



MARZO 2026

# MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

INCLUYE CHIP PERINATAL Y CHIP PERINATAL PARA RECIÉN NACIDOS

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

713.295.2294

1.888.760.2600

Community Health Choice Texas, Inc.



# NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

<b>1.877.635.6736</b>	<b>Información General</b> Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado.	<b>713.295.2222</b>
<b>1.888.760.2600</b>	<b>Servicios para Miembros</b> Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado. Acceda a su cuenta de miembro en línea las 24 horas del día, los siete días de la semana. La información está disponible 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 llame si necesita más información sobre farmacias o servicios odontológicos.	<b>713.295.2294</b>
<b>7-1-1</b> <b>1.800.518.1655</b>	<b>Relay Texas</b>	
<b>1.888.332.2730</b>	<b>Línea de asesoramiento médico las 24 horas</b>	
<b>1.800.647.6558</b>	<b>Línea de ayuda de CHIP</b> <a href="http://www.chipmedicaid.org">www.chipmedicaid.org</a>	
<b>1.888.760.2600</b>	<b>Farmacia</b> Servicios para Miembros de Community Health Choice Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado.	
<b>1.800.516.0165</b>	<b>CHIP Dental</b> DentaQuest	
<b>1.800.494.6262</b>	MCNA Dental	
<b>1.800.822.5353</b>	Plan dental de United Healthcare	
<b>1.877.343.3108</b>	<b>Servicios para abuso de sustancias/salud conductual de Community Health Choice</b> Línea directa de crisis: las 24 horas del día, los siete días de la semana. La información está disponible en inglés y en español. Si necesita un intérprete, llámenos.	
<b>1.844.433.6881</b>	<b>Atención de la vista</b> Envolve Vision	<b>VisionBenefits.EnvolveHealth.com</b>

Escribanos o venga a visitarnos a:  
Community Health Choice Texas, Inc.  
4888 Loop Central Drive, Suite 600, Houston, TX 77081  
[www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org)

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

## Bienvenido a Community Health Choice

Si tiene necesidades especiales, dificultades para ver o habla en otro idioma, llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-760-2600. Le enviaremos esta información en un formato que pueda leer. Si necesita ayuda para entender este manual, podemos ofrecerle servicios de interpretación o traducción. Si necesita ayuda con lenguaje de señas, Community ofrece el servicio Sign Share. Si tiene dificultades para escuchar o hablar, llame a la línea TTY/TDD al 7-1-1 o sin costo al 1-800-735-2989. Si necesita otra ayuda u otros servicios, incluido material en formatos alternativos como letra grande o Braille, comuníquese sin costo con la Oficina de Elegibilidad de la HHSC al 1-855-827-3748 o con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-760-2600.

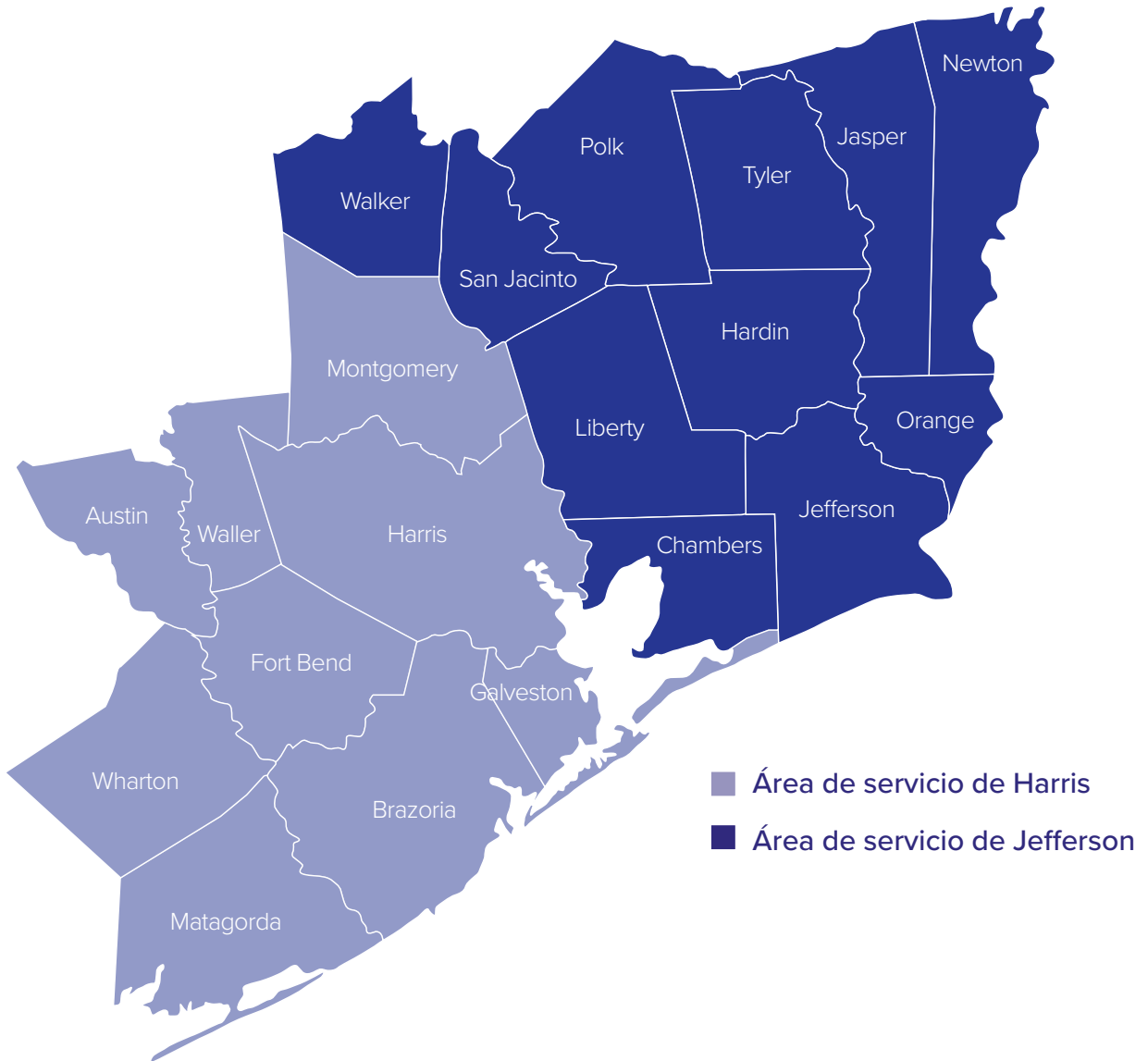
¿Necesita ayuda? Llame de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado. Acceda a su cuenta de miembro en línea las 24 horas del día, los siete días de la semana.

### **Cómo leer este manual**

Este manual es para todos los miembros de CHIP:

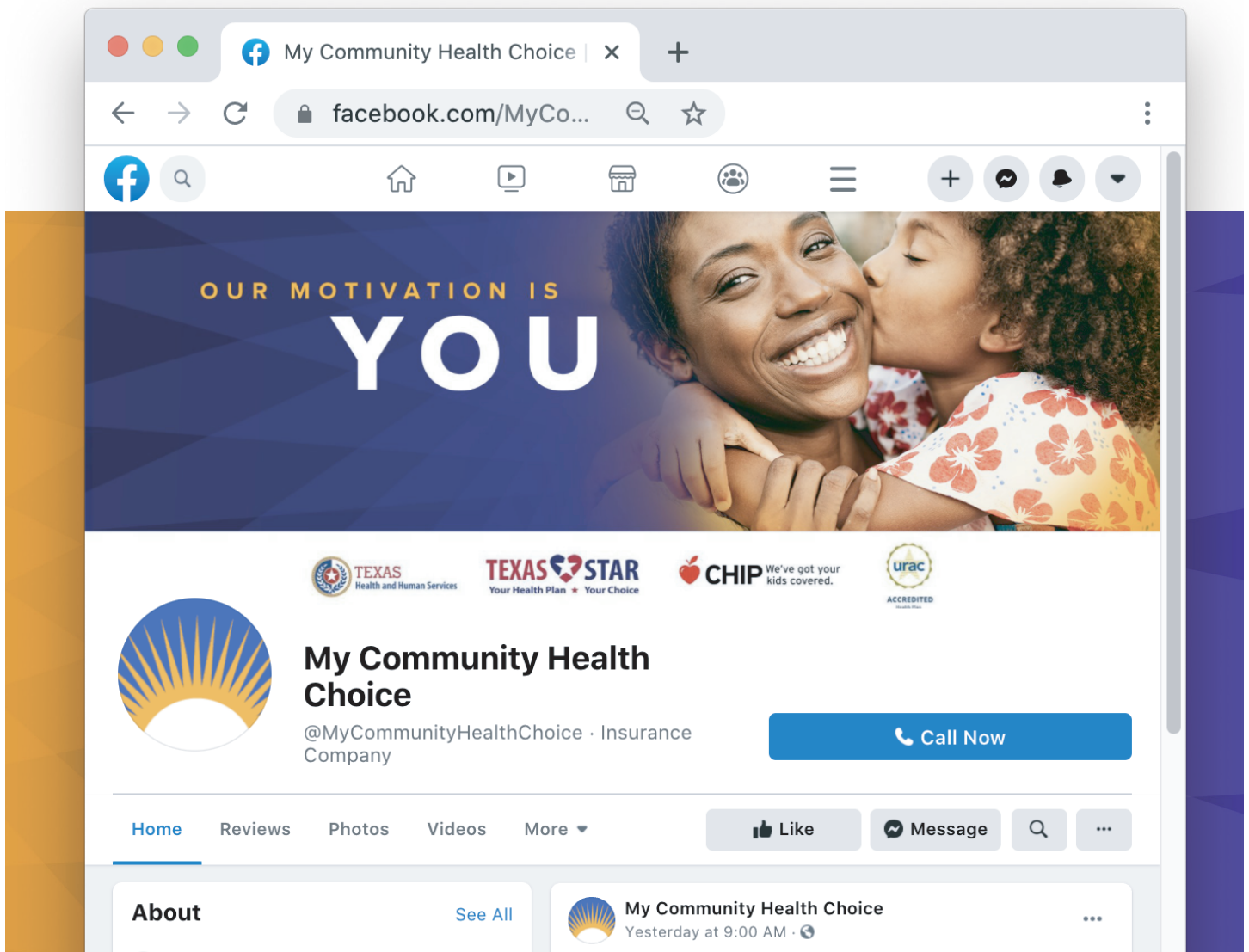
- CHIP
- CHIP Perinatal para Recién Nacidos
- CHIP Perinatal

# Mapa del área de servicio



# MY COMMUNITY HEALTH CHOICE

¡Una página de Facebook pensada para usted!



Community Health Choice tiene una página de Facebook exclusiva para los miembros de CHIP y Medicaid. En **My Community Health Choice** encontrará publicaciones sobre:

- Eventos para miembros
  - Cómo usar sus beneficios
  - Educación para la salud
  - Servicios sociales en sus comunidades
  - Actividades divertidas
  - Videos informativos y entretenidos de Community Now
- ¡Y mucho más!**

**Siga a My Community Health Choice hoy mismo.**

<https://www.facebook.com/MyCommunityHealthChoice>

# PROGRAMA DE BECAS

## CareerReady

Community ofrece a estudiantes de último año de secundaria y a mujeres embarazadas la oportunidad de obtener una certificación laboral para impulsar su carrera. A las personas que acceden a las becas se las denomina becarios CareerReady.

Cada becario CareerReady cuenta con un Tutor de Vida que lo ayudará durante todo el proceso. Las becas CareerReady cubren los costos de la matrícula, las cuotas y los libros necesarios para obtener una certificación laboral en Houston Community College, San Jacinto College o un socio de capacitación laboral.

### Requisitos para mujeres embarazadas:

- ✓ Usted o su bebé deben ser miembros actuales de Community Health Choice en los planes de salud STAR/Medicaid o CHIP.
- ✓ Debe tener entre 18 y 30 años.
- ✓ Contar con un diploma de secundaria o GED

### Requisitos para estudiantes de último año de secundaria:

- ✓ Ser miembro actual de Community Health Choice en los planes de salud STAR/Medicaid o CHIP.
- ✓ Ser estudiante de último año de secundaria.

## ¿Tiene preguntas?

Envíe un correo electrónico a [LifeServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:LifeServices@CommunityHealthChoice.org)



Estudiantes de secundaria CareerReady



Miembros embarazadas CareerReady



### Oportunidad de beca

"Terminé con éxito el programa de Técnico en Soldadura y actualmente estoy inscrito en Mecánica Automotriz. Sigo trabajando para alcanzar mis metas y planeo tener un futuro exitoso gracias a CareerReady".

– JOSE, BECARIO CAREERREADY 2020



### Oportunidad de beca

"Con la ayuda del programa CareerReady, pude completar mi Certificado de Cosmetología y ahora espero un futuro exitoso".

– SAVANNAH, BECARIA CAREERREADY 2021



# The Sun

Blog for CHIP & STAR (Medicaid) Members



RESOURCES

Community

Wellness

Community Now

Care Management

Member Services

Life Services

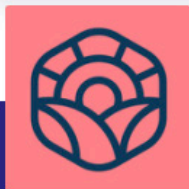
Behavioral Health

## The Sun Blog

This blog is specifically for our **CHIP and STAR (Medicaid) Members**. We hope you enjoy these updates and resources.

Click on a Member Resource story to read more.

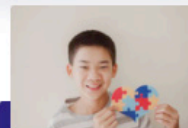
- Subscribe to our YouTube channel
- Follow Us on Facebook
- Visit our Life Services page
- Visit our Wellness page
- Visit our Texas STAR (Medicaid) benefits page
- Visit our Texas CHIP benefits page



Community Based Organizations – The Source for Women



Vaccines Protect Against Disease



What is Autism?



Community Based Organizations – Northwest Assistance Ministries



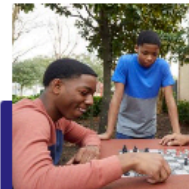
Community Based Organizations – Memorial Assistance Ministries



Everyone Needs Mental Health Resources



Community Based Organizations – Care Net Pregnancy Center



Tips to Keep your Children Healthy



Hello, Beaumont Community!



web\_thesun\_0521

Follow Us to a Healthy Future



## Índice

<b>Bienvenido a Community Health Choice</b>	<b>3</b>
Cómo leer este manual .....	3
<b>Mapa del área de servicio</b>	<b>4</b>
<b>Información que debe estar disponible para usted como miembro de Community Health Choice cada año</b>	<b>14</b>
<b>Cosas importantes para recordar</b>	<b>14</b>
Evaluación de nuevas tecnologías.....	16
Decisiones sobre la administración de la utilización .....	16
Mejora de la calidad .....	16
Objeciones religiosas o morales .....	16
<b>Cómo funciona Community Health Choice</b>	<b>17</b>
Beneficios de unirse a Community Health Choice .....	17
<b>Tarjeta de identificación de miembro</b>	<b>18</b>
Información sobre las tarjetas de identificación de miembro de CHIP y CHIP para Recién Nacidos	18
Tarjeta de identificación de CHIP: .....	18
Cómo leer la tarjeta de identificación .....	18
Cómo utilizar la tarjeta de identificación .....	18
Cómo reemplazar la tarjeta de identificación de miembro de CHIP .....	18
Tarjeta de identificación de CHIP para Recién Nacidos: .....	19
Información sobre la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal .....	19
Tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal .....	19
Cómo leer la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal ....	19
Cómo usar la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal .....	20
Cómo reemplazar la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal.....	20
<b>Proveedores de atención primaria para miembros de CHIP y CHIP Perinatal para Recién Nacidos</b>	<b>20</b>
¿Qué necesito llevar a mi consulta médica o la de mi hijo? .....	20
¿Qué es un proveedor de atención primaria? .....	20
¿Cómo puedo hacer para cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo? .....	21
¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo? (Clínica de Salud Rural/Centro de Salud Calificado a Nivel Federal) .....	21
¿Quién más puede ser mi proveedor de atención primaria? .....	21
¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo? .....	21
¿Cuándo entrará en vigor un cambio de proveedor de atención primaria? .....	22
¿Hay motivos por los que se pueda denegar una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria? ..	22
¿Puede un proveedor de atención primaria transferirme o transferir a mi hijo a otro proveedor por incumplimiento? .....	22
¿Qué pasa si decido ir a otro médico que no sea mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo? ..	22
¿Cómo obtengo atención médica si está cerrado el consultorio de mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo? .....	22
¿Cómo obtengo atención fuera de horario? .....	22
Información sobre el Plan de incentivos para médicos .....	23

