

**PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DEL PROGRAMA
PERINATAL DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA
NIÑOS
PARA NIÑOS POR NACER
EVIDENCIA DE COBERTURA
PLAN DE ORGANIZACIÓN DE
MANTENIMIENTO DE LA SALUD
NO CALIFICADO A NIVEL FEDERAL**

SE EMITE ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA (CONTRATO) PARA USTED, CUYO NIÑO SE HA INSCRITO EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE **COMMUNITY HEALTH CHOICE TEXAS** A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP). ACEPTA CUMPLIR CON ESTAS DISPOSICIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS AL COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN, PAGAR LA PRIMA CORRESPONDIENTE Y ACEPTAR ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA. EN ESTE DOCUMENTO SE DESCRIBEN SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS DE SALUD CUBIERTOS QUE RECIBE SU NIÑO POR PARTE DE **COMMUNITY HEALTH CHOICE TEXAS** A TRAVÉS DEL PROGRAMA CHIP.

Emitido por:

Community Health Choice Texas, Inc.
4888 Loop Central Dr., Suite 600
Houston, TX 77081
713.295.2294
1888.760.2600

En asociación con:

Programa de seguro médico para niños
P.O. Box 149276
Austin, TX 78714-9983
1800.647.6558

EOC de CHIP para niños por nacer

AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o presentar una queja:

Puede contactarse con su representante de Servicios para Miembros al 713.295.2294.

COMMUNITY HEALTH CHOICE

Puede llamar al número de teléfono gratuito de Community Health Choice para obtener información o presentar una queja al **1.888.760.2600**.

También puede escribir a Community Health Choice a:

Complaints Coordinator
4888 Loop Central Dr., Suite 600
Houston, TX 77081

Puede contactarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información sobre empresas, coberturas, derechos o quejas al **1.800.252.3439**.

Puede escribir al Departamento de Seguros de Texas. Consumer Protection, MC 111-1A
Texas Department of Insurance
PO Box 149091
Austin, TX 78714-9101
Fax: 512.490.1007
Web: www.tdi.texas.gov
Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

DISPUTAS DE PRIMAS O QUEJAS: Si tiene alguna disputa relacionada con su cuota o sobre una queja, debe contactarse primero con Community Health Choice. Si la disputa no se resuelve, puede contactarse con el Departamento de Seguros de Texas.

ADJUNTE ESTE AVISO A SU PÓLIZA. Este aviso tiene solo fines informativos y no constituye una condición del documento adjunto ni forma parte de este.

Índice

I. INTRODUCCIÓN	4
A. La cobertura de SU NIÑO POR NACER con Community Health Choice	4
B. SU contrato con CHIP	4
II. DEFINICIONES	4
III. ¿CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA DE UN NIÑO POR NACER INSCRITO?	9
IV. COSTOS COMPARTIDOS	9
V. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO.....	9
A. Cancelación de la inscripción debido a la pérdida de la elegibilidad para el programa perinatal de CHIP	9
B. Cancelación de la inscripción por parte de Community Health Choice	9
VI. LA COBERTURA MÉDICA DE SU NIÑO POR NACER.....	10
A. Selección del proveedor del programa perinatal para SU NIÑO POR NACER.....	10
B. Cambio del proveedor del programa perinatal para SU NIÑO POR NACER	10
C. Servicios de emergencia	10
D. Servicios fuera de la red.....	10
E. Continuidad de tratamientos	10
F. Aviso de quejas.....	11
G. Coordinación de beneficios	11
H. Subrogación	11
VII. ¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?	12
A. Proceso para presentar quejas	12
B. Apelaciones a COMMUNITY HEALTH CHOICE.....	12
C. Apelación interna de determinación adversa	13
D. Revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente	13
E. Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas.....	14
F. Prohibición de represalias	14
VIII. DISPOSICIONES GENERALES	15
A. Acuerdo completo, enmiendas.....	15
B. Divulgación y confidencialidad de las historias clínicas.....	15
C. Error administrativo	15
D. Aviso	15
E. Validez	15
F. Conformidad con la legislación estatal	15
IX. LISTADO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS.....	16
EXCLUSIONES DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS PARA BEBÉS EN ETAPA PERINATAL INSCRITOS EN CHIP	24

I. INTRODUCCIÓN

A. La cobertura de SU NIÑO POR NACER con Community Health Choice

COMMUNITY HEALTH CHOICE proporciona beneficios a SU NIÑO POR NACER para los servicios de salud cubiertos por el programa perinatal del Programa de seguro médico para niños (CHIP) y determina si ciertos servicios de salud son servicios de salud cubiertos, como se describe en la Sección IX, LISTADO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS, más abajo. Si está correctamente inscrito, SU NIÑO POR NACER es elegible para los beneficios que se describen en la Sección IX. Todos los servicios deben prestarse a cargo de médicos y proveedores, excepto los servicios de emergencia y los servicios fuera de la red que estén autorizados por Community Health Choice. Tiene un contrato con Community Health Choice en relación con los asuntos establecidos en esta Sección I.A, como se describe con más detalle en este contrato.

B. Su contrato con CHIP

El programa perinatal de CHIP ha determinado que SU NIÑO POR NACER es elegible para recibir cobertura y bajo qué circunstancias la cobertura finalizará. El programa perinatal de CHIP también ha determinado la elegibilidad de SU NIÑO POR NACER para los otros beneficios de dicho programa.

II. DEFINICIONES

ADMINISTRADOR: el contratista estatal que administra las funciones de inscripción de los planes de salud de CHIP.

