (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) ofrece o coordina.

**Plan:** Un beneficio, como Medicaid, que ofrece y paga servicios de atención médica.



**Autorización previa:** La determinación de su seguro o plan médico de que un servicio médico, plan de tratamiento, receta médica o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha pedido es médicamente necesario. Esta determinación o autorización, a veces llamada en inglés "prior authorization", "prior approval" o "pre-certification", debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es garantía de que su seguro o plan médico cubrirán los costos.

**Prima:** La cantidad que debe pagarse por su seguro o plan médico.

**Cobertura de medicamentos recetados:** Un seguro o plan médico que ayuda a cubrir los costos de fármacos y medicamentos recetados.

**Medicamentos recetados:** Fármacos o medicamentos que, por ley, requieren de receta médica.

**Médico de atención primaria:** Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) que ofrece o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica a un paciente.

**Proveedor de atención primaria:** Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), enfermero especializado en atención primaria, enfermero clínico especializado o médico asistente, como lo permite la ley estatal, que ofrece, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

**Proveedor:** Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), profesional de la salud o centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.

**Servicios y aparatos de rehabilitación:** Servicios de atención a la salud como terapia física u ocupacional, que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones de la vida diaria que se han perdido o dañado porque la persona está enferma, lesionada o discapacitada.

**Servicios de enfermería especializada:** Servicios a cargo de enfermeros titulados a domicilio o en un centro de reposo. Especialista: Un médico especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

**Atención urgente:** La atención dada a una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para acudir a la sala de emergencias.

# ASISTENCIA CON EL IDIOMA

Las leyes federales requieren que Community Health Choice, Inc. proporcione la siguiente información.



## DECLARACIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN CHIP/STAR

Community Health Choice, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles, y no discrimina con base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye a las personas y ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes cualificados de lenguaje de señas, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos). Community Health Choice, Inc. proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Community Health Choice, Inc. al teléfono 1.888.760.2600. Si cree que Community Health Choice, Inc. no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera con base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja.

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o por correo electrónico a:

**Service Improvement Department**  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, Texas 77054

**Teléfono:** 1.888.760.2600

**Correo electrónico:**

ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

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

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

# ASISTENCIA CON EL IDIOMA

Las leyes federales requieren que Community Health Choice, Inc. proporcione la siguiente información.



- Chinese** 本通知有重要信息。本通知包含關於您透過Community Health Choice提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話1.888.760.2600。
- French** Cet avis contient d'importantes informations. Cet avis contient d'importantes informations concernant votre demande ou votre couverture avec Community Health Choice. Consultez les dates figurant dans le présent avis car il est possible que vous ayez à prendre certaines mesures avant ces dates pour conserver votre assurance santé ou profiter de meilleurs coûts. Vous êtes en droit de recevoir ces informations et de bénéficier gratuitement d'une aide dans votre langue. Appelez le 1.888.760.2600.
- Gujarati** આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજી અને કવરેજ વર્ણિ મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને રાખવા અથવા ખર્ચ બાબતે મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ મુદત સુધી પગલાં લેવાની તમારે જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈ પણ ખર્ચ વગર તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1.888.760.2600 પર કોલ કરો.
- Japanese** こと通知には必要な情報が含まれています。この通知にはCommunity Health Choiceの申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。1.888.760.2600までお電話ください。
- Laotian** ຫ້າງສື່ແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ຫ້າງສື່ແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໜັບສະໜູນການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊ່ວຍກັນຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນວັນທີ່ສໍາຄັນໃນຫ້າງສື່ແຈ້ງການນີ້ ທ່ານຄວນຈະຕ້ອງປະຕິບັດພາຍໃນກໍານົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານພາຍຫຼັງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສໍາຄັນນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ: 1.888.760.2600.
- Russian** Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии, предоставляемым Community Health Choice. Обратите внимание на основные даты, указанные в настоящем уведомлении. Возможно, будет необходимо предпринять действия до наступления конечного срока для сохранения страхового полиса или для получения помощи в оплате расходов. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощи на вашем языке. Звоните по телефону: 1.888.760.2600.
- Tagalog** Ang Notisyang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maayroon itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapaseguro sa pamamagitan Community Health Choice. Hanapin ang mga importanteng petsa sa notisyang ito. Maaring may kailangan kayong gawin bago ang mga itinakdang deadline para manatiling nakaseguro o para matulungan kayo sa mga kailangang babayaran. Kayo ay may karapatang makatanggap nitong impormasyon at makatanggap ng pagsasalin sa inyong wika na wala kayong babayaran. Tawagan ang 1.888.760.2600.
- Vietnamese** Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm qua chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời gian nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn hay giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi 1.888.760.2600.