<b>Proveedores para miembros de CHIP Perinatal</b>	<b>23</b>
¿Qué necesito llevar a una consulta con un proveedor de atención perinatal? . . . . .	23
¿Una clínica puede ser un proveedor de atención perinatal? (Clínica de Salud Rural, Centro de Salud Calificado a Nivel Federal) . . . . .	23
¿Cómo obtengo atención fuera de horario? . . . . .	23
<b>Cambio de plan de salud</b>	<b>24</b>
¿Qué pasa si quiero cambiar de plan de salud? ¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud? . . .	24
¿A quién debo llamar? . . . . .	24
¿Qué pasa si quiero cambiar de plan de salud? . . . . .	24
¿A quién debo llamar? . . . . .	24
¿Cuándo entrará en vigor el cambio de plan de salud? . . . . .	24
¿Puede Community Health Choice pedir que me den de baja de su plan de salud por incumplimiento u otro motivo? . . . . .	24
<b>Inscripción concurrente de familiares en CHIP y CHIP Perinatal, y cobertura de Medicaid para ciertos recién nacidos</b>	<b>25</b>
<b>Beneficios para miembros de CHIP y CHIP Perinatal para Recién Nacidos</b>	<b>25</b>
¿Cuáles son los beneficios de CHIP? . . . . .	25
¿Cómo obtengo estos servicios para mí o mi hijo? . . . . .	25
¿Hay límites para los servicios cubiertos? ¿Qué beneficios no están cubiertos? . . . . .	26
¿Qué son los copagos? ¿Cuánto cuestan y cuándo debo pagarlos? . . . . .	26
¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal para Recién Nacidos? . . . . .	28
¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo? . . . . .	28
¿Qué beneficios recibe mi bebé al nacer? . . . . .	28
¿Qué servicios no están cubiertos? . . . . .	28
¿Cuáles son los beneficios para medicamentos con receta? . . . . .	28
¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro de Community Health Choice? . . . . .	28
¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mí o mi hijo? . . . . .	28
¿Qué clases de educación para la salud ofrece Community Health Choice? . . . . .	29
Programa de Administración de Casos Complejos . . . . .	29
<b>Beneficios para miembros de CHIP Perinatal</b>	<b>30</b>
¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal para mi hijo por nacer? . . . . .	30
¿Cómo obtengo estos servicios? . . . . .	30
¿Qué servicios no están cubiertos? . . . . .	30
¿Cuáles son los beneficios de medicamentos con receta para mi hijo por nacer? . . . . .	30
¿Cuánto debo pagar por la atención de salud de mi hijo por nacer con CHIP Perinatal? . . . . .	31
¿Tendré que pagar por servicios que no sean beneficios cubiertos? . . . . .	31
¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro por nacer de CHIP Perinatal de Community Health Choice? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo por nacer? . . . . .	31
¿Qué clases de educación para la salud ofrece Community Health Choice? . . . . .	31
Programa de Administración de Cuidado . . . . .	31
Programa de Administración de Casos Complejos . . . . .	32
<b>Atención médica y otros servicios para miembros de CHIP y CHIP Perinatal para Recién Nacidos</b>	<b>33</b>
¿Qué significa “medicamento necesario”? . . . . .	33
¿Qué es la atención médica de rutina? . . . . .	34
¿Qué tan pronto me atenderán a mí o a mi hijo? . . . . .	34

¿Qué es la atención médica de urgencia? .....	34
¿Qué tan pronto me atenderán a mí o a mi hijo? .....	34
¿Qué es la atención médica de emergencia? .....	34
¿Qué es una emergencia, una afección médica de emergencia y una afección de salud conductual de emergencia? .....	34
¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia? .....	35
¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan a mí o a mi hijo? .....	35
¿Mi cobertura incluye hospitales? .....	35
¿Qué debe hacer un miembro de CHIP o CHIP Perinatal para Recién Nacidos ante una emergencia? ..	35
¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia? .....	36
¿Qué hago si necesito o mi hijo necesita atención dental de emergencia? .....	36
¿Qué es la estabilización posterior? .....	36
¿Cómo obtengo/obtiene mi hijo atención médica si el consultorio del proveedor de atención primaria está cerrado? ¿Cómo obtengo atención fuera de horario? .....	36
¿Qué debo hacer si me enfermo o mi hijo se enferma estando fuera de la ciudad o de viaje? ...	36
¿Qué pasa si estoy o mi hijo está fuera del estado? .....	36
¿Qué pasa si estoy/mi hijo está fuera del país? .....	36
¿Qué pasa si necesito/mi hijo necesita consultar a un médico especialista? .....	37
¿Qué es una derivación? .....	37
¿Qué tan pronto puedo esperar que un especialista me atienda a mí o a mi hijo? .....	37
¿Qué servicios no necesitan una derivación? .....	37
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión? .....	37
¿Cómo obtengo ayuda si tengo/mi hijo tiene problemas de salud (mental) conductual o de drogas? ...	37
¿Necesito una derivación para esto? .....	37
¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo? .....	38
¿Cómo encuentro una farmacia de la red? .....	38
¿Qué pasa si voy a una farmacia que no pertenece a la red? .....	38
¿Qué debo llevar a la farmacia? .....	38
¿Qué pasa si necesito que me envíen los medicamentos? .....	38
¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos? .....	38
¿Qué pasa si no consigo la aprobación de mi receta o la de mi hijo? .....	38
¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos o los de mi hijo? .....	39
¿Qué pasa si necesito/mi hijo necesita medicamentos de venta libre? .....	39
¿Qué pasa si necesito o mi hija necesita anticonceptivos orales? .....	39
¿Cómo obtengo servicios de atención de la vista para mí o mi hijo? .....	39
¿Qué es Intervención en la Primera Infancia (ECI)? .....	39
¿Dónde encuentro un proveedor de ECI? .....	39
¿Necesito una derivación para esto? .....	39
¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo? .....	39
¿Puedo tener un intérprete cuando hablo con mi médico o el de mi hijo? .....	40
¿A quién llamo para conseguir un intérprete? .....	40
¿Con cuánta anticipación debo llamar? .....	40
¿Cómo puedo conseguir un intérprete presencial en el consultorio del proveedor? .....	40
¿Qué pasa si necesito/mi hija necesita atención gineco-obstétrica? .....	40
¿En cuánto tiempo pueden atenderme/atender a mi hija después de contactar al obstetra/ginecólogo para una consulta? .....	41

¿Puedo/puede mi hija seguir con un obstetra/ginecólogo que no sea parte de Community Health Choice? .....	41
¿Qué pasa si estoy/mi hija está embarazada? .....	41
¿A quién debo llamar? .....	41
¿Qué otros servicios, actividades o formación ofrece Community Health Choice a mujeres embarazadas? .....	41
¿A quién debo llamar si tengo/mi hijo tiene necesidades especiales de atención médica y necesito ayuda? .....	41
¿Qué pasa si recibo una factura de mi médico? .....	41
¿A quién debo llamar? .....	42
¿Qué información necesitarán? .....	42
¿Qué debo hacer si me mudo/mi hijo se muda? .....	42
<b>Derechos y responsabilidades de los miembros</b> .....	<b>42</b>
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades? .....	42
<b>Atención médica y otros servicios para miembros de CHIP Perinatal</b> .....	<b>44</b>
¿Qué significa “medicamente necesario”? .....	44
¿Qué es la atención médica de rutina? .....	45
¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan? .....	45
¿Qué es la atención médica de urgencia? .....	45
¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan? .....	45
¿Qué es una emergencia y una afección médica de emergencia? .....	45
¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia? .....	45
¿Mi cobertura incluye hospitales? .....	46
¿Qué debe hacer un miembro de CHIP Perinatal ante una emergencia? .....	46
¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan? .....	46
¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de atención primaria está cerrado? .....	46
¿Qué debo hacer si me enfermo/mi hijo se enferma estando fuera de la ciudad o de viaje? .....	46
¿Qué pasa si estoy/mi hijo está fuera del país? .....	46
¿Qué es una derivación? .....	46
¿Qué servicios no necesitan una derivación? .....	47
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión? .....	47
¿Qué pasa si necesito servicios que no están incluidos en la cobertura de CHIP Perinatal? .....	47
¿Cómo obtengo mis medicamentos? .....	47
¿Cómo encuentro una farmacia de la red? .....	47
¿Qué pasa si voy a una farmacia que no pertenece a la red? .....	47
¿Qué debo llevar a la farmacia? .....	48
¿Qué pasa si necesito que me envíen los medicamentos? .....	48
¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos? .....	48
¿Qué pasa si no consigo la aprobación de mi receta o la de mi hijo? .....	48
¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos? .....	48
¿Qué pasa si necesito un medicamento de venta libre? .....	48
¿Puedo tener un intérprete cuando hablo con mi proveedor de atención perinatal? .....	48
¿A quién llamo para conseguir un intérprete? .....	48
¿Con cuánta anticipación debo llamar? .....	48
¿Cómo puedo conseguir un intérprete presencial en el consultorio del proveedor? .....	48
¿Cómo elijo un proveedor de atención perinatal? .....	49

¿Necesitaré una derivación? .....	49
¿En cuánto tiempo me pueden atender después de contactar a un proveedor de atención perinatal para una consulta? .....	49
¿Puedo seguir con mi proveedor de atención perinatal si no está en Community Health Choice? ..	49
¿Qué pasa si recibo una factura de un proveedor de atención perinatal? .....	49
¿A quién debo llamar? .....	49
¿Qué información necesitarán? .....	49
¿Qué debo hacer si me mudo? .....	49
<b>Derechos y Responsabilidades de los Miembros</b>	
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades? .....	50
¿Cuándo finaliza la cobertura de CHIP Perinatal? .....	51
¿El estado me enviará algo cuando finalice mi cobertura de CHIP Perinatal? .....	51
¿Cómo funciona la renovación? .....	51
¿Puedo elegir el proveedor de atención primaria de mi bebé antes de que nazca? .....	51
¿A quién debo llamar? .....	51
¿Qué información necesitan? .....	51
¿A quién debo llamar si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito ayuda? ..	52
¿Qué pasa si estoy demasiado enferma para tomar decisiones sobre mi atención médica? .....	52
¿Qué son las instrucciones anticipadas? .....	52
¿Cómo obtengo una instrucción anticipada? .....	52
<b>Proceso para presentar quejas</b>	<b>52</b>
¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién debo llamar? .....	52
¿Alguien de Community Health Choice puede ayudarme a presentar una queja? .....	53
¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja? .....	53
¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja? .....	53
Si no me satisface la respuesta, ¿a quién más puedo contactar? .....	53
¿Tengo derecho a reunirme con un Panel de Apelación de Quejas (CAP)? .....	53
Información que se le proporciona a los miembros sobre el CAP: .....	54
Derechos del reclamante en la reunión del CAP: .....	54
<b>Proceso para apelar una determinación adversa de CHIP</b>	<b>54</b>
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio cubierto para mí o mi hijo pero Community Health Choice lo deniega o limita? .....	54
¿Cómo me enteraré si se deniegan los servicios? .....	55
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación estándar? .....	55
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación? .....	55
¿Mi solicitud tiene que ser por escrito? .....	55
¿Alguien de Community Health Choice puede ayudarme a presentar una apelación? .....	55
¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la apelación? .....	55
<b>Apelaciones aceleradas de la MCO</b>	<b>56</b>
¿Qué es una apelación acelerada? .....	56
¿Cómo solicito una apelación acelerada? .....	56
¿Mi solicitud tiene que ser por escrito? .....	57
¿Cuáles son los plazos para la revisión de una apelación acelerada? .....	57
¿Qué pasa si Community Health Choice deniega la solicitud de apelación acelerada? .....	57
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada? .....	57

<b>Proceso de la Organización de Revisión Independiente</b>	<b>57</b>
¿Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO)?	57
¿Cómo solicito una revisión de una IRO?	57
¿Cuándo puedo solicitar una IRO?	58
¿Cuáles son los plazos para este proceso?	58
¿Cuándo no se puede solicitar una revisión de una IRO?	58
<b>Abuso, negligencia y explotación</b>	<b>59</b>
¿Qué es abuso, negligencia y explotación?	59
Reporte de abuso, negligencia y explotación	59
Reporte por teléfono sin costo (no emergencias), las 24 horas del día, los siete días de la semana	59
Reporte electrónico (no emergencias)	59
Información útil para presentar un reporte	59
<b>Información sobre fraude</b>	<b>60</b>
¿Desea reportar fraude, malgasto o abuso por parte de CHIP?	60
<b>Aviso de privacidad</b>	<b>61</b>
Nuestra responsabilidad para con usted con respecto a la información protegida sobre su salud.	61
Cómo Community puede utilizar o divulgar la información protegida sobre su salud sin su autorización	61
Sus derechos de privacidad con respecto a la información sobre su salud	63
Leyes federales de privacidad	64
Quejas	64
Autorización para utilizar o divulgar información de salud	64
Fecha de entrada en vigor	64
Información de contacto	64
<b>Ley de Texas sobre tratamiento médico de menores y temas relacionados con el consentimiento</b>	<b>65</b>
<b>Terminología de atención médica administrada</b>	<b>66</b>
<b>Language Assistance</b>	<b>68</b>
<b>Eventos para miembros</b>	<b>71</b>

# Información que debe estar disponible para usted como miembro de Community Health Choice cada año

Como miembro de Community Health Choice, puede solicitar y recibir la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red: como mínimo, médicos de atención primaria, especialistas y hospitales de nuestra área de servicio. Esta información debe incluir nombres, direcciones, números de teléfono y los idiomas (además del inglés) que habla cada proveedor de la red, así como la identificación de los proveedores que no están aceptando nuevos pacientes y, cuando corresponda, sus calificaciones profesionales, sus especialidades, la universidad de medicina a la que asistieron, la finalización de la residencia y el estado de la certificación de la junta.
- Cualquier limitación sobre su libertad de elección de proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades
- Información sobre los procedimientos de quejas, apelaciones y de la Organización de Revisión Independiente (IRO).
- Información sobre los beneficios disponibles con el Programa CHIP, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Esto es para garantizar que comprenda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo obtener beneficios, incluidos los requisitos de autorización.
- Cómo obtener beneficios de proveedores fuera de la red o limitaciones de esos beneficios.
- Cómo obtener cobertura fuera del horario de atención y cobertura de emergencia o las limitaciones de estos tipos de beneficio, incluidos:
  - Qué constituye una afección médica de emergencia, los servicios de emergencia y los servicios de estabilización posterior.
  - El hecho de que no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para recibir atención de emergencia.
  - Cómo acceder a servicios de emergencia, incluidas instrucciones sobre cómo usar el sistema telefónico 9-1-1 o su equivalente local.
  - Direcciones de los lugares donde los proveedores y los hospitales brindan servicios de emergencia cubiertos por CHIP.
  - Una declaración que indique que usted tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otro lugar para atención de emergencia.
  - Reglas sobre estabilización posterior.
  - Política sobre derivaciones para atención especializada y para otros beneficios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria.
  - Pautas sobre prácticas de Community Health Choice.

## Cosas importantes para recordar

Si necesita una copia impresa de este manual, inicie sesión en “My Member Account” (Mi cuenta de miembro) y solicítela sin costo. Recibirá el manual dentro de cinco días hábiles. También puede llamar sin costo a Servicios para Miembros al 1-888-760-2600.

Estos son algunos aspectos importantes que debe recordar:

- Lea este manual. Si tiene preguntas sobre este manual, llame sin costo a Servicios para Miembros al 1-888-760-2600.
- Lea sus derechos y responsabilidades como miembro del plan en este manual.
- Busque un proveedor de atención primaria en nuestro directorio de proveedores en línea. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame sin costo a Servicios para Miembros al 1-888-760-2600. Cuando elija un proveedor, debe llamarnos para que podamos asignarle ese proveedor. También puede crear una cuenta “My Member Account” (Mi cuenta de miembro) en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > “Member Login” (Inicio de sesión de miembro) y elegir su proveedor de atención primaria.
- Recibirá su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice en un plazo de 5 a 7 días hábiles después de informarnos a quién eligió como proveedor de atención primaria. Revise la información en la tarjeta. Si hay algún error, contáctenos de inmediato.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice cada vez que vaya al consultorio del médico, la clínica, el hospital o la farmacia para obtener su medicamento con receta.
- Si tiene necesidades especiales de atención médica, ¡podemos ayudarle! Podemos inscribirlo en uno de nuestros programas de administración de cuidado o referirlo a la Administración de Casos para Niños y Embarazadas.
- Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice.
- Guarde este manual en un lugar seguro para consultas futuras.

Recuerde, estamos para ayudarlo. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito 1.888.760.2600.

Además, Community Health Choice considera que usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades:

### Derechos

1. Derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, profesionales y proveedores, y los derechos y las responsabilidades de los miembros.
2. Derecho a ser tratado con respeto, dignidad, privacidad, confidencialidad y sin discriminación. Eso incluye el derecho a lo siguiente
  - a. Ser tratado de manera justa y respetuosa.
  - b. Saber que sus registros médicos y las conversaciones con sus proveedores se mantendrán privados y confidenciales.
3. Derecho a participar, junto con los profesionales, en las decisiones sobre el cuidado de su salud.
4. Derecho a discutir con sinceridad las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para su afección médica, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
5. Derecho a presentar quejas o apelaciones sobre la organización y el cuidado que proporciona.
6. Derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.
7. Derecho a aceptar o rechazar un tratamiento y participar activamente en las decisiones sobre su tratamiento. Eso incluye el derecho a lo siguiente:
  - a. Trabajar en equipo con su proveedor para decidir qué atención médica es la mejor para usted.
  - b. Aceptar o rechazar la atención recomendada por su proveedor.
8. Derecho a no ser sometido a restricciones ni aislamiento cuando esto se haga por conveniencia de otros, para obligarlo a actuar contra su voluntad o como forma de castigo.

## Responsabilidades

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

Usted tiene derecho a compartir con nosotros su opinión sobre los derechos y las responsabilidades que se le otorgan. Puede hacerlo llamando al 1-888-760-2600.

## **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. En estas revisiones, utilizamos datos de salud actualizados. Esto se denomina “Evaluación de nuevas tecnologías”. Nosotros decidimos si pagar o no por ellas. Esta revisión implica que pagamos cuando la seguridad y el valor son claros. Puede solicitarnos que hagamos revisiones de nuevas tecnologías. El Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas revisa los medicamentos. Ellos deciden qué medicamentos se incluyen en la lista.

## **Decisiones sobre la administración de la utilización**

Community sigue pautas para determinar qué servicios de atención de la salud se cubren. Esto se denomina “administración de la utilización”. Sabemos lo importante que es tomar las decisiones correctas para su atención. Community sigue tres principios para tomar estas decisiones:

1. Nuestras decisiones se basan solo en lo siguiente:
  - Que los servicios y la atención sean apropiados.
  - Que el beneficio esté 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 atención de la que necesita.
4. Si Community deniega una solicitud de servicios, usted puede solicitar 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 posible en atención clínica y servicios médicos.

Si desea obtener más información sobre nuestro Programa de Mejora de la Calidad, comuníquese sin cargo con los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600.

## **Objeciones religiosas o morales**

Community Health Choice no niega el acceso a ningún servicio con motivo de objeciones religiosas o morales.

# Cómo funciona Community Health Choice

Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” corresponden si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “su hijo/mi hijo” corresponden si su hijo es miembro de CHIP o CHIP Perinatal para Recién Nacidos.