Determinación adversa: una decisión tomada por NOSOTROS o por NUESTRO agente de revisión de utilización según la cual los servicios de atención médica prestados o que se propone prestar a un NIÑO por nacer no son médicamente necesarios o son experimentales o están en investigación.

Programa perinatal de CHIP: el programa perinatal del Programa de seguro médico para niños (CHIP) que proporciona cobertura a cada NIÑO POR NACER de conformidad con un acuerdo entre Community Health Choice y la Comisión de Salud y Servicios Humanos del estado de Texas.

Servicios de salud cubiertos o servicios cubiertos o cobertura: los servicios médicamente necesarios que se mencionan en la Sección IX, LISTADO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS, de este plan de beneficios de salud. Los servicios cubiertos también incluyen cualquier servicio adicional ofrecido por Community Health Choice como servicio de valor añadido en la Sección IX, LISTADO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS, de este plan de beneficios de salud.

Discapacidad: un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades vitales principales de una persona, como ocuparse de las necesidades personales, realizar tareas manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, aprender o trabajar.

Afección de salud conductual de emergencia: cualquier afección, independientemente de su naturaleza o causa, que, en la opinión de una persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina:

1. requiera intervención o atención médica inmediata sin la cual el NIÑO POR NACER representaría un peligro inmediato para sí mismo o para los demás, o
2. incapacite al NIÑO POR NACER para controlar, conocer o comprender las consecuencias de sus acciones.

Afección de emergencia: se trata de una afección médica de emergencia o una afección de salud conductual de emergencia.

Afección médica de emergencia: un bebé en etapa perinatal inscrito en CHIP se define como un NIÑO POR NACER. La atención de emergencia es un servicio cubierto si se relaciona directamente con el parto del niño por nacer hasta el nacimiento. La atención de emergencia se proporciona para las siguientes afecciones

médicas de emergencia:

1. Exámenes médicos de detección para determinar la emergencia cuando está directamente relacionada con el parto del niño por nacer cubierto.
2. Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y parto del niño por nacer cubierto.
3. Transporte de emergencia por tierra, aire y agua para trabajo de parto y amenaza de parto como beneficio cubierto.
4. Transporte de emergencia por tierra, aire y agua para una emergencia asociada con (a) un aborto o (b) un embarazo no viable (embarazo molar o ectópico, o muerte fetal en el útero) como beneficio cubierto.
5. Límites de beneficios: Los servicios o complicaciones posparto que provocan la necesidad de servicios de emergencia para la madre del bebé en etapa perinatal inscrito en CHIP no son un beneficio cubierto.

Servicios de emergencia y atención de emergencia: servicios cubiertos para pacientes internados y ambulatorios, prestados por un proveedor calificado para brindar dichos servicios y necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, incluidos los servicios de atención posterior a la estabilización relacionados al trabajo de parto y parto del niño por nacer.

Experimental o de investigación: un servicio o suministro es experimental o de investigación si determinamos que una o más de las siguientes afirmaciones son verdaderas:

1. El servicio o suministro está en estudio o en un ensayo clínico para evaluar su toxicidad, seguridad o eficacia para un diagnóstico en particular o conjunto de indicaciones. Los ensayos clínicos incluyen, entre otros, los de fase I, II y III.
2. La opinión predominante dentro de la especialidad correspondiente de la profesión médica estadounidense es que el servicio o suministro necesita una evaluación más exhaustiva para el diagnóstico concreto o el conjunto de indicaciones antes de que se utilice fuera de los ensayos clínicos u otros entornos de investigación.

Determinaremos si este punto 2 es verdadero en función de lo siguiente:

- a. Informes publicados en literatura médica autorizada; y
 - b. Regulaciones, informes, publicaciones y evaluaciones emitidos por agencias gubernamentales, como la Agencia para las Políticas de Atención Médica e Investigación y los Institutos Nacionales de Salud, y la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA).
3. En el caso de un medicamento, un dispositivo u otro suministro que está sujeto a la aprobación de la FDA:
 - a. No cuenta con la aprobación de la FDA; o
 - b. Cuenta con la aprobación de la FDA solamente conforme a su regulación sobre nuevos medicamentos de tratamiento en investigación o una regulación similar;
 - c. Cuenta con la aprobación de la FDA, pero se utiliza para una indicación o en una dosis que no es un uso aceptado fuera de lo indicado en la etiqueta. Los usos no indicados en la etiqueta de los medicamentos aprobados por la FDA no se consideran experimentales ni de investigación si se determina que:
 - (i) están incluidos en uno o más de los siguientes compendios médicos: Las Evaluaciones de Medicamentos de la Asociación Médica Estadounidense, la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario Estadounidense, la Información de la Farmacopea de los Estados Unidos y otros compendios autorizados como se identifican periódicamente por el Secretario de Salud y Servicios Humanos; o
 - (ii) además, la idoneidad médica de los usos no indicados en la etiqueta que no figuran en los compendios puede establecerse sobre la base de pruebas clínicas que lo respalden en publicaciones médicas revisadas por pares.
 4. La junta de revisión institucional del médico o proveedor reconoce que el uso del servicio o suministro es experimental o de investigación y está sujeto a la aprobación de dicha junta.
 5. Los protocolos de investigación indican que el servicio o suministro es experimental o de investigación. Este punto aplica a protocolos utilizados por el médico o proveedor del NIÑO POR NACER, así como también a

protocolos utilizados por otros médicos o proveedores que estudian sustancialmente el mismo servicio o suministro.