# ASISTENCIA CON EL IDIOMA

Las leyes federales requieren que Community Health Choice, Inc. proporcione la siguiente información.



## Arabic

يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة. وتتعلق هذه المعلومات الهامة في الإشعار بخصوص طلبك أو التغطية تحت التأمين الصحي Community Health Choice. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ إجراءات قبل مواعيد محددة للحفاظ على تأمينك الصحي أو مساعدتك في دفع التكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك دون أي تكلفة. اتصل على 1.888.760.2600.

## English

This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Community Health Choice. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1.888.760.2600.

## German

Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag auf Krankenversicherung bzw. Ihren Versicherungsschutz mit Community Health Choice. Achten Sie auf wichtige Termine in dieser Mitteilung. Eventuell müssen Sie zu bestimmten Stichtagen Maßnahmen ergreifen, um die Beibehaltung Ihres Versicherungsschutzes bzw. finanzieller Unterstützung in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.888.760.2600.

## Hindi

इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में आपके आवेदन या Community Health Choice द्वारा कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों के लिए खोजिये। आपको अपने स्वास्थ्य के कवरेज रखने के लिए या लागत की मदद के लिए नश्चित समय सीमा से कार्रवाई करने की ज़रूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में यह जानकारी और सहायता निःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.888.760.2600 पर कॉल कीजिए।

## Korean

이 통지서는 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서는 Community Health Choice를 통한 귀하의 신청이나 보험보장에 대해 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서에서 주요 날짜를 확인하십시오. 귀하의 건강보험 보장을 유지하거나 비용에서 도움을 받기 위해서는 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하에게는, 이러한 정보를 받고 무료로 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1.888.760.2600로 연락하십시오.

## Persian

این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی می باشد. این اطلاعیه حاوی نکات مهمی درباره تقاضانامه و پوشش بیمه ای شما توسط می باشد. به تاریخ های ذکر شده در این اطلاعیه توجه نمایید. به منظور برقرار نگهداشتن پوشش بیمه ای با دریافت کمک هزینه، ممکن است نیاز باشد که تا مهلت های مقرر، اقداماتی را انجام دهید. حق شماست که این اطلاعات و کمک را بطور رایگان به زبان خودتان دریافت نمایید. با شماره تلفن تماس بگیرید.

## Spanish or Spanish Creole

Este aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Community Health Choice. Preste atención a las fechas clave que se incluyen en este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al teléfono 1.888.760.2600.

## Urdu

اس نوٹس میں اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں Community Health Choice کے ذریعے آپ کی درخواست یا بیمے کی تحفظ سے متعلق اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں اہم تاریخوں کو دیکھیے - اپنی صحت کے بیمے کے تحفظ کو برقرار رکھنے یا اخراجات میں مدد کے لیے آپ کو کچھ خاص تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہیں۔ آپ کو ان معلومات اور مدد کو اپنی زبان میں مفت حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ 1.888.760.2600 پر رابطہ کریں۔



# Eventos para Miembros

Community siempre está planificando excelentes eventos, grandes y pequeños, para nuestros Miembros en las áreas de Houston y Beaumont. **¿Tiene algún evento para sugerir?** Envíela por correo electrónico a [CommunityAffairs@CommunityHealthChoice.org](mailto:CommunityAffairs@CommunityHealthChoice.org).