## Beneficios de unirse a Community Health Choice

Contamos con una amplia red de médicos, hospitales y otros proveedores de salud. ¡Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está aquí para ayudarle! Puede llamar a los Servicios para Miembros de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., excepto los días festivos aprobados por el estado. Hablamos inglés y español, y podemos conseguirle un intérprete que hable su idioma.

El personal de Servicios para Miembros puede ayudarle con lo siguiente:

- Responder preguntas sobre los beneficios.
- Elegir un proveedor de atención perinatal o un proveedor de atención primaria (médico).
- Cambiar su proveedor de atención perinatal, su proveedor de atención primaria y el proveedor de atención primaria de su bebé recién nacido.
- Obtener una nueva tarjeta de identificación de miembro de CHIP si la perdió o se la robaron.
- Obtener una nueva tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal para usted/su bebé recién nacido si la perdió o se la robaron.
- Resolver quejas o problemas.
- Responder preguntas sobre farmacias.

También puede acceder a su cuenta de miembro en línea las 24 horas del día, los siete días de la semana para lo siguiente:




- Verificar su elegibilidad.
- Cambiar su dirección, número de teléfono o proveedor de atención primaria.
- Saber si le corresponde realizar algún examen médico.
- Formularnos una pregunta.

# Tarjeta de identificación de miembro

## Información sobre las tarjetas de identificación de miembro de CHIP y CHIP para Recién Nacidos

Cada miembro elegible de su familia recibirá su propia tarjeta de identificación de miembro de CHIP. Llévela siempre consigo. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de CHIP al médico o el proveedor de atención médica antes de que el miembro de CHIP reciba atención. Recibirá su tarjeta de identificación de miembro dentro de los 3 a 5 días hábiles posteriores a la fecha de inscripción.

## Tarjeta de identificación de CHIP:

 <b>CHIP</b>	 COMMUNITY HEALTH CHOICE
Name: _____	PCP Effective Date: _____
Member ID: _____	
PCP Name: _____	
PCP Phone: _____	
<b>Co-Payment:</b> Office Visit: _____ ER: _____ Generic/Brand: _____ Hospital: _____ Specialty: _____	
 For more information about your plan, log in to your Member Account at / Para información sobre su plan, ingrese a su cuenta de Miembro en <a href="http://CommunityHealthChoice.org">CommunityHealthChoice.org</a>	TDI

### Helpful numbers | Números útiles

**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

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](http://Provider.CommunityHealthChoice.org) | 713.295.2295

**Send claims to:** Community Health Choice, 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 identificación

Revise la tarjeta de identificación para asegurarse de que sea correcta. Debe incluir lo siguiente:

- Nombre del miembro
- Número de identificación del miembro
- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor de atención primaria del miembro

## Cómo utilizar la tarjeta de identificación

Es importante que:

- Tenga a mano la tarjeta de identificación de miembro cuando llame a los Servicios para Miembros.
- Lleve la tarjeta de identificación de miembro a todas las consultas médicas.
- No permita que otras personas usen la tarjeta de identificación de miembro.

## Cómo reemplazar la tarjeta de identificación de miembro de CHIP

Llame a los Servicios para Miembros si pierde o no encuentra la tarjeta de identificación.



## Tarjeta de identificación de CHIP para Recién Nacidos:

  <p><b>Name:</b></p> <p><b>Member ID:</b></p> <p><b>Assigned Doctor Name:</b></p> <p><b>Assigned Doctor Phone:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assigned Effective Date:</b></p> <p><b>Co-Payment:</b> No co-payment or cost sharing / No hay copagos o reparto de gastos</p> <p><small>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>.</small></p>	<p><b>Helpful numbers   Números útiles</b></p> <p><b>Member Services 24/7   Servicios para Miembros 24/7</b> 1.888.760.2600 (toll-free   gratis)      <b>Talk to a nurse 24/7   Hable con una enfermera 24/7</b> 1.888.332.2730</p> <p><b>Behavioral Health 24/7   Servicios para salud mental 24/7</b> 1.877.343.3108</p> <p><small>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.</small></p> <hr/> <p><b>Provider Services</b></p> <p><b>Eligibility, authorizations, benefits and claims:</b> Provider: <a href="http://CommunityHealthChoice.org">CommunityHealthChoice.org</a>   713.295.2295</p> <p><b>Send claims to:</b> Community Health Choice, P.O. BOX 301404 Houston TX 77230</p> <p><b>Electronic claims:</b> Payer ID 48145</p> <p><b>Pharmacy:</b> Navitus Health Solutions 1.877.908.6023      <b>BIN:</b> 610602      <b>PCN:</b> MCD      <b>RXGroup:</b> CHC</p>
--	---

## Información sobre la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal

Cuando se inscriba en Community, recibirá una tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal para su bebé por nacer. Su bebé recién nacido recibirá una tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal para Recién Nacidos. Lleve siempre con usted su tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal y la de su recién nacido. Muestre la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal a su proveedor de atención perinatal y al proveedor de atención primaria o de atención médica de su recién nacido antes de recibir atención. Recibirá su tarjeta de identificación de miembro dentro de los 3 a 5 días hábiles posteriores a la fecha de inscripción.

## Tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal

  <p><b>Name:</b></p> <p><b>Member ID:</b></p> <p><b>Coverage Effective Date:</b></p> <p><b>Co-Payment:</b> No co-payment or cost sharing   No hay copagos o reparto de gastos</p> <p><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.</p> <p><small>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>.</small></p>	<p><b>Helpful numbers   Números útiles</b></p> <p><b>Member Services 24/7   Servicios para Miembros 24/7</b> 1.888.760.2600 (toll-free   gratis)      <b>Talk to a nurse 24/7   Hable con una enfermera 24/7</b> 1.888.332.2730</p> <p><b>Behavioral Health 24/7   Servicios para salud mental 24/7</b> 1.877.343.3108</p> <p><small>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.</small></p> <hr/> <p><b>Provider Services</b></p> <p><b>Eligibility, authorizations, benefits and claims:</b> Provider: <a href="http://CommunityHealthChoice.org">CommunityHealthChoice.org</a>   713.295.2295</p> <p><b>Electronic claims:</b> Payer ID 48145</p> <p><b>Hospital claims for labor and delivery:</b> <i>If income is at or below the Medicaid eligibility threshold:</i> Texas Medicaid &amp; Healthcare Partnership Claims, P.O. Box 200555, Austin, TX 78720-0555 <i>If income is above the Medicaid eligibility threshold:</i> Community Health Choice, P.O. BOX 301404, Houston TX 77230</p> <p><b>Professional/Other Services Billing:</b> Community Health Choice, P.O. Box 981840, El Paso, TX 79998-1840</p> <p><b>Pharmacy:</b> Navitus Health Solutions 1.877.908.6023      <b>BIN:</b> 610602      <b>PCN:</b> NVT      <b>RXGroup:</b> CHX</p>
---	---

## Tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal

Revise la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de su hijo por nacer para asegurarse de que los datos sean correctos. Debe incluir lo siguiente:

- Su nombre
- Su número de identificación de miembro de CHIP Perinatal
- Información muy importante para los médicos y los proveedores de atención médica sobre el pago

En la parte posterior de la tarjeta, se indica que debe llamar a su proveedor de atención perinatal antes de acudir a recibir atención médica, excepto en caso de emergencia. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si la atención de emergencia no está relacionada con el trabajo de parto para el nacimiento de su hijo, tendrá que solicitar Emergency Medicaid o pagar por los servicios usted mismo.

## **Cómo usar la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal**

Es importante que:

- Lleve siempre consigo la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal emitida para su bebé por nacer y su recién nacido.
- Tenga siempre a mano la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal cuando llame a los Servicios para Miembros.
- Lleve la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal a todas las consultas médicas.
- No permita que otras personas usen las tarjetas de identificación de miembro de CHIP Perinatal emitidas para su bebé por nacer y su recién nacido.

## **Cómo reemplazar la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal**

Llame a los Servicios para Miembros si perdió la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal emitida para su hijo por nacer o su recién nacido.

# **Proveedores de atención primaria para miembros de CHIP y CHIP Perinatal para Recién Nacidos**

Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” corresponden si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “su hijo/mi hijo” corresponden si su hijo es miembro de CHIP o CHIP Perinatal para Recién Nacidos.

### **¿Qué necesito llevar a mi consulta médica o la de mi hijo?**

¿Qué necesito llevar a mi consulta médica o la de mi hijo?

- Lista de los problemas de salud que usted o su hijo tengan.
- Carnet de vacunación suyo o de su hijo.
- Tarjeta de identificación de miembro de CHIP o CHIP Perinatal para Recién Nacidos.

EXCEPTO EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME PRIMERO AL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SU HIJO ANTES DE ACUDIR A UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA.

### **¿Qué es un proveedor de atención primaria?**

El proveedor de atención primaria es una parte fundamental del equipo de atención de salud del miembro. El proveedor de atención primaria hará un seguimiento con el especialista o el hospital, o cuando usted o su hijo reciban atención de otro profesional. Usted o su hijo deben visitar al proveedor de atención primaria regularmente para realizar chequeos y recibir atención.

El proveedor de atención primaria debe ser el “hogar médico” donde se mantengan todos los registros médicos de los miembros. El proveedor de atención primaria debe saber todo acerca de las necesidades de atención de salud pasadas y presentes de los miembros. Asegúrese de que el proveedor de atención primaria tenga todos los registros médicos del miembro. Si el miembro es un paciente nuevo, ayude al proveedor de atención primaria a obtener los registros médicos del médico anterior. Es posible que deba firmar un formulario para autorizar que se envíen los registros médicos del miembro al nuevo proveedor de atención primaria.

Puede elegir cualquier proveedor de atención primaria que forme parte de la red de Community Health Choice. Se recomienda que elija un proveedor dentro de una zona de consultorios y un horario de atención que le convengan. the directory.

Si está a gusto con su proveedor de atención primaria actual, puede continuar viéndolo si se encuentra en la lista del directorio.

Una vez que elija a su proveedor de atención primaria, llame sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600. Asignaremos al proveedor de atención primaria seleccionado como su médico principal.

Para consultar el directorio actualizado, visite [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > “Find a Doctor” (Buscar un médico) > CHIP/CHIP Perinatal > “Enter your information” (Ingrese su información) > “Search” (Buscar). Puede buscar un médico por especialidad, por nombre o por condado.

Es importante que conozca a su proveedor de atención primaria y que su proveedor la conozca a usted. No es recomendable esperar hasta estar enfermo para elegir y conocer al proveedor de atención primaria.

Podemos ayudarle a programar su primer chequeo y conseguir transporte para acudir a la consulta. Llame sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600.

### **¿Cómo puedo hacer para cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?**

Llame a los Servicios para Miembros al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600. También se puede hacer el cambio en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Cuando cambie el proveedor de atención primaria del miembro, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice. La tarjeta incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono del nuevo proveedor de atención primaria.

### **¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo? (Clínica de Salud Rural/ Centro de Salud Calificado a Nivel Federal)**

Sí. Una Clínica de Salud Rural (RHC) o un Centro de Salud Calificado a Nivel Federal (FQHC) pueden ser sus proveedores de atención primaria.

Una RHC brinda servicios de atención de salud en áreas rurales y con escaso acceso a servicios de salud. Una FQHC brinda servicios de atención de salud tanto en áreas rurales como urbanas con escaso acceso a servicios de salud.

### **¿Quién más puede ser mi proveedor de atención primaria?**

Puede elegir:

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

### **¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?**

No hay límite en la cantidad de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Para cambiar su proveedor de atención primaria:

Llame sin cargo al 1-888-760-2600. Cree una cuenta y cámbielo en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Escribanos a:

Community Health Choice Texas, Inc.  
Para la atención de: Member Services (Servicios para Miembros)  
4888 Loop Central Drive, Suite 600  
Houston, TX 77081  
[www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org)

## **¿Cuándo entrará en vigor un cambio de proveedor de atención primaria?**

Cuando nos llame para cambiar su proveedor de atención primaria, realizaremos el cambio en nuestro sistema informático en el momento. El cambio entrará en vigor en la misma fecha de su llamada o solicitud. También le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro de inmediato.

## **¿Hay motivos por los que se pueda denegar una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria?**

Algunos motivos por los que se puede denegar una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria son los siguientes:

- El proveedor de atención primaria que eligió no está aceptando nuevos pacientes.
- El proveedor de atención primaria que eligió no pertenece a nuestra red.

Visite [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) o consulte el directorio de proveedores para encontrar otro proveedor de atención primaria. También puede llamar a los Servicios para Miembros para recibir asistencia.

## **¿Puede un proveedor de atención primaria transferirme o transferir a mi hijo a otro proveedor por incumplimiento?**

Sí, por estos motivos:

- Usted no cumple con las responsabilidades del miembro que se indican en este Manual para miembros.
- Usted no sigue las recomendaciones de atención de salud del proveedor de atención primaria.
- El miembro de CHIP falta a tres consultas en un plazo de seis meses y usted no llama al proveedor de atención primaria con anticipación para cancelar.
- Usted es grosero, agresivo o no coopera con el proveedor de atención primaria del miembro de CHIP o el personal del centro de salud.
- El proveedor de atención primaria del miembro de CHIP ya no acepta pacientes de CHIP.

Nuestro equipo de los Servicios para Miembros se comunicará con usted y le ayudará a conseguir un nuevo proveedor de atención primaria para usted o su hijo.

## **¿Qué pasa si decido ir a otro médico que no sea mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?**

Excepto en casos de emergencia, siempre llame al proveedor de atención primaria suyo o de su hijo antes de acudir a otro médico o al hospital. Puede llamar al proveedor de atención primaria o al médico de respaldo las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si usted o su hijo acuden a otro médico que no sea el proveedor de atención primaria, es posible que deba pagar la factura en ese momento o que tenga que firmar un formulario en el que se compromete a pagar la factura.

## **¿Cómo obtengo atención médica si está cerrado el consultorio de mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?**

Llame al consultorio de su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Puede comunicarse con el proveedor de atención primaria o con un médico de respaldo las 24 horas del día, los siete días de la semana. O puede llamar a la línea de Asesoramiento médico las 24 horas del día al 1-888-332-2730. Nuestro personal de enfermería puede ayudar a usted o a su hijo a recibir atención de salud adecuada. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

## ¿Cómo obtengo atención fuera de horario?

Puede comunicarse con el proveedor de atención primaria o con el médico de respaldo las 24 horas del día, los siete días de la semana. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

## Información sobre el Plan de incentivos para médicos

Community Health Choice no puede realizar pagos bajo un plan de incentivos para médicos si dichos pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos médicamente necesarios para los miembros. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de atención primaria (médico principal) forma parte de este plan de incentivos para médicos. También tiene derecho a saber cómo funciona este plan. Puede llamar al 1-888-760-2600 para obtener más información al respecto.

# Proveedores para miembros de CHIP Perinatal

## ¿Qué necesito llevar a una consulta con un proveedor de atención perinatal?

Debe llevar lo siguiente:

- Su tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal.
- Una lista con los problemas que tenga.
- Una lista de todos los medicamentos o remedios herbales que esté tomando.

## ¿Una clínica puede ser un proveedor de atención perinatal? (Clínica de Salud Rural, Centro de Salud Calificado a Nivel Federal)

Sí. Una Clínica de Salud Rural (RHC) o un Centro de Salud Calificado a Nivel Federal (FQHC) pueden ser sus proveedores de atención perinatal.

Una RHC brinda servicios de atención de salud en áreas rurales y con escaso acceso a servicios de salud. Una FQHC brinda servicios de atención de salud tanto en áreas rurales como urbanas con escaso acceso a servicios de salud.

## ¿Cómo obtengo atención fuera de horario?

Llame al consultorio de su proveedor de atención primaria. Puede comunicarse con el proveedor de atención primaria o con el médico de respaldo las 24 horas del día, los siete días de la semana. O puede llamar a la línea de Asesoramiento médico las 24 horas del día al 1-888-332-2730. Nuestro personal de enfermería puede ayudarle a recibir atención de salud adecuada. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

# Cambio de plan de salud

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

### Para miembros de CHIP

Usted puede cambiar de plan de salud:

- Por cualquier motivo dentro de los 90 días posteriores a la inscripción en CHIP.
- Por causa justificada en cualquier momento.
- Si se muda a un área de servicios diferente.
- Durante el período anual de reinscripción de CHIP.

### **¿A quién debo llamar?**

Para obtener más información, comuníquese sin costo con CHIP al 1-800-964-2777.

### Para miembros de CHIP Perinatal

**Atención:** Si cumple con ciertos requisitos de ingresos, su bebé será transferido 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 en el mes de inscripción como hijo por nacer.

### **¿Qué pasa si quiero cambiar de plan de salud?**

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

Si **no** elige un plan dentro de los 15 días de haber recibido el paquete de inscripción, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) elegirá un plan de salud para su hijo por nacer y le enviará información sobre ese plan. Si la HHSC elige un plan de salud para su hijo por nacer, usted tendrá 90 días desde la fecha

de entrada en vigor de la cobertura para elegir otro plan de salud si no está conforme con el plan que la HHSC seleccionó.

Los niños deben permanecer en el mismo plan de salud hasta el final del período de inscripción del miembro de CHIP Perinatal o hasta el final del período de inscripción de los otros niños, lo que ocurra último. En ese momento, puede elegir un plan de salud diferente para los niños.

Puede solicitar el cambio de plan de salud:

Por cualquier motivo dentro de los 90 días posteriores a la inscripción en CHIP Perinatal, si se muda a un área de servicios diferente y por causa justificada en cualquier momento.

### **¿A quién debo llamar?**

Para obtener más información, llame sin costo al 1-800-964-2777.