Plan de beneficios de salud o plan: la cobertura proporcionada al NIÑO POR NACER emitida por COMMUNITY que presta los servicios de salud cubiertos.

PLAN DE SALUD: Community Health Choice, también referida como “COMMUNITY”, “NOS”, “NOSOTROS” o “NUESTRO”.

Servicios de salud a domicilio: servicios de salud prestados en el domicilio del miembro por parte de personal de atención médica, según lo indicado por el médico responsable u otra autoridad designada por Community Health Choice.

Hospital: una institución pública o privada autorizada según se define en el Capítulo 241 del Código de Salud y Seguridad de Texas o en el Subtítulo C, Título 7 de dicho Código.

Enfermedad: una dolencia física o mental.

Organización de Revisión Independiente: una entidad que está certificada por el Comisionado de Seguros en el Capítulo 4202 para llevar a cabo una revisión independiente de las determinaciones adversas.

Admisión inicial: hospitalización desde el nacimiento, incluida la internación en la unidad de cuidados intensivos (ICU); incluye traslados desde otro hospital a un hospital con unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU) y cualquier readmisión que se realice dentro de las 24 horas posteriores al alta desde la admisión inicial.

Lesión o lesión accidental: traumatismo o daño accidental sufrido por el NIÑO POR NACER o su madre en una parte del cuerpo o sistema que no es consecuencia de una enfermedad, debilidad corporal o cualquier otra causa, y que podría causar daños al NIÑO POR NACER.

Afección que pone en peligro la vida: una enfermedad o afección para la que la probabilidad de muerte es alta si no se interrumpe su evolución.

Servicios médicamente necesarios:

Servicios de atención médica que:

- son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas, o para proporcionar detección temprana, intervenciones o tratamientos para afecciones que causan sufrimiento o dolor, provocan malformación física o limitaciones funcionales, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, provocan enfermedad o debilidad a un NIÑO POR NACER o ponen en peligro la vida;
- se prestan en centros apropiados y con los niveles de atención adecuados para el tratamiento de las afecciones médicas del NIÑO POR NACER;
- son compatibles con las pautas y los estándares de práctica médica emitidos por organizaciones de atención médica profesionalmente reconocidas o agencias gubernamentales;
- son compatibles con los diagnósticos de las afecciones;
- no son más invasivos o restrictivos que lo necesario para lograr un equilibrio adecuado entre seguridad, eficacia y eficiencia.
- no son experimentales ni de investigación; y
- no se ofrecen principalmente para la conveniencia del NIÑO POR NACER ni del proveedor de atención médica.

Servicios de salud conductual que:

- son razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de un trastorno de salud mental o de dependencia química o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento resultante del trastorno;
- cumplen con las pautas y los estándares clínicos de práctica profesionalmente aceptados en la atención de la salud conductual;

- se prestan en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el que los servicios pueden prestarse de forma segura;
- constituyen el nivel o el suministro de servicios más apropiado que pueda prestarse de forma segura;
- no pueden omitirse sin afectar negativamente la salud mental o física del miembro ni la calidad de la atención prestada;
- no son experimentales ni de investigación; y
- no se ofrecen principalmente para la conveniencia del NIÑO POR NACER ni del proveedor de atención médica.

Los servicios médicamente necesarios deben prestarse en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el que puedan prestarse de forma segura, y deben prestarse al nivel más adecuado o con el suministro más adecuado que pueda prestarse de forma segura y que no pueda omitirse sin afectar negativamente la salud física o mental del NIÑO POR NACER o la calidad de la atención prestada.

Miembro: cualquier NIÑO POR NACER que sea elegible para los beneficios y que esté inscrito en el programa perinatal de CHIP en Texas.

Fuera del área: cualquier ubicación fuera del área de servicio del programa perinatal de CHIP de Community Health Choice.

Pediatra: un médico que es elegible o que está certificado en pediatría por la Junta Estadounidense de Pediatría.

Médico: cualquier persona con licencia para ejercer la medicina en el estado de Texas.

Proveedor del programa perinatal: un médico, médico asistente o enfermero de práctica avanzada u otro proveedor de atención médica calificado que tiene contrato con Community Health Choice para prestar servicios de salud cubiertos a un NIÑO POR NACER y que es responsable de brindar atención primaria e inicial, mantener la continuidad de la atención e iniciar las derivaciones de atención.

Proveedor: cualquier institución, organización o persona, que no sea un médico, que tiene una licencia o está autorizada a prestar un servicio de atención médica en este estado. El término incluye, entre otros, hospitales, doctores en quiropráctica, farmacéuticos, enfermeros registrados, optometristas, ópticos registrados, farmacias, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio.

Área de servicio: el área de servicio del proveedor del programa perinatal de CHIP según lo define la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Médico especialista: un médico participante, distinto al médico de atención primaria, con contrato con COMMUNITY para prestar servicios de salud cubiertos por derivación del médico de atención primaria o proveedor de atención primaria.

NIÑO POR NACER (bebé en etapa perinatal inscrito en CHIP): cualquier niño, desde la concepción hasta el nacimiento, que el programa perinatal de CHIP ha determinado que es elegible para la cobertura y que está inscrito en este plan.

Atención de la salud conductual de urgencia: una afección de salud conductual que requiere atención y evaluación dentro de las veinticuatro (24) horas, pero que no pone a la madre del NIÑO POR NACER en peligro inmediato para el NIÑO POR NACER o para otros, y la madre del NIÑO POR NACER puede cooperar con el tratamiento.