## ¿Cuándo entrará en vigor el cambio de plan de salud?

Si llama para cambiar su plan de salud el día 15 o antes de ese mes, el cambio se hará efectivo el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio se hará efectivo el primer día del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

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

## ¿Puede Community Health Choice pedir que me den de baja de su plan de salud por incumplimiento u otro motivo?

Sí. Podemos solicitar que se le dé de baja si:

- Se muda fuera del área de servicio.
- Ingresa a un centro de atención a largo plazo o para pacientes terminales.
- No es elegible para Medicaid.
- Se inscribe en otro plan

También podríamos pedirle a la HHSC que dé de baja su membresía después de notificarle si sucede lo siguiente:

- Falta a tres consultas seguidas en un período de seis meses.
- No sigue nuestras políticas y procedimientos.
- Permite el uso indebido de su tarjeta de identificación de miembro.
- Es alborotador, agresivo o no coopera con nuestro personal, médicos u otros proveedores.

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

Si recibe beneficios de CHIP Perinatal y tiene otros hijos inscritos en el Programa CHIP, serán transferidos a Community Health Choice. Los copagos, el costo compartido y las tarifas de inscripción seguirán aplicándose para esos hijos inscritos en el Programa CHIP. Los beneficios de CHIP Perinatal no tienen copagos.

Si la familia tiene ingresos iguales o inferiores al umbral de elegibilidad de Medicaid, el bebé por nacer que reciba beneficios de CHIP Perinatal será transferido a Medicaid y tendrá 12 meses de cobertura continua de Medicaid a partir de la fecha de nacimiento.

Si la familia tiene ingresos superiores al umbral de elegibilidad de Medicaid, el bebé por nacer continuará recibiendo cobertura a través del Programa CHIP con “CHIP Perinatal para Recién Nacidos” después del nacimiento.

# Beneficios para miembros de CHIP y CHIP Perinatal para Recién Nacidos

Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” corresponden si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “su hijo/mi hijo” corresponden si su hijo es miembro de CHIP o CHIP Perinatal para Recién Nacidos.

## ¿Cuáles son los beneficios de CHIP?

Puede consultar la “Evidencia de Cobertura (EOC) de CHIP”, donde se explica cuáles beneficios están cubiertos y cuáles no. Puede encontrar una copia de la EOC en nuestro sitio web. Si desea solicitar una copia, puede llamar sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600 o ingresar a “My Member Account” (Mi cuenta de miembro).

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

Ingrese en línea a [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > “Find a Provider” (Buscar un proveedor) para encontrar un proveedor en su área que le brinde estos servicios.

## ¿Hay límites para los servicios cubiertos? ¿Qué beneficios no están cubiertos?

Puede consultar la “Evidencia de Cobertura (EOC) de CHIP”, donde se explica cuáles beneficios están cubiertos y cuáles no. Puede encontrar una copia de la EOC en nuestro sitio web. Si desea solicitar una copia, puede llamar sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600 o ingresar a “My Member Account” (Mi cuenta de miembro).

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

Copago: es el monto que USTED debe pagar cuando su HIJO utiliza ciertos servicios de salud cubiertos por el plan de beneficios de salud. Una vez abonado el copago, USTED no debe pagar nada más por esos servicios de salud cubiertos.

USTED no debe pagar ningún monto adicional por los servicios de salud cubiertos, excepto los copagos o los deducibles. Si recibe una factura de un médico o un proveedor que exceda los montos autorizados de copago o deducible, comuníquese con Community Health Choice.

Los miembros de CHIP Perinatal están exentos de toda obligación de costos compartidos, incluidos tarifas de inscripción y copagos.

Los miembros de CHIP que sean indígenas americanos o nativos de Alaska están exentos de toda obligación de costos compartidos, incluidos tarifas de inscripción y copagos. Si usted es indígena americano o nativo de Alaska y su tarjeta de identificación muestra un requisito de copago, llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-760-2600 para corregirlo.

Todos los miembros de CHIP están exentos de copagos para los beneficios de controles médicos de bebés y niño sanos, servicios preventivos o asistencia relacionada con el embarazo.

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

<b>Costos compartidos de CHIP</b>	
	<b>Fecha de entrada en vigor</b> <b>1 de julio de 2022</b>
<b>Tarifas de inscripción (para un período de inscripción de 12 meses):</b>	
	<b>Costo</b>
<u>Igual o menor al 151 % del FPL*</u> o exento de costos compartidos por otro motivo.	<u>\$0</u>
<u>Mayor al 151 % y hasta el 186 % del FPL, inclusive</u>	<u>\$35</u>
<u>Mayor al 186 % y hasta el 201 % del FPL, inclusive</u>	<u>\$50</u>
<b>Copagos (por consulta):</b>	
	<b>Costo</b>
<b>Igual o menor al 151 % del FPL</b>	
Visita en consultorio (no preventiva) No se aplica copago para consultas de salud mental (MH) o uso de sustancias (SUD)	\$5
Sala de emergencias para casos que no son emergencias	\$5
Medicamento genérico	\$0
Medicamento de marca	\$5
Copago por servicios del centro. Paciente hospitalizado (por ingreso). No se aplica copago para tratamiento residencial de salud mental (MH) o uso de sustancias (SUD).	\$35
Límite de costos compartidos	5 % (de los ingresos familiares)**
<b>Mayor al 151 % y hasta el 186 % del FPL, inclusive</b>	<b>Costo</b>
Visita en consultorio (no preventiva) No se aplica copago para consultas de salud mental (MH) o uso de sustancias (SUD)	\$20
Sala de emergencias para casos que no son emergencias	\$75
Medicamento genérico	\$10
Medicamento de marca	\$25 para insulina, \$35 para los demás medicamentos***
Copago por servicios del centro. Paciente hospitalizado (por ingreso). No se aplica copago para tratamiento residencial de salud mental (MH) o uso de sustancias (SUD).	\$75
Límite de costos compartidos	5 % (de los ingresos familiares)**
<b>Mayor al 186 % y hasta el 201 % del FPL, inclusive</b>	<b>Costo</b>
Visita en consultorio (no preventiva) No se aplica copago para consultas de salud mental (MH) o uso de sustancias (SUD)	\$20
Sala de emergencias para casos que no son emergencias	\$75
Medicamento genérico	\$10
Medicamento de marca	\$25 para insulina, \$35 para los demás medicamentos***
Copago por servicios del centro. Paciente hospitalizado (por ingreso). No se aplica copago para tratamiento residencial de salud mental (MH) o uso de sustancias (SUD).	\$125
Límite de costos compartidos	5 % (de los ingresos familiares)**

\*El Nivel federal de pobreza (FPL) se refiere a las guías de ingresos establecidas anualmente por el gobierno federal.

\*\*Por período de cobertura de 12 meses.

\*\*\*Los copagos para insulina no pueden exceder los \$25 por receta para un suministro de 30 días, de acuerdo con la Sección 1358.103 del Código de Seguros de Texas.

## ¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal para Recién Nacidos??

Puede consultar la “Evidencia de Cobertura (EOC) de CHIP Perinatal para Recién Nacidos”, donde se explica cuáles beneficios están cubiertos y cuáles no.

## ¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

ingrese en línea a [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > “Find a Provider” (Buscar un proveedor) para encontrar un proveedor en su área que le brinde estos servicios.

## ¿Qué beneficios recibe mi bebé al nacer?

Según los ingresos de su familia, la primera hospitalización de su recién nacido puede o no ser un beneficio cubierto de CHIP Perinatal. Una vez que su bebé reciba el alta de esa primera hospitalización, comenzará a recibir todos los beneficios de CHIP o Medicaid.

## ¿Qué servicios no están cubiertos?

Puede consultar la “Evidencia de Cobertura (EOC) de CHIP”, donde se explica cuáles beneficios están cubiertos y cuáles no. Puede encontrar una copia de la EOC en nuestro sitio web. Si desea solicitar una copia, puede llamar sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600 o ingresar a “My Member Account” (Mi cuenta de miembro).

## ¿Cuáles son los beneficios para medicamentos con receta?

Community sigue la Lista de medicamentos para proveedores de Texas para Medicaid y CHIP. Las actualizaciones de la lista de medicamentos son administradas por el Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas.

### Cómo buscar:

- Consulte la lista de medicamentos en <https://www.txvendordrug.com/formulary/formulary-search>.
- Introduzca el nombre del medicamento.

### Con la búsqueda sabrá:

- Si el medicamento se encuentra en la lista de medicamentos.
- Si necesita autorización previa para ese medicamento.

Los medicamentos se clasifican como “preferidos” y “no preferidos”. Si necesita un medicamento “no preferido”, su médico deberá llamar a los Servicios para Miembros al número gratuito 1-888-760-2600 y enviar una solicitud especial para obtener el medicamento “no preferido”.

## ¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro de Community Health Choice? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mí o mi hijo?

Los Servicios de Valor Agregado están vigentes desde el 1 de septiembre de 2024 hasta el 31 de agosto de 2025. Pueden aplicarse limitaciones. Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600.

### Línea directa de asesoramiento 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 que necesitan. El personal de enfermería también brinda educación para la salud, seguimiento iniciado por el personal de enfermería y derivaciones dentro de la red.

## **Servicios de transporte**

yuda para obtener transporte para acudir a las consultas médicas.

## **Servicios adicionales para la vista**

Los miembros elegibles pueden decidir cancelar el beneficio de artículos estándar para la visión y aplicar \$120 a la compra de anteojos no estándar O BIEN lentes de contacto, incluidos los lentes descartables y los aranceles de pruebas de lentes de contacto cada doce (12) meses, donde el período de beneficios se calcula desde la fecha del servicio. Esta es una asignación total para artículos para la visión que se puede aplicar según la elección del miembro para armazones, lentes, opciones de lentes o lentes de contacto en lugar de anteojos. La receta de los anteojos debe indicar 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 \$120 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.

## **Ayuda para miembros con asma**

Materiales educativos sobre el asma, una funda de almohada y un protector de colchón hipoalergénicos cada año para miembros inscritos en nuestro Programa de Administración de Cuidado del Asma. El miembro recibe uno por año, según el momento en que haya recibido el anterior.

## **Servicios de bienestar y salud**

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

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

Tarjeta de regalo de \$40 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 ejercicios y juegos saludables**

Tarjeta de regalo de \$50 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 ejercicios y juegos saludables**

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

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

El objetivo de nuestro Programa de Educación para la Salud es brindar a nuestros miembros las herramientas necesarias para mantenerse sanos. Este programa ofrece ferias de salud y exámenes generales de salud.

## **Programa de Administración de Casos Complejos**

El Programa de Administración de Casos Complejos de Community ayuda a coordinar la atención de los miembros con enfermedades médicas complejas. Nuestros administradores de casos complejos ayudan a los miembros a gestionar su atención de salud y otros servicios comunitarios 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 de salud, así como los determinantes sociales de su salud.

Las áreas de asistencia incluyen lo siguiente:

- Educación sobre su enfermedad.
- Ayuda para obtener suministros o equipo médico.
- Elaboración de un plan junto con usted y su proveedor de atención primaria para atender 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 permite gestionar sus necesidades de atención de salud. Nos enfocamos en asma, diabetes, insuficiencia cardíaca, embarazos de alto riesgo y miembros con enfermedades médicas complejas.

Nos comunicaremos con usted si:

- Cumple con los criterios de alguno de los programas que ofrecemos en Community Health Choice.
- Está en riesgo de tener a su bebé antes de tiempo.

Le ayudaremos a:

- Obtener atención luego del nacimiento de su bebé.
- Administrar sus necesidades de atención de salud.
- Coordinar su atención.

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, complete nuestra Evaluación de riesgos para la salud en línea. Vaya a [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > “Members” (Miembros). Analizaremos los resultados y nos pondremos en contacto con usted si vemos que existen posibles problemas. Comparta los resultados con su médico.

## **Beneficios para miembros de CHIP Perinatal**

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

Puede consultar los beneficios cubiertos en el documento de “Evidencia de Cobertura (EOC) para bebés por nacer de CHIP Perinatal”. Allí se detallan los beneficios cubiertos y sus límites. También se detallan los beneficios que no están cubiertos. Puede encontrar una copia de la EOC en nuestro sitio web. Si desea solicitar una copia, puede llamar sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600 o ingresar a “My Member Account” (Mi cuenta de miembro).

### **¿Cómo obtengo estos servicios?**

Su proveedor de atención gineco-obstétrica le brindará estos servicios. Utilice el buscador de proveedores de [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) o el directorio de proveedores para encontrar un proveedor en su área.

## ¿Qué servicios no están cubiertos?

Puede consultar los beneficios cubiertos en el documento de “Evidencia de Cobertura (EOC) para bebés por nacer de CHIP Perinatal”. También se detallan los beneficios que no están cubiertos. Puede encontrar una copia de la EOC en nuestro sitio web. Si desea solicitar una copia, puede llamar sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600 o ingresar a “My Member Account” (Mi cuenta de miembro).

## ¿Cuáles son los beneficios de medicamentos con receta para mi hijo por nacer?

Community sigue la Lista de medicamentos para proveedores de Texas para Medicaid y CHIP. Las actualizaciones de la lista de medicamentos son administradas por el Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas.

### Cómo buscar:

- Consulte la lista de medicamentos en <https://www.txvendordrug.com/formulary/formulary-search>.
- Introduzca el nombre del medicamento

### Con la búsqueda sabrá:

- Si el medicamento se encuentra en la lista de medicamentos.
- Si necesita autorización previa para ese medicamento.

Los medicamentos se clasifican como “preferidos” y “no preferidos”. Si necesita un medicamento “no preferido”, su médico deberá llamar a los Servicios para Miembros al número gratuito 1-888-760-2600 y enviar una solicitud especial para obtener el medicamento “no preferido”.

## ¿Cuánto debo pagar por la atención de salud de mi hijo por nacer con CHIP Perinatal?

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

Muestre su tarjeta de identificación cuando visite un consultorio o una sala de emergencias, o para obtener un medicamento con receta.

## ¿Tendré que pagar por servicios que no sean beneficios cubiertos?

Sí. CHIP paga los beneficios que cubre el programa. Si utiliza servicios que no estén cubiertos, es posible que tenga que pagarlos.

## ¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro por nacer de CHIP Perinatal de Community Health Choice? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo por nacer?

Los Servicios de Valor Agregado están vigentes desde el 1 de septiembre de 2024 hasta el 31 de agosto de 2025. Pueden aplicarse limitaciones. Si tiene alguna pregunta, llame sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600.

### Línea directa de asesoramiento 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 que necesitan. El personal de enfermería también brinda educación para la salud, seguimiento iniciado por el personal de enfermería y derivaciones dentro de la red.

### Servicios de transporte

Ayuda adicional para obtener transporte para acudir a las consultas médicas.

## **Servicios de bienestar y salud**

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

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

El objetivo de nuestro Programa de Educación para la Salud es brindar a nuestros miembros las herramientas necesarias para mantenerse sanos. Este programa ofrece ferias de salud y exámenes generales de salud.

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

Nuestro Programa de Administración de Cuidado permite gestionar sus necesidades de atención de salud. Nos enfocamos en asma, diabetes, insuficiencia cardíaca, embarazos de alto riesgo y miembros con enfermedades médicas complejas.

Nos comunicaremos con usted si:

- Cumple con los criterios de alguno de los programas que ofrecemos en Community Health Choice.
- Está en riesgo de tener a su bebé antes de tiempo.

Le ayudaremos a:

- Obtener atención luego del nacimiento de su bebé.
- Administrar sus necesidades de atención de salud.
- Coordinar su atención.

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, complete nuestra Evaluación de riesgos para la salud en línea.

Vaya a [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > “Member Resources” (Recursos para miembros).

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

### **Programa de Administración de Casos Complejos**

El Programa de Administración de Casos Complejos de Community ayuda a coordinar la atención de los miembros con enfermedades médicas complejas. Nuestros administradores de casos complejos ayudan a los miembros a gestionar su atención de salud y otros servicios comunitarios 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 de salud, así como los determinantes sociales de su salud.

Las áreas de asistencia incluyen lo siguiente:

- Educación sobre su enfermedad.
- Ayuda para obtener suministros o equipo médico.
- Elaboración de un plan junto con usted y su proveedor de atención primaria para atender 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 miembros de CHIP y CHIP Perinatal para Recién Nacidos

Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” corresponden si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” o “mi hija” corresponden si su hijo es miembro de CHIP o CHIP Perinatal para Recién Nacidos.

## ¿Qué significa “médicamente necesario”?

### PARA MIEMBROS DE CHIP Y CHIP PERINATAL

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP, CHIP Perinatal para Recién Nacidos y CHIP Perinatal deben cumplir con la definición de CHIP de “médicamente necesario”. Un miembro de CHIP Perinatal es un bebé por nacer.

### Médicamente necesario significa:

1. Servicios de atención médica:
  - a. Razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, brindar exámenes de detección temprana, intervenciones o tratamientos de enfermedades que causen sufrimiento o dolor, provoquen deformidad física o limitaciones funcionales, representen una amenaza de causar o agravar una discapacidad, causen enfermedad o debilidad o pongan en peligro la vida de un miembro.
  - b. Prestados en instalaciones adecuadas y en los niveles de atención apropiados para el tratamiento de los problemas de salud del miembro.
  - c. Coherentes con las guías de práctica médica y los estándares respaldados por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por agencias gubernamentales.
  - d. Acordes con los diagnósticos del miembro.
  - e. Que no sean más intrusivos ni restrictivos de lo necesario para lograr un equilibrio adecuado entre seguridad, eficacia y eficiencia.
  - f. Que no sean experimentales ni de investigación.
  - g. Que no se presten principalmente por conveniencia del miembro o el proveedor.
2. Servicios de salud conductual:
  - a. Razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de un trastorno de salud mental o dependencia química, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento derivado de dicho trastorno.
  - b. Que sigan pautas clínicas profesionalmente aceptadas y estándares de práctica en atención de salud conductual.
  - c. Proporcionados en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el que puedan prestarse de manera segura.
  - d. Correspondientes al nivel o el tipo de servicio más adecuado que pueda brindarse de manera segura.
  - e. Que no puedan omitirse sin afectar negativamente la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención brindada.
  - f. Que no sean experimentales ni de investigación.
  - g. Que no se presten principalmente por conveniencia del miembro o el proveedor.