Atención de urgencia: una afección médica, incluida la atención de salud conductual de urgencia, que no es una emergencia pero es lo suficientemente grave o dolorosa como para que una persona prudente con conocimientos promedio de medicina considere que la afección como se relaciona con el NIÑO POR NACER requiera evaluación médica o tratamiento dentro de las veinticuatro (24) horas por parte del proveedor del programa perinatal o la persona designada del proveedor del programa perinatal, a fin de evitar un deterioro grave de la afección o la salud del NIÑO POR NACER.

Cargo usual y habitual: el cargo habitual que cobra un grupo, una entidad o una persona que presta o proporciona servicios, tratamientos o suministros cubiertos, siempre que dicho cargo no supere el nivel general de los cargos que cobran otros que prestan o proporcionan servicios, tratamientos o suministros iguales o similares.

Revisión de utilización: el sistema para la revisión retrospectiva, concurrente o potencial de la necesidad e idoneidad médicas de los servicios de salud cubiertos prestados, que se prestan o que se propone que se presten a un NIÑO POR NACER. El término no incluye solicitudes optativas para la aclaración de cobertura.

Agente de revisión de utilización: una entidad que está certificada por el Comisionado de Seguros para llevar a cabo una revisión de utilización.

USTED o SU: madre del NIÑO POR NACER.

III. ¿CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA DE UN NIÑO POR NACER INSCRITO?

La cobertura del NIÑO POR NACER comienza el primer día del mes en que se determina que es elegible para el programa perinatal de CHIP.

IV. COSTOS COMPARTIDOS

No se requieren tasas de inscripción o costos compartidos (como copagos) para los servicios cubiertos del programa perinatal de CHIP.

V. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO

A. Cancelación de la inscripción debido a la pérdida de la elegibilidad para el programa perinatal de CHIP

La inscripción puede cancelarse si SU NIÑO POR NACER pierde la elegibilidad para el programa perinatal de CHIP. SU NIÑO POR NACER puede perder la elegibilidad para el programa perinatal de CHIP por los siguientes motivos:

1. Haber cambiado el estado en el seguro médico, por ejemplo, se inscribe al padre o madre del NIÑO POR NACER en un plan de salud patrocinado por un empleador.
2. Muerte del NIÑO POR NACER.
3. La madre del NIÑO POR NACER se muda fuera del estado de manera permanente.
4. El padre, la madre o el representante autorizado del NIÑO POR NACER solicita (por escrito) la cancelación voluntaria de la inscripción de un NIÑO POR NACER.
5. La madre del NIÑO POR NACER se inscribe en Medicaid o Medicare.

B. Cancelación de la inscripción por parte de Community Health Choice

Es posible que NOSOTROS cancelemos la inscripción de SU NIÑO POR NACER, sujeto a la aprobación de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, por los siguientes motivos:

1. Fraude o tergiversación material intencional hecha por USTED después de los 15 días del aviso escrito.
2. Fraude en el uso de servicios o centros después de los 15 días del aviso escrito.
3. Mala conducta que representa un perjuicio para las operaciones seguras del plan y la prestación de los servicios.
4. La madre del NIÑO POR NACER ya no vive ni reside en el área de servicio.
5. La madre del NIÑO POR NACER es disruptiva, desobediente, amenazante o poco cooperativa hasta el punto en que la membresía del NIÑO POR NACER afecta negativamente la capacidad del proveedor o de Community Health Choice de prestar servicios al NIÑO POR NACER o de obtener un miembro, y la conducta de la madre del NIÑO POR NACER no es consecuencia de una afección de salud física o conductual.
6. La madre del NIÑO POR NACER se niega categóricamente a cumplir con las restricciones de Community Health Choice (p. ej., usa en repetidas ocasiones la sala de emergencia y, a su vez, se niega a permitir que Community Health Choice trate la afección médica subyacente).

No cancelaremos la inscripción de un NIÑO POR NACER en función de un cambio en el estado de salud del NIÑO POR NACER, una capacidad mental deteriorada de la madre del NIÑO POR NACER o debido a la cantidad de servicios médicamente necesarios que se utilizan para tratar la afección del NIÑO POR NACER. Tampoco cancelaremos la inscripción de un NIÑO POR NACER debido a la falta de cooperación o conducta disruptiva causada por las necesidades especiales de la madre del NIÑO POR NACER, a menos que dicha conducta afecte gravemente NUESTRA capacidad de prestar servicios al NIÑO POR NACER o a otros afiliados.

VI. LA COBERTURA MÉDICA DE SU NIÑO POR NACER

A. Selección del proveedor del programa perinatal para SU NIÑO POR NACER

Seleccionará, en el momento de la inscripción en Community Health Choice, al proveedor del programa perinatal para SU NIÑO POR NACER. Puede seleccionar un obstetra/ginecólogo (OB/GYN) para proporcionar servicios de salud cubiertos dentro del alcance de la práctica profesional especializada del OB/GYN. La selección se hará entre los médicos y proveedores que figuran en el listado público de médicos y proveedores de Community Health Choice. Tiene la opción de elegir a un médico de familia con experiencia en atención prenatal u otro proveedor de atención médica calificado como proveedor del programa perinatal.

Deberá acudir al proveedor del programa perinatal seleccionado para que dirija y coordine la atención de SU NIÑO POR NACER y recomiende procedimientos o tratamientos.