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

La atención médica de rutina ocurre cuando usted o su hijo hacen una consulta con su proveedor de atención primaria para asegurarse de que se encuentre en buen estado de salud. La atención médica de rutina incluye chequeos regulares de niños sanos, vacunaciones, tratamiento de enfermedades y seguimiento.

### **¿Qué tan pronto me atenderán a mí o a mi hijo?**

Usted o su hijo podrán ver al proveedor de atención primaria dentro de las dos semanas posteriores a su llamada al proveedor.

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

Un problema es urgente cuando usted o su hijo están enfermos o heridos y necesitan tratamiento de inmediato para no empeorar. Si su problema es urgente (pero no es una emergencia), visite a su proveedor de atención primaria.

### **¿Qué tan pronto me atenderán a mí o a mi hijo?**

Si usted o su hijo tienen un problema urgente, lo cual incluye la necesidad de atención especializada de urgencia, serán atendidos dentro de las 24 horas. Llame primero al proveedor de atención primaria si usted o su hijo tienen alguno de estos problemas:

- Resurtido de medicamentos Fiebre
- Dolor de oídos
- Dolor de muelas o dentición del bebé
- Erupción cutánea
- Resfriados, tos, dolor de garganta, gripe o sinusitis
- Quemadura de sol leve
- Dolor crónico de espalda
- Dolor de cabeza leve
- Yeso roto
- Retiro de puntos de sutura

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

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

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

La atención de emergencias es un servicio cubierto. Se brinda atención de emergencia para afecciones médicas de emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia. Una “afección médica de emergencia” es una afección médica caracterizada por síntomas agudos repentinos, lo suficientemente graves (incluso un dolor intenso), que llevarían a una persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina a considerar que la falta de atención médica inmediata podría resultar en lo siguiente:

- peligro grave para la salud del miembro,
- deterioro grave de las funciones corporales,
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo,

- desfiguración grave, o
- en el caso de una embarazada que sea miembro de CHIP, un grave peligro para la salud de la miembro de CHIP o su bebé por nacer.

Una “afección de salud mental de emergencia” es cualquier afección, sin importar su naturaleza o causa, que, en opinión de una persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina:

- Requiere intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro representaría un peligro inmediato para sí mismo u otras personas.
- Vuelve al miembro incapaz de controlar, conocer o comprender las consecuencias de sus acciones.

### **¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia?**

Los “servicios de emergencia” y la “atención de emergencia” se refieren a los servicios de atención médica que prestan médicos, proveedores o personal, dentro o fuera de la red, en el departamento de emergencias de un hospital, un centro médico de emergencias independiente u otra instalación similar, dentro o fuera de la red, para evaluar y estabilizar afecciones médicas de emergencia o afecciones de salud mental de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen cualquier examen médico de evaluación o cualquier otra evaluación exigida por la ley estatal o federal que sea necesaria para determinar si existe una afección médica de emergencia o una afección de salud mental de emergencia.

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

Usted o su hijo recibirán atención lo antes posible. El proveedor o el personal de la sala de emergencias tomarán la decisión según el estado en que se encuentre usted o su hijo.

### **¿Mi cobertura incluye hospitales?**

Community Health Choice ofrece hospitales dentro de la red que están cerca y son convenientes. Puede consultar nuestra red de hospitales en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org). Pregunte a su médico en qué hospitales tiene permiso para ejercer. Pregunte a su médico cuál es el mejor hospital para su afección. Es importante utilizar un hospital de la red cuando busque atención. En caso de emergencia, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano

### **¿Qué debe hacer un miembro de CHIP o CHIP Perinatal para Recién Nacidos ante una emergencia?**

- Diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano.
- Llame al 9-1-1 si usted o su hijo necesitan ayuda para dirigirse al hospital.
- Llame a su proveedor de atención primaria o el de su hijo dentro de las 24 horas, o lo antes posible, para informarle y para que pueda brindarles atención de seguimiento.

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

Community Health Choice pagará algunos servicios dentales de emergencia que se brinden en un hospital, un centro de atención de urgencias o un centro quirúrgico ambulatorio, tales como los siguientes:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos en dientes y estructuras de soporte
- Extracción de quistes

- Tratamiento de abscesos orales de origen en dientes o encías
- Tratamiento de anomalías craneofaciales
- Medicamentos para cualquiera de las condiciones anteriores

Community Health Choice también cubre otros servicios dentales que su hijo reciba en un hospital, un centro de atención de urgencias o un centro quirúrgico ambulatorio. Esto incluye la atención del médico y otros servicios que su hijo podría necesitar, como anestesia.

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

### **¿Qué hago si necesito o mi hijo necesita atención dental de emergencia?**

Durante el horario habitual de atención, llame al dentista principal de su hijo para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después del cierre del consultorio del dentista principal, llámenos sin cargo al 1-888-760-2600.

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

Los servicios de estabilización posterior son servicios cubiertos por CHIP para mantener su condición estable después de haber recibido atención médica de emergencia.

### **¿Cómo obtengo/obtiene mi hijo atención médica si el consultorio del proveedor de atención primaria está cerrado? ¿Cómo obtengo atención fuera de horario?**

Debe llamar al consultorio de su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Puede comunicarse con el proveedor de atención primaria o con un médico de respaldo las 24 horas del día, los siete días de la semana. O puede llamar a la línea de Asesoramiento médico las 24 horas del día al 1-888-332-2730. Nuestro personal de enfermería puede ayudar a usted o a su hijo a recibir atención de salud adecuada. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

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

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 al hospital más cercano y luego llámenos sin cargo al 1-888-760-2600.

### **¿Qué pasa si estoy o mi hijo está 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 usted o su hijo se sientan mejor, deben regresar a nuestra área de servicio para recibir atención de seguimiento. Cubrimos la atención médica de emergencias reales en cualquier lugar donde usted o su hijo viajen dentro de los Estados Unidos. No necesita llamar a su proveedor de atención primaria o al de su hijo para recibir atención de emergencia. Sin embargo, debe comunicarse con él y los Servicios para Miembros dentro de las 24 horas siguientes a la emergencia o tan pronto como sea posible.

### **¿Qué pasa si estoy/mi hijo está fuera del país?**

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

## **¿Qué pasa si necesito/mi hijo necesita consultar a un médico especialista?**

Su proveedor de atención primaria o el de su hijo pueden tratar la mayoría de los problemas. A veces usted o su hijo pueden necesitar atención de un especialista y el proveedor de atención primaria le ayudará a encontrar uno. También pueden necesitar atención hospitalaria que no sea de emergencia y el proveedor de atención primaria lo derivará a un hospital si fuera necesario.

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

## **¿Qué es una derivación?**

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

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

El especialista los atenderá lo antes posible, generalmente dentro de las ocho a diez semanas. Por supuesto, si se trata de una urgencia, el especialista podría atenderlos dentro de las 24 horas de su solicitud. Si necesita ayuda o no puede esperar tanto, llame a los Servicios para Miembros y podríamos encontrar otro especialista que pueda verlo antes..

## **¿Qué servicios no necesitan una derivación?**

Community Health Choice no solicita derivaciones, pero algunos servicios pueden requerir una Autorización Previa (AP). Pregúntele a su médico o al de su hijo qué servicios necesitan AP y cuáles no.

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

Si quiere una segunda opinión, llame a los Servicios para Miembros. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red o uno fuera de la red si no hay uno de la red disponible. Tal vez quiera pedir una segunda opinión si:

1. Recibió un diagnóstico o indicaciones de su proveedor que no cree que sean correctos o completos.
2. Su proveedor le dice que necesita una cirugía.
3. Siguió las indicaciones del médico, pero no está mejorando.

Cuando vaya a la consulta, dígame al médico que está allí para una segunda opinión.

## **¿Cómo obtengo ayuda si tengo/mi hijo tiene problemas de salud (mental) conductual o de drogas?**

Si usted o su hijo tienen un problema de salud mental, alcohol o drogas, o necesita atención de urgencia, 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 derivación para esto?**

No. Usted o su hijo no necesitan ver a su proveedor de atención primaria primero para obtener una derivación. Community Health Choice cumple con lo establecido por la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones (MHPAEA). 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.

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

### **¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo?**

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos indicados por su médico o el de su hijo. Su médico o el de su hijo le darán una receta para que lleve a la farmacia o la pueden enviar directamente a la farmacia.

No están cubiertos los medicamentos anticonceptivos recetados solo para prevenir embarazos ni los medicamentos para bajar o subir de peso.

Según sus ingresos, es posible que tenga que abonar un copago por cada medicamento con receta. Los miembros de CHIP Perinatal para Recién Nacidos no tienen que abonar copagos.

### **¿Cómo encuentro una farmacia de la red?**

Puede consultar nuestro directorio de proveedores, llamar sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600 o consultar nuestro sitio web en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org).

### **¿Qué pasa si voy a una farmacia que no pertenece a la red?**

Hay muchas farmacias en nuestra red. Consulte la lista completa en nuestro sitio web en [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org) > “Find a Provider” (Buscar un proveedor) > “Products” (Productos) > “Pharmacy” (Farmacia). También puede llamar a los Servicios para Miembros al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600. Si va a una farmacia que no forma parte de nuestra red, no cubriremos los medicamentos con receta y deberá pagar el precio total.

### **¿Qué debo llevar a la farmacia?**

Debe llevar lo siguiente:

- Receta
- Tarjeta de identificación de miembro
- Copago (solo los miembros de CHIP)

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

Algunas farmacias de nuestra red hacen envíos a domicilio. Consulte en nuestro sitio web en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > “Find a Provider” (Buscar un proveedor) > “Products” (Productos) > “Pharmacy” (Farmacia) para ver las farmacias que hacen envíos. También puede llamar a los Servicios para Miembros al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600.

### **¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos?**

Llame a los Servicios para Miembros al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600. Podemos ayudarle a encontrar una farmacia de la red en su área.

### **¿Qué pasa si no consigo la aprobación de mi receta o la de mi hijo?**

Si no puede contactar a su médico o al de su hijo para que aprueben una receta, puede obtener un suministro de emergencia del medicamento para tres días. Llame sin cargo a los Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1-888-760-2600 para recibir ayuda con los medicamentos y las reposiciones.

### **¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos o los de mi hijo?**

Llame a los Servicios para Miembros al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600 para obtener ayuda

### **¿Qué pasa si necesito/mi hijo necesita medicamentos de venta libre?**

Los beneficios de CHIP no cubren medicamentos de venta libre, por lo que la farmacia no podrá entregárselos. Si usted o su hijo necesitan un medicamento de venta libre, deberá pagarlo de su bolsillo.

### **¿Qué pasa si necesito o mi hija necesita anticonceptivos orales?**

La farmacia no puede darles anticonceptivos orales para prevenir embarazos. Solo se pueden obtener anticonceptivos orales si se necesitan para tratar una afección médica.

### **¿Cómo obtengo servicios de atención de la vista para mí o mi hijo?**

Llame a los Servicios para Miembros para obtener una lista de proveedores de atención de la vista para usted o su hijo. Llame sin cargo al 1-888-760-2600. Usted o su hijo pueden realizarse un examen de la vista y obtener anteojos una vez cada 12 meses. Usted o su hijo deben recibir servicios de nuestros proveedores de atención de la vista. Usted o su hijo pueden obtener lentes de contacto en lugar de anteojos una vez al año. El costo máximo es de \$120. Puede obtener artículos para la visión cada 12 meses.

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

La Intervención en la Primera Infancia (ECI) es un programa estatal para familias con hijos desde recién nacidos hasta los tres años de edad que tengan discapacidades o retrasos en su desarrollo. Si tiene inquietudes relacionadas con el crecimiento y el aprendizaje de su bebé, ECI puede ayudarle. ECI apoya a las familias para que sus hijos alcancen su máximo potencial mediante servicios para el desarrollo.

### **¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?**

Para encontrar un proveedor de ECI en su área, llame a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos al número gratuito 1-877-787-8999 (TDD 7-1-1) o visite la página web de ECI en <https://hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services>. Si utiliza un proveedor de ECI, recuerde informar la atención que recibe al proveedor de atención primaria de su hijo para garantizar la continuidad de la atención.

### **¿Necesito una derivación para esto?**

No. Las derivaciones pueden hacerse según el criterio profesional o la preocupación de la familia. No se requiere un diagnóstico médico ni la confirmación de un retraso en el desarrollo para acceder a los servicios de ECI. Las familias pueden hacer una derivación por su cuenta en la página de ECI en <https://hhs.texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services> o llamar sin cargo al 1-877-787-8999.

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

Community Health Choice pagará algunos servicios dentales de emergencia que se brinden en un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio. Community Health Choice pagará lo siguiente:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos en dientes y estructuras de soporte
- Extracción de quistes

- Tratamiento de abscesos orales de origen en dientes o encías
- Tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales

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

Las prestaciones médicas de CHIP incluyen cobertura odontológica de emergencia limitada para mandíbula dislocada, daños traumáticos en los dientes, extracción de quistes, tratamiento de abscesos dentales de origen en dientes o encías, tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales y medicamentos.

El plan dental de CHIP de su hijo cubre todos los demás servicios dentales, incluidos los servicios para prevenir la caries y tratar problemas dentales. Llame al plan dental de CHIP de su hijo para obtener más información sobre los servicios odontológicos que ofrece.

### **¿Puedo tener un intérprete cuando hablo con mi médico o el de mi hijo?**

Sí.

### **¿A quién llamo para conseguir un intérprete?**

Llame sin cargo a los Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1-888-760-2600 para coordinar la asistencia de un intérprete.

### **¿Con cuánta anticipación debo llamar?**

Debe llamar al menos tres días hábiles antes de su consulta.

### **¿Cómo puedo conseguir un intérprete presencial en el consultorio del proveedor?**

Llame sin cargo a los Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1-888-760-2600 para coordinar la asistencia de un intérprete.

### **¿Qué pasa si necesito/mi hija necesita atención gineco-obstétrica?**

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

Usted o su hija pueden recibir atención prenatal sin una derivación. El obstetra/ginecólogo debe notificarnos sobre las visitas de control del embarazo. Si usted o su hija están embarazadas, llame de inmediato al trabajador social de CHIP del miembro de CHIP y a nuestro Departamento de Servicios para Miembros.

#### **Atención, miembros:**

Tiene derecho a elegir un obstetra/ginecólogo para usted o su hija sin necesidad de una derivación por parte del proveedor de atención primaria. Un obstetra/ginecólogo puede brindarle lo siguiente:

- Un chequeo de rutina cada año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención para cualquier afección médica femenina
- Derivación a un médico especialista dentro de la red de Community Health Choice

Community Health Choice permite que usted o su hija elijan un obstetra/ginecólogo que no esté en la misma red que su proveedor de atención primaria.

## **¿En cuánto tiempo pueden atenderme/atender a mi hija después de contactar al obstetra/ginecólogo para una consulta?**

El obstetra/ginecólogo debe atenderlas dentro de los 14 días posteriores a su solicitud. La atención prenatal debe brindarse dentro de los 14 días de la solicitud, excepto en casos de embarazos de alto riesgo o miembros nuevos en el tercer trimestre, en cuyo caso debe ofrecerse una cita dentro de los 5 días o de inmediato si existiera una emergencia.

No necesita una derivación. El obstetra/ginecólogo debe solicitar autorización previa para algunos estudios y procedimientos.

## **¿Puedo/puede mi hija seguir con un obstetra/ginecólogo que no sea parte de Community Health Choice?**

Sí. Si usted pasó a ser elegible para CHIP en los últimos tres meses de su embarazo, se le permite ver a su obstetra/ginecólogo actual. Si su obstetra/ginecólogo no forma parte de nuestra red, infórmenos para que podamos coordinar con su proveedor y asegurarnos de que pueda seguir atendiéndose allí. Solo puede atenderse con médicos y parteras que sean proveedores de CHIP de Texas.

## **¿Qué pasa si estoy/mi hija está embarazada?**

Usted o su hija pueden recibir atención prenatal sin una derivación. El obstetra/ginecólogo debe solicitar autorización previa para algunos estudios y procedimientos. El obstetra/ginecólogo debe notificar a Community Health Choice sobre las visitas de control del embarazo.

## **¿A quién debo llamar?**

Llame al 2-1-1.

Si un miembro de CHIP resulta elegible para Medicaid, debe solicitar Medicaid. Si el miembro CHIP no es elegible para Medicaid, la HHSC extenderá su período de elegibilidad para garantizar que mantenga su cobertura durante el embarazo y hasta el final del segundo mes completo después del mes de nacimiento del bebé. Los recién nacidos de miembros de CHIP son inscriptos automáticamente en el plan de salud de la madre al nacer. Los bebés que sean elegibles para Medicaid NO son elegibles para CHIP.

## **¿Qué otros servicios, actividades o formación ofrece Community Health Choice a 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 tengo/mi hijo tiene necesidades especiales de atención médica y necesito ayuda?**

Llamar sin cargo a nuestra línea de Servicios para Miembros al 1888.760.2600. También puede comunicarse con su proveedor de atención primaria o el de su hijo para que le ayude a obtener información sobre los servicios disponibles para usted o su bebé y acceder a ellos. Los miembros con necesidades especiales de atención médica tienen acceso directo a nuestros especialistas dentro de la red.

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

Podría recibir una factura si acude a un médico que no forme parte de Community Health Choice. También podría recibir una factura si recibió tratamiento en una sala de emergencias por un caso que no era una emergencia. Si recibe facturas por servicios que no están cubiertos, el programa CHIP NO pagará estas facturas.

Muestre siempre su tarjeta de identificación de miembro de CHIP o CHIP Perinatal cuando usted o su hijo reciban servicios médicos de un médico que pertenezca a Community Health Choice.

## ¿A quién debo llamar?

Si recibe una factura por servicios cubiertos, llame al proveedor y proporcione la información que aparece en su tarjeta de identificación de miembro de CHIP o CHIP Perinatal..

## ¿Qué información necesitarán?

Necesitarán los datos de su tarjeta de identificación de miembro y la información de la factura. Si el problema continúa, llame a los Servicios para Miembros.