B. Cambio del proveedor del programa perinatal para SU NIÑO POR NACER

Puede solicitar un cambio de proveedor del programa perinatal para SU NIÑO POR NACER. Cuando NOS llame para cambiar al proveedor de atención primaria de SU NIÑO, realizaremos el cambio en NUESTRO sistema informático mientras esté al teléfono. La fecha de vigencia del cambio será el primer día del mes siguiente. También le enviaremos la nueva tarjeta de identificación de miembro de SU NIÑO de inmediato.

C. Servicios de emergencia

Cuando acuda al departamento de emergencia de un hospital, a un centro médico de emergencia privado o a un centro de emergencia comparable para recibir atención relacionada directamente con el trabajo de parto o parto de SU NIÑO POR NACER cubierto, el médico/proveedor tratante realizará una exploración médica para determinar si existe una emergencia médica directamente relacionada con el trabajo de parto y parto del NIÑO POR NACER cubierto y proporcionará el tratamiento y la estabilización de una afección de emergencia.

Si se requiere atención adicional relacionada con el trabajo de parto y parto del NIÑO POR NACER cubierto después de que se estabilice al NIÑO POR NACER, el médico/proveedor tratante debe contactarse con Community Health Choice. Community Health Choice debe responder en el plazo de una hora de recibida la llamada para aprobar o rechazar la cobertura de la atención adicional solicitada por el médico/proveedor tratante.

Si Community Health Choice acepta brindar la atención como propone el médico/proveedor tratante, o si Community Health Choice no aprueba o rechaza la atención propuesta en el plazo de una hora de recibida la llamada, el médico/proveedor tratante puede proceder con la atención propuesta. Los servicios o complicaciones posparto que provocan la necesidad de servicios de emergencia para la madre del recién nacido inscrito en el programa perinatal de CHIP no son un beneficio cubierto.

Debe notificar a Community Health Choice en un plazo de veinticuatro (24) horas de cualquier servicio de emergencia fuera de la red o tan pronto como sea razonablemente posible.

D. Servicios fuera de la red

Si los servicios de salud cubiertos no están disponibles para SU NIÑO POR NACER a través de médicos o proveedores de la red, Community Health Choice, previa solicitud de un médico o proveedor de la red, permitirá la derivación a un médico o proveedor fuera de la red y reembolsará íntegramente al médico o proveedor fuera de la red el cargo usual y habitual o la tarifa acordada. Además, Community Health Choice debe proporcionar una revisión por parte de un especialista de la misma especialidad o similar a la del médico o proveedor al que se solicita una derivación antes de que pueda rechazar dicha derivación.

E. Continuidad de tratamientos

El contrato entre Community Health Choice y un médico o proveedor debe estipular que se le notifique con

antelación razonable la inminente baja del plan de un médico o proveedor que esté tratando actualmente a SU NIÑO POR NACER. El contrato también debe estipular que la baja del contrato del médico o proveedor, excepto por motivos de competencia médica o conducta profesional, no exime a Community Health Choice de su obligación de reembolsar al médico o proveedor que trata a SU NIÑO POR NACER en circunstancias especiales, como un NIÑO POR NACER que tiene una discapacidad, una afección aguda, una enfermedad que pone en peligro la vida o que ha superado la semana veinticuatro (24) de gestación, por la atención prestada a SU NIÑO POR NACER a cambio de la continuidad del tratamiento en curso para SU NIÑO POR NACER, que entonces recibe el tratamiento médicamente necesario de acuerdo con los dictados de la prudencia médica.

Una “circunstancia especial” significa una afección con respecto a la cual el médico o proveedor tratante razonablemente cree que el hecho de interrumpir la atención que proporciona podría perjudicar a SU NIÑO POR NACER. El médico o proveedor identificará una circunstancia especial y deberá solicitar que se autorice a SU NIÑO POR NACER a continuar con el tratamiento bajo su cuidado y aceptar no solicitarle a USTED el pago de ningún monto por el que no sería responsable si el médico o proveedor siguiera formando parte de la red de Community Health Choice. Community Health Choice reembolsará al médico o proveedor dado de baja por el tratamiento en curso de SU NIÑO POR NACER. Para un niño que al momento de la baja ha superado la semana veinticuatro (24) de gestación, Community Health Choice reembolsará al médico o proveedor tratante por el tratamiento que se extiende hasta el parto, la atención posparto inmediata y los chequeos de seguimiento dentro de los sesenta días del parto.

F. Aviso de quejas

No debe pagar ningún monto por los servicios de salud cubiertos. Si recibe una factura de un médico o proveedor, contáctese con Community Health Choice.

G. Coordinación de beneficios

La cobertura del programa perinatal de CHIP para SU NIÑO POR NACER es secundaria cuando coordina beneficios con otra cobertura de seguro. Esto significa que la cobertura que se provee a través del programa perinatal de CHIP pagará los beneficios para los servicios cubiertos que continúen impagos después del pago de cualquier otra cobertura de seguro.

H. Subrogación

Community Health Choice recibe todos los derechos de recuperación adquiridos por USTED o SU NIÑO POR NACER contra cualquier persona u organización por negligencia o cualquier acto intencionado que haya provocado una enfermedad o lesión cubierta por Community Health Choice, pero solo en la medida en que lo permitan dichos beneficios. Una vez que recibe dichos beneficios de Community Health Choice, se considera que USTED y SU NIÑO POR NACER han asignado los derechos de recuperación a Community Health Choice y USTED acepta brindar a Community Health Choice cualquier ayuda razonable requerida para asegurar la recuperación.