## ¿Qué debo hacer si me mudo/mi hijo se muda?

En cuanto tenga su nueva dirección, llame al 2-1-1 o actualice su cuenta en [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com) para informar a la HHSC y llame al Departamento de Servicios para Miembros de Community Health Choice al número gratuito 1-888-760-2600. Para recibir servicios de CHIP en su nueva área, debe comunicarse con Community Health Choice, a menos que necesite atención de emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de Community Health Choice hasta que la HHSC cambie su dirección.

# Derechos y responsabilidades de los miembros

## ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

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

#### DERECHOS DEL MIEMBRO

1. Tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender para ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre el plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores para su hijo.
2. Su plan de salud debe informarle si utiliza una “red de proveedores limitada”. Esto es un grupo de médicos y otros proveedores que solo derivan a los pacientes a otros médicos dentro del mismo grupo. Una “red de proveedores limitada” implica que no podrá consultar a todos los médicos incluidos en su plan de salud. Si su plan de salud utiliza “redes limitadas”, debe verificar que el proveedor de atención primaria de su hijo y cualquier especialista que quisiera consultar formen parte de la misma “red limitada”.
3. Tiene derecho a saber cómo se paga a los médicos. Algunos médicos reciben un pago fijo sin importar cuántas veces los visite. Otros reciben pagos según los servicios que brinden a su hijo. Tiene derecho a conocer cuáles 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 quiénes son las personas del plan que toman esas decisiones.
5. Tiene derecho a conocer los nombres y las direcciones de los hospitales y otros proveedores incluidos en su plan de salud.
6. Tiene derecho a elegir de una lista de proveedores de atención médica lo suficientemente amplia como para garantizar que su hijo reciba el tipo de atención adecuada cuando la necesite.
7. Si un médico determina que su hijo tiene necesidades especiales de atención médica o una discapacidad, puede elegir a un especialista como proveedor de atención primaria para su hijo. Consúltelo con su plan.
8. Los niños diagnosticados que tienen necesidades especiales de atención médica o una discapacidad tienen derecho a recibir atención especializada.

9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el médico que lo atiende deja de formar parte de su plan de salud, su hijo puede seguir consultándolo durante tres meses y el plan de salud debe seguir cubriendo esos servicios. Pregunte a su plan cómo funciona este proceso.
10. Su hija tiene derecho a consultar a un obstetra/ginecólogo que forme parte de la red, sin necesidad de una derivación de su proveedor de atención primaria y sin consultar primero con su plan de salud. Pregunte a su plan cómo funciona esto. Algunos planes pueden requerir que elija un obstetra/ginecólogo antes de acudir a la consulta sin una derivación.
11. Su hijo tiene derecho a recibir atención de emergencia si usted considera razonablemente que su vida está en peligro o que podría sufrir lesiones graves si no recibe tratamiento de inmediato. La cobertura para emergencias está disponible sin necesidad de consultar primero con su plan de salud. Es posible que deba abonar un copago, según sus ingresos. (Los miembros de CHIP Perinatal no tienen copagos).
12. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones relacionadas con la atención médica de su hijo.
13. Tiene derecho a representar a su hijo en todas las decisiones sobre su tratamiento.
14. Tiene derecho a solicitar una segunda opinión de otro médico de su plan de salud sobre el tratamiento que su hijo necesita.
15. Tiene derecho a recibir un trato justo por parte del plan de salud, médicos, hospitales y demás proveedores.
16. Tiene derecho a hablar con los médicos y demás proveedores de su hijo en privado, y que los registros médicos de su hijo se mantengan confidenciales. Tiene derecho a ver y hacer copias de los registros médicos de su hijo, y solicitar correcciones a los registros.
17. Tiene derecho a un proceso justo y ágil para resolver problemas con su plan de salud y los médicos, hospitales y otros proveedores del plan que brindan servicios a su hijo. Si su plan de salud determina que no cubrirá un servicio o un beneficio que el médico de su hijo considera médicamente necesario, tiene derecho a que un grupo independiente, ajeno al plan, evalúe si la decisión de su médico o el plan era correcta.
18. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y demás proveedores pueden informarle sobre el estado de salud, la atención médica y el tratamiento de su hijo. Su plan de salud no puede impedirles brindarle esta información, aunque la atención o el tratamiento no sean un servicio cubierto.
19. Tiene derecho a saber que solo es responsable de abonar los copagos establecidos para los servicios cubiertos. Los médicos, los hospitales y demás proveedores no pueden exigirle ningún pago adicional por los servicios cubiertos.

## **RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

Tanto usted como su plan de salud comparten el interés por mejorar la salud de su hijo. Usted puede contribuir al asumir las responsabilidades siguientes:

1. Procure seguir hábitos saludables. Recomiende a su hijo evitar el uso de tabaco y llevar una alimentación saludable.
2. Debe involucrarse en las decisiones médicas sobre los tratamientos de su hijo.
3. Debe colaborar con los médicos y demás proveedores de su plan de salud para elegir los tratamientos para su hijo con los que estén todos de acuerdo.
4. Si tiene algún desacuerdo con su plan de salud, primero debe intentar resolverlo a través del proceso para presentar quejas del plan de salud.

5. Debe informarse sobre lo que cubre y lo que no cubre su plan de salud. Lea el Manual para miembros para entender cómo funcionan las reglas.plan's complaint process.
6. Si programa una cita para su hijo, procure llegar a tiempo a la consulta médica. Si no puede asistir, asegúrese de llamar y cancelarla.
7. Si su hijo tiene CHIP, usted es responsable de abonar los copagos correspondientes al médico y los demás proveedores. Si su hijo recibe servicios de CHIP Perinatal, no deberá abonar ningún copago por ese niño.
8. Debe denunciar cualquier uso indebido de los servicios de CHIP o CHIP Perinatal por parte de proveedores de atención médica, otros miembros o los planes de salud.
9. Debe hablar con su proveedor sobre los medicamentos recetados.

Si cree que recibió un trato injusto o discriminatorio, llame sin cargo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del HHS en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

## **Atención médica y otros servicios para miembros de CHIP Perinatal**

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

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP, CHIP Perinatal para Recién Nacidos y CHIP Perinatal deben cumplir con la definición de CHIP de “medicamente necesario”. Un miembro de CHIP Perinatal es un bebé por nacer.

### **Medicamente necesario significa:**

1. Servicios de atención médica
  - a. Razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, brindar exámenes de detección temprana, intervenciones o tratamientos de enfermedades que causen sufrimiento o dolor, provoquen deformidad física o limitaciones funcionales, representen una amenaza de causar o agravar una discapacidad, causen enfermedad o debilidad o pongan en peligro la vida de un miembro.
  - b. Prestados en instalaciones adecuadas y en los niveles de atención apropiados para el tratamiento de los problemas de salud del miembro.
  - c. Coherentes con las guías de práctica médica y los estándares respaldados por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por agencias gubernamentales.
  - d. Acordes con los diagnósticos del miembro.
  - e. Que no sean más intrusivos ni restrictivos de lo necesario para lograr un equilibrio adecuado entre seguridad, eficacia y eficiencia.
  - f. Que no sean experimentales ni de investigación.
  - g. Que no se presten principalmente por conveniencia del miembro o el proveedor.
2. Servicios de salud conductual:
  - a. Razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de un trastorno de salud mental o dependencia química, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento derivado de dicho trastorno.

- b. Que sigan pautas clínicas profesionalmente aceptadas y estándares de práctica en atención de salud conductual.
- c. Proporcionados en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el que puedan prestarse de manera segura.
- d. Correspondientes al nivel o el tipo de servicio más adecuado que pueda brindarse de manera segura.
- e. Que no puedan omitirse sin afectar negativamente la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención brindada.
- f. Que no sean experimentales ni de investigación.
- g. Que no se presten principalmente por conveniencia del miembro o el proveedor.

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

La atención médica de rutina es cuando usted hace una consulta con su proveedor de CHIP Perinatal para asegurarse de que su bebé por nacer se encuentra en buen estado de salud. La atención médica de rutina incluye controles prenatales regulares y atención de seguimiento.

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

Podrá ver al proveedor de atención perinatal o al proveedor de atención primaria dentro de las dos semanas posteriores a su llamada.

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

Un problema es urgente cuando necesita tratamiento inmediato para su hijo por nacer. Si su problema es urgente pero no es una emergencia, visite a su proveedor de CHIP Perinatal.

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

Si el problema es urgente, recibirá atención dentro de las 24 horas. Si tiene algún problema con su hijo por nacer, primero llame a su proveedor de CHIP Perinatal.

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

Un miembro de CHIP Perinatal se define como un niño por nacer. La atención de emergencia es un servicio cubierto si está directamente relacionada con el parto del niño hasta el nacimiento. La atención de emergencia se brinda para las afecciones médicas de emergencia siguientes:

- Examen médico de detección para determinar si existe una emergencia cuando esté directamente relacionada con el parto del niño por nacer cubierto.
- Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto para el nacimiento del niño por nacer cubierto.
- El transporte de emergencia terrestre, aéreo y acuático para trabajo de parto y por amenaza de trabajo de parto es un beneficio cubierto.
- El transporte de emergencia terrestre, aéreo y acuático por una emergencia asociada a (a) aborto espontáneo o (b) embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal) es un beneficio cubierto.

Límites de los beneficios: Los servicios posteriores al parto o las complicaciones que deriven en la necesidad de servicios de emergencia para la madre de CHIP Perinatal no son un beneficio cubierto.

## **¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia?**

Los “servicios de emergencia” o la “atención de emergencia” son servicios hospitalarios o ambulatorios cubiertos, que brinda un proveedor preparado para prestar dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, e incluyen los servicios de atención posterior a la estabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del niño.

## **¿Mi cobertura incluye hospitales?**

Community Health Choice ofrece hospitales dentro de la red que están cerca y son convenientes. Puede consultar nuestra red de hospitales en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org). Pregunte a su médico en qué hospitales tiene permiso para ejercer. Pregunte a su médico cuál es el mejor hospital para su afección. Es importante utilizar un hospital de la red cuando busque atención. En caso de emergencia, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano.

## **¿Qué debe hacer un miembro de CHIP Perinatal ante una emergencia?**

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

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

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

Los servicios de emergencia deben prestarse en cuanto llegue al lugar de atención, incluso si se trata de centros que no pertenecen a la red o su área de cobertura.

## **¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de atención primaria está cerrado?**

Debe llamar al consultorio de su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Puede comunicarse con el proveedor de atención primaria o con un médico de respaldo las 24 horas del día, los siete días de la semana. O puede llamar a la línea de Asesoramiento médico las 24 horas del día al 1-888-332-2730. Nuestro personal de enfermería puede ayudar a usted o a su hijo a recibir atención de salud adecuada. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

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

Si usted o su hijo necesitan atención médica estando fuera de la ciudad o el 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 el estado, diríjase al hospital más cercano y luego llámenos al 713-295-2294 o llame sin cargo al 1-888-760-2600.

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

## ¿Qué pasa si estoy/mi hijo está fuera del país?

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

## ¿Qué es una derivación?

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

## ¿Qué servicios no necesitan una derivación?

1. Atención de emergencia para miembros de CHIP Perinatal: los servicios de emergencia y la atención médica de emergencia son servicios cubiertos solo si se trata de trabajo de parto que resulta en el nacimiento del bebé. Si la atención de emergencia no está relacionada con el trabajo de parto para el nacimiento de su hijo, tendrá que solicitar Emergency Medicaid o pagar por los servicios usted misma.
2. Atención obstétrica o ginecológica
3. Atención prenatal: puede recibir atención prenatal sin una derivación. Su proveedor de CHIP Perinatal debe solicitar autorización para hacer derivaciones para ciertos exámenes y procedimientos, y debe notificarnos de sus visitas de atención del embarazo.
4. Servicios de salud conductual (mental) o tratamiento por abuso de drogas y alcohol.

## ¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Si quiere una segunda opinión, llame a los Servicios para Miembros. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de la red o uno fuera de la red si no hay uno de la red disponible. Tal vez quiera pedir una segunda opinión si:

1. Recibió un diagnóstico o indicaciones de su proveedor que no cree que sean correctos o completos.
2. Su proveedor le dice que necesita una cirugía.
3. Siguió las indicaciones del médico, pero no está mejorando.

Cuando vaya a la consulta, dígame al médico que está allí para una segunda opinión.

## ¿Qué pasa si necesito servicios que no están incluidos en la cobertura de CHIP Perinatal?

No cubriremos los costos de atención hospitalaria, equipo médico ni atención de un especialista que no sean de emergencia para usted, su hijo por nacer o su hijo, a menos que el proveedor de atención perinatal o el proveedor de atención primaria del miembro de CHIP realicen una derivación.

## ¿Cómo obtengo mis medicamentos?

CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que el médico le indicará para su embarazo. Su médico le dará una receta para que lleve a la farmacia o la puede enviar directamente.

Los miembros de CHIP Perinatal no tienen que abonar copagos.

## ¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Puede consultar nuestro directorio de proveedores, llamar sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600 o consultar nuestro sitio web en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org).

### **¿Qué pasa si voy a una farmacia que no pertenece a la red?**

Si va a una farmacia que no forma parte de nuestra red, no cubriremos los medicamentos con receta y deberá pagar el precio total.

Hay muchas farmacias en nuestra red. Consulte la lista completa en nuestro sitio web en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > “Find a Provider” (Buscar un proveedor) > “Products” (Productos) > “Find a Pharmacy” (Buscar una farmacia). También puede llamar a los Servicios para Miembros al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600.

### **¿Qué debo llevar a la farmacia?**

Debe llevar lo siguiente:

- Receta
- Tarjeta de identificación de miembro

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

Algunas farmacias de nuestra red hacen envíos a domicilio. Consulte en nuestro sitio web en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) > “Find a Provider” (Buscar un proveedor) > “Find a Pharmacy” (Buscar una farmacia) para ver las farmacias que hacen envíos. También puede llamar a los Servicios para Miembros al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600.

### **¿Con quién debo comunicarme si tengo problemas para obtener mis medicamentos?**

Llame a los Servicios para Miembros al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600. Podemos ayudarle a encontrar una farmacia de la red en su área.

### **¿Qué pasa si no consigo la aprobación de mi receta o la de mi hijo?**

Si no puede contactar a su médico o al de su hijo para que aprueben una receta, puede obtener un suministro de emergencia del medicamento para tres días. Llame sin cargo a los Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1-888-760-2600 para recibir ayuda con los medicamentos y las reposiciones.

### **¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?**

Llame a los Servicios para Miembros al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600 para obtener ayuda

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

Los beneficios de CHIP no cubren medicamentos de venta libre, por lo que la farmacia no podrá entregárselos. Si necesita un medicamento de venta libre, deberá pagarlo de su bolsillo.

### **¿Puedo tener un intérprete cuando hablo con mi proveedor de atención perinatal?**

Sí.

### **¿A quién llamo para conseguir un intérprete?**

Llame sin cargo a los Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1-888-760-2600 para coordinar la asistencia de un intérprete.

### **¿Con cuánta anticipación debo llamar?**

Debe llamar al menos tres días hábiles antes de su consulta

### **¿Cómo puedo conseguir un intérprete presencial en el consultorio del proveedor?**

Llame sin cargo a los Servicios para Miembros de Community Health Choice al 1-888-760-2600 para coordinar la asistencia de un intérprete.

### **¿Cómo elijo un proveedor de atención perinatal?**

Cada miembro de CHIP de su familia puede tener su propio proveedor de atención primaria. Siga estos pasos para elegir el proveedor:

- Consulte la lista de los proveedores de atención primaria de su área en el sitio web en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) o en el directorio de proveedores de CHIP de Community Health Choice.
- Llame a los Servicios para Miembros de Community Health Choice al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600.

### **¿Necesitaré una derivación?**

No.

### **¿En cuánto tiempo me pueden atender después de contactar a un proveedor de atención perinatal para una consulta?**

Podrá ver al proveedor de atención perinatal dentro de las dos semanas posteriores a su llamada.

### **¿Puedo seguir con mi proveedor de atención perinatal si no está en Community Health Choice?**

Si se inscribió en Community en los últimos tres meses de su embarazo, puede seguir consultando a su proveedor atención perinatal si Community y el proveedor de atención perinatal coordinan la autorización de la atención.

### **¿Qué pasa si recibo una factura de un proveedor de atención perinatal?**

Podría recibir una factura si acude a un médico que no forme parte de Community Health Choice. También podría recibir una factura si recibió tratamiento en una sala de emergencias por un caso que no era una emergencia. Si recibe facturas por servicios que no están cubiertos, el programa CHIP NO pagará estas facturas.

Muestre siempre su tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal cuando reciba servicios médicos de un médico que pertenezca a Community Health Choice.

### **¿A quién debo llamar?**

Si recibe una factura por servicios cubiertos, llame al proveedor y proporcionele la información que aparece en su tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal. Si el problema continúa, llame a los Servicios para Miembros. Proporcioneles su número de identificación de miembro y dígales quién le envió la factura.

### **¿Qué información necesitarán?**

Necesitarán los datos de su tarjeta de identificación de miembro. Si el problema continúa, llame a los Servicios para Miembros.

## ¿Qué debo hacer si me mudo?

En cuanto tenga su nueva dirección, llame al 2-1-1 o actualice su cuenta en [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com) para informar a la HHSC y llame al Departamento de Servicios para Miembros de Community Health Choice al número gratuito 1-888-760-2600. Para recibir servicios de CHIP en su nueva área, debe comunicarse con Community Health Choice, a menos que necesite atención de emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de Community Health Choice hasta que la HHSC cambie su dirección.

# DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

## ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

### PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

#### DERECHOS DEL MIEMBRO

1. Tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender para ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre el plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores para su hijo por nacer.
2. Tiene derecho a saber cómo se paga a los proveedores de atención perinatal. Algunos médicos pueden recibir un pago fijo sin importar cuántas veces los visite. Otros reciben pagos según los servicios que brinden a su hijo por nacer. Tiene derecho a conocer cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
3. Tiene derecho a saber cómo el plan de salud decide si un servicio de atención perinatal está cubierto o si es médicamente necesario. Tiene derecho a saber quiénes son las personas del plan que toman esas decisiones.
4. Tiene derecho a conocer los nombres y las direcciones de los hospitales y otros proveedores de atención perinatal incluidos en su plan de salud.
5. Tiene derecho a elegir de una lista de proveedores de atención médica lo suficientemente amplia como para garantizar que su hijo por nacer reciba el tipo de atención adecuada cuando la necesite.
6. Tiene derecho a recibir servicios de atención perinatal de emergencia si considera razonablemente que la vida de su hijo por nacer está en peligro o que su hijo por nacer podría sufrir lesiones graves si no recibe tratamiento de inmediato. La cobertura de dichas emergencias está disponible sin necesidad de consultar primero con el plan de salud.
7. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones relacionadas con la atención médica de su hijo por nacer.
8. Tiene derecho a representar a su hijo por nacer en todas las decisiones sobre su tratamiento.
9. Tiene derecho a recibir un trato justo por parte del plan de salud, médicos, hospitales y demás proveedores.
10. Tiene derecho a hablar con su proveedor de atención perinatal en privado y que sus registros médicos se mantengan confidenciales. Tiene derecho a ver y hacer copias de sus registros médicos, y solicitar correcciones a dichos registros.
11. Tiene derecho a un proceso justo y ágil para resolver problemas con su plan de salud y médicos, hospitales y otros proveedores del plan que brinden servicios de atención perinatal para su hijo por nacer. Si el plan de salud determina que no cubrirá un servicio o un beneficio de atención perinatal que el médico de su hijo por nacer considera médicamente necesarios, tiene derecho a que un grupo independiente, ajeno al plan, evalúe si la decisión de su médico o el plan era correcta.
12. Tiene derecho a saber que los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención perinatal pueden informarle sobre el estado de salud, la atención médica o el tratamiento suyo o de su hijo por nacer. Su plan de salud no puede impedirles brindarle esta información, aunque la atención o el tratamiento no sean un servicio cubierto.

## **RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

Tanto usted como su plan de salud comparten el interés por que su bebé nazca sano. Usted puede contribuir al asumir las responsabilidades siguientes:

1. Procure seguir hábitos saludables. Evite el uso de tabaco y lleve una alimentación saludable.
2. Debe involucrarse en las decisiones sobre la atención de su hijo por nacer.
3. Si tiene algún desacuerdo con el plan de salud, primero debe intentar resolverlo a través del proceso para presentar quejas del plan de salud.
4. Debe informarse sobre lo que cubre y lo que no cubre su plan de salud. Lea el manual del programa CHIP Perinatal para entender cómo funcionan las reglas.
5. Debe intentar llegar a tiempo a las consultas médicas. Si no puede asistir, asegúrese de llamar y cancelarla.
6. Debe denunciar cualquier uso indebido de los servicios de CHIP Perinatal por parte de proveedores de atención médica, otros miembros o los planes de salud.
7. Debe hablar con su proveedor sobre los medicamentos recetados.

Si cree que recibió un trato injusto o discriminatorio, llame sin cargo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del HHS en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

### **¿Cuándo finaliza la cobertura de CHIP Perinatal?**

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

### **¿El estado me enviará algo cuando finalice mi cobertura de CHIP Perinatal?**

Sí, el estado le enviará una carta en la que se le notificará la finalización de la cobertura.

### **¿Cómo funciona la renovación?**

En el décimo mes de cobertura, recibirá un formulario de renovación de CHIP. Debe completarlo y enviarlo al estado. El estado determinará si su hijo es elegible para Medicaid o CHIP. Llámenos si necesita ayuda para completar su solicitud de renovación. Community ofrece asistencia para la solicitud y la recertificación en su comunidad. Llame a los Servicios para Miembros para encontrar el centro de asistencia más cercano.

### **¿Puedo elegir el proveedor de atención primaria de mi bebé antes de que nazca?**

Sí.

### **¿A quién debo llamar?**

Consulte el directorio de proveedores de CHIP o en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). También puede llamar a los Servicios para Miembros al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600.

### **¿Qué información necesitan?**

Si ya eligió un proveedor, comuníquese el nombre y el número de teléfono de su proveedor a los Servicios para Miembros.

### **¿A quién debo llamar si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito ayuda?**

Comuníquese con los Servicios para Miembros para obtener información relacionada con las necesidades especiales de atención médica. También puede comunicarse con su proveedor de atención primaria para que le ayude a obtener información sobre los servicios disponibles para usted o su bebé y acceder a ellos.

### **¿Qué pasa si estoy demasiado enferma para tomar decisiones sobre mi atención médica?**

Si no ha nombrado a un sustituto, su médico le pedirá a su familiar o amigo más cercano que estén disponibles que le ayude a decidir qué es lo mejor para usted. Dado que esas personas pueden no estar de acuerdo con la atención médica que debe recibir, es útil que usted diga con antelación qué desea que se haga si no puede comunicarse.

### **¿Qué son las instrucciones anticipadas?**

Las instrucciones anticipadas son documentos legales que le permiten indicar si aceptaría o rechazaría determinados tratamientos médicos en caso de estar demasiado enferma para comunicarse. Estos documentos pueden ayudar a su familia a decidir qué hacer y aliviarles la carga emocional de tomar decisiones difíciles por usted. También permiten que su médico le brinde atención respetando su voluntad.

### **¿Cómo obtengo una instrucción anticipada?**

Pídale a su médico los formularios para las instrucciones anticipadas. 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 una queja, llámenos sin cargo al 1-888-760-2600 para informarnos sobre su problema. Un asesor de los Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarle a presentar una queja. Solo tiene que llamar al 1-888-760-2600. La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o a lo sumo en unos pocos días. Community Health Choice no puede tomar ninguna medida en su contra como resultado de la presentación de una queja.

También puede escribir una carta o llamar a los Servicios para Miembros para solicitar completar un “Formulario de quejas”. Le enviaremos el formulario por correo y deberá devolverlo para poder resolver su caso a la brevedad. Aceptaremos su queja de manera verbal.

Le enviaremos una carta junto con el formulario de quejas en un plazo de cinco días hábiles a partir de la fecha en que recibamos su queja, para informarle que la hemos recibido. Le enviaremos una carta de resolución en un plazo máximo de 30 días calendario desde la recepción de su queja.

Su queja sobre una emergencia o una denegación de la continuidad de una hospitalización se resolverá en un día hábil desde la recepción de la queja. La investigación y la resolución se llevarán a cabo de conformidad con la urgencia médica del caso.

## **¿Alguien de Community Health Choice puede ayudarme a presentar una queja?**

Sí. Un asesor de los Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarle a presentar una queja. Solo debe llamar 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 los Servicios para Miembros para completar un “Formulario de quejas”. Aceptaremos su queja de manera verbal.

Envíe su carta de queja a la dirección que figura a continuación:

**Community Health Choice Texas, Inc.  
Service Improvement  
4888 Loop Central Drive, Suite 600  
Houston, TX 77081**

## **¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?**

Le enviaremos una carta en un plazo máximo de cinco días hábiles desde la recepción de su queja. De este modo, sabrá que la recibimos. Le enviaremos una carta de resolución en un plazo máximo de 30 días calendario desde la recepción de su queja. Las quejas relacionadas con la atención de emergencias se responden en el plazo de un día hábil. Las quejas relacionadas con la denegación de la continuidad de una hospitalización se responden 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 me satisface la respuesta, ¿a quién más puedo contactar?**

Si no está satisfecho con la respuesta, también puede presentar su queja ante el Departamento de Seguros de Texas al llamar sin cargo al 1-800-252-3439. Si desea presentar su solicitud por escrito, envíela a:

**Texas Department of Insurance  
Consumer Protection  
P.O Box 149091  
Austin, Texas 78714-9091**

Si tiene acceso a internet, puede enviar su queja por correo electrónico a <http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html>.

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

Si no está conforme con la resolución de la queja, usted tiene derecho a comparecer en persona ante un Panel de Apelación de Quejas (CAP) en el lugar donde normalmente el miembro recibe servicios de atención médica, a menos que se acuerde hacerlo en otro sitio, o a enviar una apelación por escrito al CAP. El CAP tendrá igual cantidad de integrantes de:

- nuestro personal,
- proveedores, y
- miembros.

Los miembros del CAP no deben haber participado en el proceso de quejas de ninguna manera. Los proveedores tendrán experiencia en el área de atención relacionada con la queja. Los miembros de CHIP que integren el CAP no podrán ser empleados de Community Health Choice.

### **Información que se le proporciona a los miembros sobre el CAP:**

A más tardar cinco días hábiles antes de que el CAP se reúna, a menos que usted acuerde otro plazo, le daremos al reclamante o a su representante lo siguiente:

- Toda la documentación que Community Health Choice presentará ante el CAP.
- El tipo de proveedor invitado a participar.
- El nombre y el cargo de cada miembro del personal de Community Health Choice que formará parte del CAP.

### **Derechos del reclamante en la reunión del CAP:**

Un miembro (o su representante, en caso de que sea menor de edad o tenga una discapacidad) tiene derecho a lo siguiente:

- Reunirse en persona con el CAP.
- Tener el testimonio de otro experto.
- Solicitar la presencia de cualquier persona involucrada en la toma de decisiones que originó la queja y tener la oportunidad de interrogarla.

Le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles a partir de la fecha de recepción de su solicitud de apelación para informarle que hemos recibido dicha solicitud. Le enviaremos una carta de resolución en un plazo máximo de 30 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación.

La investigación y la resolución de apelaciones relacionadas con emergencias en curso o la denegación de la continuidad de una hospitalización se realizarán de acuerdo con la urgencia médica del caso, pero en ningún caso se demorarán más de un día hábil desde la solicitud de apelación. En situaciones de emergencia en curso o continuidad de una hospitalización, y si usted lo solicita, se podrá sustituir la audiencia ante el Panel de Apelación de Quejas por una revisión de la apelación a cargo de un médico o un proveedor que no hayan intervenido previamente en el caso y que tengan la misma especialidad o una especialidad similar a la que normalmente atiende la afección, el procedimiento o el tratamiento médico objeto de la apelación.

## **Proceso para apelar una determinación adversa de CHIP**

### **¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio cubierto para mí o mi hijo, pero Community Health Choice lo deniega o limita?**

Podemos denegar los servicios si no son médicamente necesarios. Puede solicitar una apelación de un servicio cubierto o no cubierto, ya sea verbalmente o por escrito. Si solicita una apelación verbal, deberá presentar posteriormente el Formulario de apelaciones médicas de una página de Community. Encontrará el Formulario de apelación para miembros en los documentos adjuntos que recibió con la notificación de denegación de Community Health Choice. Incluya en el Formulario de apelación para miembros el motivo por el que solicita la apelación en el espacio proporcionado y el número de referencia de la denegación.

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

**Community Health Choice Texas, Inc.**  
**Para la atención de: Medical Affairs-Medical Appeals Department**  
**4888 Loop Central Drive, Suite 600**  
**Houston, TX 77081**  
**Teléfono: 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600**  
**Fax: 713.295.7033**

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

**Community Health Choice Texas, Inc.**  
**Para la atención de: Medical Affairs-BH Appeals**  
**P.O. Box 301411**  
**Houston, TX 77230**  
**713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600 o TTY 7-1-1**  
**Fax: 713-576-0394/Para la atención de: BH Appeals Coordinator**

### **¿Cómo me enteraré si se deniegan los servicios?**

Usted y su médico recibirán una carta con la notificación de la decisión.

### **¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación estándar?**

Tiene 60 días a partir de la fecha en que se determinó la denegación de los servicios médicos para apelar un servicio denegado a usted o sus hijos. Para continuar recibiendo los servicios, debe solicitar una prórroga de los mismos en un plazo de 10 días desde la fecha de la carta de determinación de la denegación. Si solicita una prórroga, el plazo puede ampliarse mientras la apelación esté pendiente. Le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días.

Si necesitamos más información y podemos demostrar que el retraso es en beneficio del afiliado, el plazo puede ampliarse hasta 14 días calendario. El miembro debe recibir una notificación por escrito del motivo del retraso. Si necesitamos más información, le enviaremos una solicitud a usted o a su médico.

### **¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?**

Si no está de acuerdo con la respuesta de Community Health Choice o si cree que hemos cometido un error, tiene 60 días a partir de la fecha de la determinación de la denegación para apelar un servicio denegado a usted o a sus hijos.

### **¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?**

No, pero también debe enviar un Formulario de apelación para miembros por escrito y firmado. Puede ser presentado por el miembro o por un representante del miembro. Community Health Choice debe recibirlo en un plazo de cinco días calendario, a menos que se solicite una apelación acelerada. Community debe recibir el Formulario de apelación del miembro con la palabra “**ACELERADA**” escrita en el formulario en un plazo de 24 horas desde la solicitud verbal. Puede llamar a los Servicios para Miembros al 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600 para recibir ayuda.

### **¿Alguien de Community Health Choice puede ayudarme a presentar una apelación?**

Sí. Un asesor de miembros de Community Health Choice puede ayudarle a presentar una apelación de servicios médicos denegados. Solo tiene que llamar sin cargo al 1-888-760-2600 o al 713-295-2294.

## ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la apelación?

Si no está de acuerdo con la decisión de su apelación, tiene derecho a presentar un reclamo. Para presentar un reclamo, llame al 1-888-760-2600 o envíelo por escrito por correo postal o por fax a:

**Community Health Choice Texas, Inc.  
Service Improvement  
4888 Loop Central Drive, Suite 600  
Houston, TX 77081  
Fax: 713.295.7036**

## Apelaciones aceleradas de la MCO

### ¿Qué es una apelación acelerada?

La apelación acelerada se utiliza cuando el plan de salud tiene que tomar una decisión rápida debido a su estado de salud y cuando el tiempo que lleva el proceso de una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

### ¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Puede pedir una apelación acelerada a Community Health Choice por escrito o de manera verbal. Hágalo si cree que esperar la resolución de una apelación estándar podría poner en grave peligro la vida o la salud del miembro, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máxima funcionalidad.

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

**Envíe su solicitud de apelación acelerada de salud conductual por fax a:  
Community Health Choice Texas, Inc.  
Para la atención de: Behavioral Health Appeals Department-Medical Affairs  
Fax: 713-576-0394**

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

**Community Health Choice Texas, Inc.  
Para la atención de: Medical Affairs-Medical Appeals Department  
4888 Loop Central Drive, Suite 600  
Houston, TX 77081  
Teléfono: 713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760-2600  
Fax: 713.295.7033**

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

**Community Health Choice Texas, Inc.  
Para la atención de: Medical Affairs-BH Appeals  
P.O. Box 301411  
Houston, TX 77230  
713-295-2294 o sin cargo al 1-888-760- 2600 o TTY 7-1-1  
Fax: 713-576-0394/Para la atención de: BH Appeals Coordinator**

### **¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?**

No.

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

Si se determina que su solicitud de apelación cumple con los criterios para una revisión acelerada, Community Health Choice debe realizar una revisión acelerada de la solicitud de apelación dentro de las 72 horas siguientes a la fecha y hora de recepción de toda la información necesaria para revisar la apelación. Community Health Choice le comunicará la decisión por teléfono en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que tengamos toda la información necesaria para revisar la apelación. Le enviaremos nuestra decisión por correo postal en un plazo de tres días hábiles después de que se haya tomado la determinación.

### **¿Qué pasa si Community Health Choice deniega la solicitud de apelación acelerada?**

Si denegamos la solicitud de apelación acelerada, se lo notificaremos verbalmente y por escrito en un plazo de dos días calendario. A continuación, su solicitud pasará al proceso estándar de revisión de apelaciones médicas y le enviaremos nuestra decisión por correo postal en un plazo de 30 días calendario.

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

Llame sin cargo a los Servicios para Miembros al 1-888-760-2600 para hablar con un asesor que le brindará ayuda para presentar una apelación o una apelación acelerada.

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

### **Proceso de la Organización de Revisión Independiente**

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

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación, tiene derecho a solicitar la revisión de una Organización de Revisión Independiente (IRO). Community tiene un contrato con un revisor independiente para procesar su solicitud de revisión de una IRO. El revisor independiente toma decisiones sobre la necesidad médica y si la atención es adecuada.

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

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

Puede solicitar una revisión de la Organización de Revisión Independiente (IRO) comunicándose con Maximus al 1.888.866.6205. Todas las solicitudes de revisión externa deben enviarse a MAXIMUS Federal Services.

Envíe su solicitud de revisión externa directamente a MAXIMUS a:

**MAXIMUS Federal Services State Appeals  
East 3750 Monroe Avenue, Suite 708  
Pittsford, NY 14534  
Número de fax: 1-888-866-6190**

Puede enviar la solicitud a través del portal en línea: <https://externalappeal.cms.gov/> en la opción «Solicitar una revisión en línea».

Si tiene alguna pregunta o inquietud durante este proceso, puede llamar a MAXIMUS al número gratuito 1-888-866-6205. Puede enviar comentarios por escrito al examinador de MAXIMUS a la dirección postal indicada anteriormente. Puede comunicarse con Servicios para Miembros de Community Health Choice si necesita información adicional al 713-295-2294, o al número gratuito 1.888.760.2600

### **¿Cuándo puedo solicitar una IRO?**

Puede solicitar la revisión de una IRO dentro de los cuatro meses posteriores a la recepción de la notificación final de la determinación interna adversa sobre el beneficio.

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

Notificaremos de inmediato al revisor externo contratado por Community sobre su solicitud, dentro de un día hábil a partir de la fecha de recepción de la misma. Si el revisor de la IRO solicita más información, debemos proporcionarla en un plazo de tres días hábiles. En una revisión externa estándar, el revisor de la IRO debe emitir una decisión en un plazo de 45 días. En casos que impliquen condiciones potencialmente mortales, la IRO debe emitir una decisión en un plazo de 72 horas.