VII. ¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?

A. Proceso para presentar quejas

Una “queja” se refiere a cualquier insatisfacción que USTED exprese en forma oral o escrita hacia NOSOTROS con cualquier aspecto de NUESTRAS operaciones, entre lo que se incluye la insatisfacción con la administración del plan; los procedimientos relacionados con la revisión o apelación de una determinación adversa; el rechazo, la reducción o la finalización de un servicio por motivos no relacionados con una necesidad médica; la manera en la que se presta un servicio; o las decisiones de cancelación de inscripción.

Si NOS notifica oralmente o por escrito de una queja, NOSOTROS, a más tardar el quinto (5^{to}) día hábil después de la fecha de su recepción, le enviaremos una carta en la que le informaremos la fecha en que recibimos SU queja. Si la queja se recibió en forma oral, adjuntaremos un formulario de quejas de una página en el que se indicará claramente que se NOS debe devolver dicho formulario para una pronta resolución.

Después de recibir la queja por escrito o el formulario de queja de una página de su parte, realizaremos la investigación correspondiente y le enviaremos una carta con NUESTRA resolución. El tiempo total para informar, investigar y resolver su queja no superará los treinta (30) días calendario después de la fecha en que recibimos su queja.

SU queja sobre una emergencia o rechazo de continuar la internación en el hospital se resolverá en un (1) día hábil después de recibirla. La investigación y resolución se llevarán a cabo de conformidad con la urgencia médica del caso.

Puede usar el proceso de apelación para resolver una disputa relativa a la resolución de su queja.

B. Apelaciones a COMMUNITY HEALTH CHOICE

1. Si la queja no se resuelve a su satisfacción, tiene derecho a comparecer ante un panel de apelación de quejas donde por lo general USTED recibe servicios de atención médica, a menos que esté de acuerdo con otro sitio, o a enviar una apelación por escrito al panel de apelación de quejas. Completaremos el proceso de apelación dentro de los treinta (30) días calendario después de la fecha de recepción de la solicitud de apelación.
2. Le enviaremos una carta de acuse de recibo a más tardar el quinto (5^{to}) día hábil después de la fecha de recepción de la solicitud de apelación.
3. Nombraremos a los miembros del panel de apelación de quejas, el cual NOS informará de la resolución de la disputa. El panel de apelación de quejas debe estar compuesto por una cantidad equitativa de personal NUESTRO, médicos u otros proveedores, y afiliados. Un miembro del panel de apelación puede no haber participado previamente en la decisión que se disputa.
4. A más tardar el quinto (5^{to}) día hábil antes de la reunión programada del panel, a menos que USTED acuerde lo contrario, proporcionaremos a USTED o a SU representante designado:
 - a. cualquier documentación que NUESTRO personal presentará ante el panel;
 - b. la especialización de los médicos o proveedores consultados durante la investigación; y
 - c. el nombre y la afiliación de cada uno de NUESTROS representantes en el panel.
5. USTED, o SU representante designado en caso de que sea menor o discapacitado, tiene derecho a lo siguiente:
 - a. comparecer ante el panel de apelación de quejas;
 - b. presentar un testimonio de expertos alternativo; y
 - c. solicitar la presencia de cualquier persona responsable de tomar la determinación previa que originó la apelación e interrogarla.
6. La investigación o la resolución de apelaciones en relación con las emergencias en curso o el rechazo de continuar la internación en el hospital se llevará a cabo de conformidad con la urgencia médica del caso,

pero en ningún caso se superará el (1) día hábil tras SU solicitud de apelación. Debido a la emergencia en curso o a la continuación de la internación en el hospital, y a pedido SUYO, en lugar de un panel de apelación de quejas, proporcionaremos una revisión por parte de un médico o proveedor que no haya revisado previamente el caso y que sea de la misma especialidad o similar a la que normalmente administra la afección médica, el procedimiento o el tratamiento en cuestión para la revisión de la apelación.

7. El aviso de NUESTRA decisión final sobre la apelación debe incluir una declaración de la determinación médica específica, el sustento clínico y los criterios contractuales utilizados para llegar a la decisión final.

C. Apelación interna de determinación adversa

Una “determinación adversa” es una decisión tomada por NOSOTROS o por NUESTRO agente de revisión de utilización según la cual los servicios de atención médica prestados o que se propone prestar a un NIÑO no son médicamente necesarios o apropiados.

Si USTED, SU representante designado o el médico o proveedor de SU NIÑO indicado en NUESTROS registros no está de acuerdo con la determinación adversa, cualquiera de los mencionados puede apelar dicha determinación en forma oral o escrita.

Dentro de los cinco (5) días hábiles tras la recepción de una apelación por escrito de la determinación adversa, NOSOTROS o NUESTRO agente de revisión de utilización enviará a USTED, a SU representante designado o al médico o proveedor de SU NIÑO una carta en la que se le informa la fecha de recepción de la apelación. En la carta también se incluirá una lista de documentos que USTED, SU representante designado o el médico o proveedor de SU NIÑO deben enviarnos o enviar a NUESTRO agente de revisión de utilización para la apelación.

Si USTED, SU representante designado o el médico o proveedor de SU NIÑO apela oralmente la determinación adversa, NOSOTROS o NUESTRO agente de revisión de utilización enviará a USTED, a SU representante designado o al médico o proveedor de SU NIÑO un formulario de apelación de una página. No tiene la obligación de devolver el formulario completado, pero lo alentamos a que lo haga dado que NOS ayudará a resolver SU apelación.