### **¿Cuándo no se puede solicitar una revisión de una IRO?**

No se puede solicitar una IRO cuando:

- La póliza no cubre el servicio denegado.
- La ley de Texas no le exige a su plan que participe en el proceso de la IRO.

# Abuso, negligencia y explotación

Tiene derecho a un trato respetuoso y digno, lo que incluye protección contra el abuso, la negligencia y la explotación.

## ¿Qué es abuso, negligencia y explotación?

El abuso es cualquier daño mental, emocional, físico o sexual, o la falta de medidas para prevenirlo.

La negligencia puede causar desnutrición, deshidratación, exceso o falta de medicación y condiciones de vida insalubres, entre otros. También se considera negligencia la falta de calefacción, agua corriente, electricidad, atención médica e higiene personal.

La explotación consiste en utilizar incorrectamente los recursos de otra persona para beneficio personal o económico. Esto incluye el cobro indebido de cheques del Seguro Social o el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), abusar de una cuenta bancaria conjunta y apropiarse de bienes u otros recursos.

## Reporte de abuso, negligencia y explotación

La ley exige que se reporte cualquier sospecha de abuso, negligencia o explotación, incluido el uso no autorizado de restricciones o prácticas de aislamiento por parte de un proveedor.

Llame al 9-1-1 si se trata de una situación de emergencia o potencialmente mortal.

## Reporte por teléfono sin costo (no emergencias), las 24 horas del día, los siete días de la semana

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades (DADS) al 1-800-647-7418 si la persona que sufre abuso, negligencia o explotación vive o recibe servicios en los siguientes lugares:

- Centro de enfermería
- Centro de vida asistida
- Centro de día para adultos
- Proveedor autorizado de servicios de acogida para adultos
- Agencia de Servicios de Apoyo en el Hogar y la Comunidad (HCSSA) o Agencia de Servicios de Salud en el Hogar

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

Para reportar otros casos de abuso, negligencia o explotación, comuníquese con el DFPS al 1-800-252-5400.

## Reporte electrónico (no emergencias)

Visite <https://txabusehotline.org>. Este sitio web es seguro. Deberá crear una cuenta y un perfil protegidos con contraseña.

## Información útil para presentar un reporte

Para reportar una situación de abuso, negligencia o explotación, es útil tener a mano los nombres, las edades, las direcciones y los números de teléfono de todas las personas involucradas.

# Información sobre fraude

## ¿Desea reportar fraude, malgasto o abuso por parte de CHIP?

Avísenos si cree que un médico, un dentista, un farmacéutico, otro proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios de CHIP están haciendo algo indebido. Hacer algo indebido puede constituir fraude, malgasto o abuso y es ilegal. Por ejemplo, comuníquese con nosotros si cree que alguien:

- Recibe pagos por servicios de CHIP que no se prestaron o no eran necesarios.
- Miente sobre una enfermedad para obtener tratamiento médico.
- Permite que otra persona use su identificación de CHIP.
- Usa la identificación de CHIP de otra persona.
- Miente sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

## Para reportar fraude, malgasto o abuso, elija una de las opciones siguientes:

- Llame a la línea directa gratuita de la OIG al 1-800-436-6184.
- Visite <https://oig.hhsc.state.tx.us/> y haga clic en el botón rojo “Report Fraud” (Reportar fraude) para completar el formulario en línea.
- También puede reportarlo directamente a su plan de salud:

**Community Health Choice Texas, Inc.**  
**Chief Compliance Officer o Director SIU**  
**Corporate Compliance & Risk Management**  
**4888 Loop Central Drive, Suite 600**  
**Houston, TX 77081**  
**Número gratuito: 1-877-888-0002**

## Para reportar fraude, malgasto o abuso, reúna toda la información posible.

- Cuando realice un reporte sobre un proveedor (médico, dentista, consejero, etc.), incluya lo siguiente:
  - Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor.
  - Nombre y dirección del centro (hospital, hogar de descanso, agencia de atención domiciliaria, etc.).
  - Número de Medicaid del proveedor y el centro, si lo tiene.
  - Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
  - Nombre y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación.
  - Fechas de los sucesos.
  - Resumen de lo sucedido.
- Cuando realice un reporte sobre un beneficiario, incluya lo siguiente:
  - Nombre de la persona.
  - Fecha de nacimiento, número del Seguro Social o número de caso de la persona, si lo tiene.
  - Ciudad donde reside la persona.
  - Detalles específicos del malgasto, abuso o fraude.

# Aviso de privacidad

## **Aviso de prácticas de privacidad**

**Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003**

**Actualización: diciembre de 2017**

**Fecha de la última revisión: septiembre de 2022**

En este aviso, se describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo puede acceder a ella. Léalo atentamente. Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Community Health Choice (Community).

Este Aviso de prácticas de privacidad se le entrega en cumplimiento 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 confidencial (SPI). Le informa cómo obtener una copia o cómo editar su información. Garantiza que toda la información oral, escrita y electrónica que nos proporcione se mantenga de manera confidencial y segura. Usted puede o no permitirnos compartir datos específicos, excepto que la ley así lo disponga.

## **Nuestra responsabilidad para con usted con respecto a la información protegida sobre su salud**

La “Información protegida sobre la salud” (PHI) y la “Información personal confidencial” (SPI) es información que identifica a una persona o un paciente. Esta información puede incluir su edad, dirección postal, dirección de correo electrónico e información médica. Puede estar relacionada con su salud física o mental, pasadas, presentes o futuras. También puede estar relacionada con los servicios de atención médica y otros datos personales.

Por ley, Community debe realizar lo siguiente:

- Asegurarse de que su PHI/SPI se mantenga privada.
- Entregarle este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Describe el uso y la divulgación de su PHI/SPI. Seguir los términos del aviso vigente.
- Informarle acerca de cualquier cambio en este aviso.
- Notificarle que la información sobre su salud (PHI/SPI) creada o recibida por Community se encuentra sujeta a divulgación electrónica.
- Entregarle una copia electrónica de su registro dentro de los 15 días posteriores a 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.
- Notificarle cualquier sospecha de acceso de una persona no autorizada a su PHI/SPI no encriptada.
- Capacitar a los empleados sobre nuestras prácticas de privacidad. La capacitación debe ser dentro de los 60 días posteriores a la fecha de inicio y, en adelante, al menos una vez cada dos años.

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. La fecha de entrada en vigor se encuentra al pie de cada página. Puede obtener una copia en nuestro sitio web: [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). También puede llamar a los Servicios para Miembros sin costo al 1-888-760-2600 y solicitar que le envíen una copia.

## **Cómo Community puede utilizar o divulgar la información protegida sobre su 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 o 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 recibir pagos por la atención médica que ha recibido.

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

- Para llamarlo para recordarle su cita.
- 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 y otros beneficios.

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

**Requerido por la ley** — por ley, a veces debemos utilizar o compartir su PHI/SPI. Por ejemplo:

- 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 podría haber estado expuesta a una enfermedad. Podemos informarle a una persona que podría estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o una afección.

**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 judicial 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 PHI/SPI del personal de las Fuerzas Armadas con el gobierno.

**Compensación de trabajadores** — compartiremos su PHI/SPI para cumplir con 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 hemos creado o recibido su PHI/SPI durante su atención médica.

**Divulgaciones por parte del plan de salud** — compartiremos su PHI/SPI para verificar que pueda recibir atención médica. Trabajaremos con otros planes de seguro médico y otros programas gubernamentales.

**Acceso de padres** — cumplimos con las leyes de Texas sobre el trato de menores de edad. Cumplimos con 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 registro médico.

**Restricciones de mercadeo** — la Ley HITECH no le permite a Community recibir dinero para comunicaciones de mercadeo.

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

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

**Derecho a inspeccionar y hacer copias de su información de salud:** en la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver su PHI/SPI. Puede obtener una copia impresa de su registro que tenemos sobre usted. También se lo podemos enviar electrónicamente. Es posible que se cobre un cargo por copiarlo y enviarlo por correo.

**Derecho a modificar su información de salud:** puede solicitar a Community modificar ciertos datos si cree que son erróneos o incompletos. Esta solicitud debe hacerse por escrito. No es nuestra obligación realizar los cambios. En caso de que deneguemos su solicitud, lo haremos en un plazo de 60 días.

**Derecho a un informe de las divulgaciones:** puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su PHI/SPI. La lista no incluirá la PHI/SPI que hayamos compartido antes del 14 de abril de 2003. No puede solicitar información que tenga más de seis años de antigüedad. En el caso de PHI/SPI electrónica, la lista solo puede abarcar hasta tres años atrás. Existen otros límites que se aplican a esta lista. Es posible que deba pagar si solicita 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.

Debe decirnos (1) la PHI/SPI que desea restringir; (2) si desea cambiar el uso y/o la divulgación; (3) a quién es aplicable (por ejemplo, a su cónyuge) y (4) la fecha de vencimiento de la restricción.

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

Si 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. Estos son los motivos principales por los que la necesitaríamos. Esto no se aplica si necesitamos su PHI/SPI con fines de tratamiento.

***Derecho a recibir comunicaciones confidenciales:*** 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. Debe ser específico y aclarar esto por escrito.

***Derecho a elegir un representante para que actúe en su nombre:*** si 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 medida.

***Derecho a recibir una copia impresa de este aviso:*** puede solicitar y recibir una copia 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. Debe informarnos sobre este cambio 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 a su PHI/SPI no asegurada. Este acceso no autorizado puede provenir de Community o uno de sus socios comerciales.

## **Leyes federales de privacidad**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le entrega en cumplimiento de la Ley HIPAA. Existen otras leyes de privacidad que también se aplican, 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), la Ley de Privacidad de Texas, y el Código de Salud y Seguridad, Sección 181 et al.

## **Quejas**

Puede presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad. Puede comunicarse sin cargo con el oficial de privacidad de Community al 1-888-760-2600. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. 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 por presentar una queja.

## **Autorización para utilizar o divulgar información de salud**

Fuera de lo indicado anteriormente, no utilizaremos ni compartiremos su PHI/SPI sin su consentimiento por escrito. Puede cambiar su opinión sobre el uso o la divulgación de su PHI/SPI en cualquier momento. Debe informarnos sobre este cambio por escrito.

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

## **Fecha de entrada en vigor**

Este aviso entró en vigor el 14 de abril de 2003 y se actualizó en diciembre de 2017. Su última revisión fue en septiembre de 2022. Permanecerá vigente hasta que sea reemplazado por otro aviso.

## **Información de contacto**

Si tiene preguntas o quejas:

**Community Health Choice Texas, Inc.  
Chief Compliance Officer  
4888 Loop Central Drive, Suite 600  
Houston, TX 77081**

**Número gratuito: 1-877-888-0002  
Texas Office of Civil Rights  
Health and Human Services Commission  
701 W. 51st Street, MC W206  
Austin, TX 78751**

**1-888-388-6332 o 1-512-438-4313 o el servicio de retransmisión que prefiera.**

Para obtener más información, visite [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 tratamiento médico de menores y temas relacionados con el consentimiento**

Community cumple con las leyes y las normativas federales y estatales sobre el consentimiento para el tratamiento médico. Generalmente, los menores no pueden consentir un tratamiento médico por sí mismos. Como regla general, Community debe obtener el consentimiento del padre o la madre del menor antes de autorizar un tratamiento médico.

Existen algunas excepciones a esta regla general. Por ejemplo, un menor que ha sido “emancipado” o declarado legalmente “adulto” por un tribunal puede tomar sus propias decisiones médicas. Otras excepciones incluyen, entre otras, las siguientes: (1) situaciones de emergencia; (2) servicio activo en las fuerzas armadas; (3) consentimiento para el tratamiento de enfermedades infecciosas que deben ser reportadas al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas; (4) menores embarazadas no casadas que consienten recibir tratamiento relacionado con el embarazo; (5) tratamiento por abuso de drogas y alcohol; (6) asesoramiento para abuso, prevención del suicidio o adicción a las drogas, y (7) otras excepciones permitidas por la ley.

Si tiene alguna pregunta sobre estas excepciones, comuníquese con Community al 1-888-760-2600.

# Terminología de atención médica administrada

**Apelación:** una solicitud para que la organización de atención médica administrada vuelva a revisar una denegación o un reclamo.

**Queja:** un reclamo que comunica a su seguro o plan médico.

**Copago:** una cantidad fija (por ejemplo, 15 dólares) que 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 (EMD):** el equipo solicitado por un proveedor de atención médica para su uso diario o por un período extendido. La cobertura de EMD puede incluir, entre otros, los siguientes artículos: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o artículos para la diabetes.

**Afección médica 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 atención médica que su seguro o plan médico no paga o cubre.

**Reclamo:** una queja presentada a su seguro o plan médico.

**Servicios y aparatos de rehabilitación:** servicios de salud, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias para 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 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 brinda en un hospital que requiere que el paciente sea ingresado y, por lo general, que pase allí la noche.

**Atención ambulatoria hospitalaria:** la atención que se brinda en un hospital que generalmente no requiere pasar allí la noche.

**Medicamento necesario:** los servicios o los suministros que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, una lesión, una afección o sus síntomas y que cumplen con estándares médicos aceptados.

**Red:** los centros, los proveedores y los abastecedores a los que su seguro o plan médico han contratado 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 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 contratar 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 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, un plan de tratamiento, una receta médica o un equipo médico duradero que usted o su proveedor hayan pedido es médicamente necesario. Esta determinación o autorización, a veces denominada aprobación previa o precertificación, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es garantía de que su seguro o plan médico cubrirán el costo.

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

**Cobertura de medicamentos con receta:** un seguro o plan médico que ayudan a cubrir los costos de fármacos y medicamentos con receta.

**Medicamentos con receta:** fármacos o medicamentos que, por ley, requieren una 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 para un paciente.

**Proveedor de atención primaria:** un médico (doctor en medicina [MD] o doctor en medicina osteopática [DO]), un enfermero especializado, un enfermero clínico especializado o un asistente médico, 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]), un profesional de la salud o un centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.

**Servicios y aparatos de rehabilitación:** servicios de atención de la salud, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones para 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, administrar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

**Atención urgente:** la atención que se brinda por 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.

# LANGUAGE ASSISTANCE

Community Health Choice, Inc. is required by federal law to provide the following information.

---



## NON-DISCRIMINATION STATEMENT (HHS)

Community Health Choice, Inc. (Community) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Community does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex. Community provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Community provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Community Member Services Department at 1.888.435.2850. If you believe that Community has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance.

You can file a grievance in person or by mail, fax or email:

### **Service Improvement Department**

4888 Loop Central Drive, Suite. 600  
Houston, TX 77081

**Phone:** 1.888.435.2850

**Fax:** 713.295.7036

**Email:** [ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org](mailto:ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org)

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1.800.368.1019, 800.537.7697 TTY 7-1-1

# LANGUAGE ASSISTANCE

Community Health Choice, Inc. is required by federal law to provide the following information.



- 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1.888.435.2850。
- 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 1.888.435.2850.
- Gujarati** આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજી અને કવરેજ વર્ષિ 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 વિના તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1.888.435.2850 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。1.888.435.2850までお電話ください。
- Laotian** ຫ້າງສື່ແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ຫ້າງສື່ແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໜັບສະໜູນການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊອກຫາຂໍ້ມູນວັນທີ່ສໍາຄັນໃນຫ້າງສື່ແຈ້ງການນີ້ ທ່ານຄວນຈະຕ້ອງປະຕິບັດພາຍໃນກໍານົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານພາຍຫຼັງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສໍາຄັນນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ: 1.888.435.2850.
- 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: 1.888.435.2850.
- Tagalog** Ang Notisyang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maayroon itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapasesguro 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 nakasesguro 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 1.888.435.2850.
- 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 1.888.435.2850.

# LANGUAGE ASSISTANCE

Community Health Choice, Inc. is required by federal law to provide the following information.



## Arabic

يتضمن هذا الإشعار معلومتا مهمة. وتتعلق هذه المعلومتا الهامة في الإشعار بخصاص صوبك أو التغطية تحت التأمين الصحي Community Health Choice. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. تدققحجرا لاتخنا إجراءات تبيل موادية محددة للحفاظ لمعى تأمينك الصحي أو مستدعائك في دفع التاكلفي. ليديك الحق في الحصول لوى هذه المعلومتا والمسلب ددعاغتك دون فلكتة يأة. اتصلعللى 1.888.435.2850.

## 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 1.888.435.2850.

## 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 1.888.435.2850.

## 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 खोजें। आपको अपने स्वास्थ्य के कवरेज रखने के लिए या लागत की मदद के लिए निश्चित समय सीमा से कार्रवाई करने की ज़रूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में यह जानकारी और सहायता निःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.888.435.2850 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. 1.888.435.2850 로 연락하십시오.

## Persian

این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی می باشد. این اطلاعیه حاوی نکات مهمی درباره تقاضانامه و پوشش بیمه ای شما توسط Community Health Choice می باشد. به تاریخ های ذکر شده در این اطلاعیه توجه نمایید. به منظور برقرار نگه داشتن 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 1.888.435.2850 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 1.888.435.2850.

## Urdu

ہم سوسوڈ سہا، سہیبت تاملعلوم اہم سہیبت سوسوڈ سہا Community Health Choice سے اپ کی درخواستیکے ذر نی صحت کے لیے - ایہکیوں کو دخیرات اہم سہیبت سوسوڈ سہا - سہیبت تاملعلوم علق اہمیتہ حفظ سے تے کی سہیبت ای سے نرائی کورراک کتہ وسخیرات صاے آپ کو کچھ خیل د کے دم سہیبت تاملعلوم ای ار رکھنے رقرحفظ کو بتے کے سہیبت رپے ل صا ق د اے کنرک ل صا ق فتم سہیبت نائی زبید کو ادم روا تاملعلوم ناپ کو ا سہیبت ہنکبوسد ترورکی ض سہیبت ہرابط 1.888.435.2850.

# 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?** Envíe la sugerencia por correo electrónico a [CommunityAffairs@CommunityHealthChoice.org](mailto:CommunityAffairs@CommunityHealthChoice.org).