Las apelaciones de determinaciones adversas que implican emergencias en curso o rechazos de continuar la internación en un hospital se resolverán a más tardar en un (1) día hábil desde la fecha de recepción de toda la información necesaria para completar la apelación. Todas las demás apelaciones se resolverán a más tardar a los treinta (30) días calendario después de la fecha en que NOSOTROS recibimos la apelación o en que la recibe NUESTRO agente de revisión de utilización.

D. Revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente

Si se rechaza la apelación de la determinación adversa, USTED, SU representante designado o el médico o proveedor de SU NIÑO POR NACER indicado en NUESTROS registros tiene derecho a solicitar una revisión de dicha decisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO). Cuando NOSOTROS rechazamos la apelación o NUESTRO agente de revisión de utilización la rechaza, USTED, SU representante designado o el médico o proveedor de SU NIÑO recibirá información sobre cómo solicitar una revisión del rechazo por parte de una IRO y los formularios que deben completarse y devolverse para iniciar el proceso de revisión independiente.

En circunstancias que implican una afección que pone en peligro la vida, SU NIÑO tiene derecho a una revisión urgente por parte de una IRO sin tener que cumplir con los procedimientos para las apelaciones internas de determinaciones adversas. En situaciones que ponen en peligro la vida, USTED, SU representante designado o el médico o proveedor de SU NIÑO puede contactarse con NOSOTROS o con NUESTRO agente de revisión de utilización por teléfono para solicitar la revisión por parte de una IRO, y NOSOTROS proporcionaremos la información solicitada o NUESTRO agente de revisión la proporcionará.

Cuando la IRO completa la revisión y emite una decisión, acataremos su decisión. Pagaremos la revisión de la IRO.

Los procedimientos de apelación descritos anteriormente no le prohíben buscar otras soluciones apropiadas, como medidas cautelares, sentencias declarativas u otras soluciones disponibles en virtud de la ley, si cree que el requisito de completar el proceso de revisión y apelación pone en grave peligro la salud de SU NIÑO.

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

Cualquier persona, incluidas las que han intentado resolver quejas a través de NUESTRO proceso en el sistema de quejas y que no están satisfechas con la resolución, pueden denunciar una supuesta infracción ante el Departamento de Seguros de Texas, PO Box 149091, Austin, Texas 78714-9101. Las quejas al Departamento de Seguros de Texas también pueden presentarse de forma electrónica en www.tdi.texas.gov.

El Comisionado de seguros investigará una queja en NUESTRA contra para determinar el cumplimiento dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción de la queja y toda la información necesaria por parte del Departamento de Seguros de Texas para que el departamento determine el cumplimiento. El Comisionado puede extender el tiempo necesario para completar una investigación en el caso de que ocurra cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. se necesita información adicional;
2. se necesita una revisión *in situ*;
3. NOSOTROS, el médico o proveedor o USTED no proporcionamos toda la documentación necesaria para completar la investigación; o bien
4. ocurren otras circunstancias que escapan al control del Departamento.

F. Prohibición de represalias

1. No tomaremos ninguna represalia, incluido el rechazo a renovar la cobertura, contra un NIÑO POR NACER porque el NIÑO POR NACER o la persona que actúa en su nombre haya presentado una queja en NUESTRA contra o haya apelado una decisión que tomamos.
2. No tomaremos ninguna represalia, incluida la finalización de un contrato o el rechazo a renovarlo, contra un médico o proveedor del programa perinatal porque este, en nombre de un NIÑO POR NACER, haya presentado razonablemente una queja en NUESTRA contra o haya apelado una decisión que tomamos.

VIII. DISPOSICIONES GENERALES

A. Acuerdo completo, enmiendas

Este contrato y cualquier adjunto o enmienda constituyen el acuerdo completo entre USTED y COMMUNITY. Para que tenga validez, un oficial de COMMUNITY debe aprobar cualquier cambio que se realice a este contrato y adjuntarlo al contrato.

B. Divulgación y confidencialidad de las historias clínicas

Community Health Choice acepta mantener y preservar la confidencialidad y todas sus historias clínicas. Sin embargo, al inscribirse en Community Health Choice, autoriza la divulgación de la información, según lo permita la ley, y el acceso a todas sus historias clínicas a los fines razonablemente relacionados con la prestación de servicios en función de este contrato, a Community Health Choice, sus agentes y empleados, el proveedor del programa perinatal de SU NIÑO POR NACER, los proveedores participantes, los proveedores externos del Comité de Revisión de Utilización, el programa perinatal de CHIP y las agencias gubernamentales pertinentes. Las protecciones de privacidad de Community Health Choice se describen en más detalle en su Aviso de prácticas de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad está disponible en www.CommunityHealthChoice.org o bien, puede solicitar una copia llamando al 713.295.2294 o al 1.888.760.2600.

C. Error administrativo

Error administrativo o demoras en el mantenimiento de sus registros para SU evidencia de cobertura y la de SU NIÑO POR NACER con el programa perinatal de CHIP:

1. No denegará la cobertura que de otro modo se habría concedido; y
2. No continuará la cobertura que de otro modo habría terminado.

Si cualquier dato importante que se le proporcione al programa perinatal de CHIP sobre USTED o SU NIÑO POR NACER no es preciso y afecta la cobertura:

1. El programa perinatal de CHIP utilizará los datos verdaderos para decidir si la cobertura está vigente; y
2. Se hará cualquier ajuste o recuperación necesarios.

D. Aviso

Los beneficios según la compensación de trabajadores no se ven afectados.

E. Validez

La incapacidad de ejecutar o la invalidez de cualquier disposición de esta evidencia de cobertura no afectará la exigibilidad o la validez del resto de este contrato.

F. Conformidad con la legislación estatal

Cualquier disposición de este contrato que no cumpla con la Ley de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) de Texas y con las leyes o regulaciones estatales o federales que rigen el CHIP u otras leyes o regulaciones aplicables no se considerará inválida, pero se interpretará y aplicará como si cumpliera plenamente con la Ley de HMO de Texas, las leyes o regulaciones estatales y federales que rigen el CHIP y otras leyes o regulaciones aplicables.

[LISTADO DE BENEFICIOS DE EOC del programa perinatal de CHIP para NIÑOS POR NACER]

IX. LISTADO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS

Cuando son médicamente necesarios, estos servicios de salud deben prestarse en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el que puedan prestarse de forma segura, y deben prestarse al nivel más adecuado o con el suministro más adecuado que pueda prestarse de forma segura y que no pueda omitirse sin afectar negativamente la salud física o la calidad de vida del miembro.

La atención de emergencia es un servicio cubierto por el programa perinatal de CHIP y se limita a los servicios de emergencia que se relacionan directamente con el parto del NIÑO POR NACER cubierto hasta el nacimiento y deben prestarse de conformidad con la **Sección VI. C. Servicios de emergencia**. Consulte la **Sección II, Definiciones**, para conocer la definición de “Emergencia y afección de emergencia” y la definición de “Servicios de emergencia y atención de emergencia” para determinar si existe una afección de emergencia.

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios de internación general aguda Servicios incluidos: Servicios proporcionados en el hospital médicamente necesarios cubiertos • Habitaciones de operación, recuperación y otros tratamientos • Anestesia y administración (componente técnico del centro) • Los servicios quirúrgicos médicamente necesarios se limitan a los servicios que se relacionan directamente con el NIÑO POR NACER y los servicios relativos a un aborto o embarazo no viable (embarazo molar o ectópico, o muerte fetal en el útero). • Servicios de internación relativos a (a) un aborto o (b) un embarazo no viable (embarazo molar o ectópico, o muerte fetal en el útero). Los servicios de internación relativos a un aborto o embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: • procedimientos de dilatación y legrado (D&C); • medicamentos adecuados administrados por el proveedor; • ecografías; y • examen histológico de las muestras de tejido.	Para bebés en etapa perinatal inscritos en CHIP de familias con ingresos inferiores al 198 % del nivel federal de pobreza, los cargos del centro no son un beneficio cubierto; sin embargo, los cargos de los servicios profesionales asociados con el trabajo de parto y parto son un beneficio cubierto. Para bebés en etapa perinatal inscritos en CHIP de familias con ingresos superiores al 198 % hasta el 202 % inclusive del nivel federal de pobreza, los beneficios se limitan a los cargos del servicio profesional y los cargos del centro asociados con el trabajo de parto y parto hasta el nacimiento.	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Hospital ambulatorio, hospital de rehabilitación ambulatoria integral, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria Los servicios incluyen los siguientes: servicios provistos en un hospital, una clínica o una sala de emergencias, una clínica o un centro de salud, un departamento de emergencia en el hospital o un entorno de atención médica ambulatoria: • Radiografías, imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico) • Pruebas de diagnóstico con equipos médicos • Fármacos, medicamentos y productos biológicos que son médicamente necesarios, medicamentos recetados y de inyección • Servicios ambulatorios relativos a (a) un aborto o (b) un embarazo no viable (embarazo molar o ectópico, o muerte fetal en el útero). Los servicios ambulatorios relativos a un aborto o embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: • procedimientos de dilatación y legrado (D&C); • medicamentos adecuados administrados por el proveedor; • ecografías; y • examen histológico de las muestras de tejido.	Requiere autorización previa y receta médica Los servicios de laboratorio y radiológicos se limitan a los servicios que están directamente relacionados con la atención preparto o el parto del bebé en etapa perinatal inscrito en CHIP cubierto hasta el nacimiento. La ecografía del útero de embarazada es un beneficio cubierto cuando es una indicación médica. Una ecografía puede indicarse por sospechas de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso en el crecimiento fetal, confirmación de la edad gestacional o aborto o embarazo no viable Amniocentesis, cordocentesis, transfusión fetal intrauterina (FIUT) y guía ecográfica para cordocentesis: FIUT son beneficios cubiertos del programa perinatal de CHIP con un diagnóstico adecuado. Los análisis de laboratorio para el programa perinatal de CHIP se limitan a lo siguiente: prueba sin estrés, prueba de esfuerzo con contracciones, prueba de hemoglobina o hematocrito repetida una vez por trimestre y entre las semanas 32 y 36 de embarazo; o hemograma completo (CBC), análisis de orina para detección de proteínas y glucosa en cada visita, tipificación sanguínea y prueba de anticuerpos Rh; repetición de la prueba de anticuerpos en mujeres Rh negativo en la semana 28, seguida de la administración de inmunoglobulina Rho si está indicada; título de anticuerpos contra la rubéola, serología para sífilis, antígeno de superficie para hepatitis B, citología cervical, prueba de embarazo, prueba para gonorrea, urocultivo, prueba de anemia falciforme, prueba para tuberculosis (TB), prueba de detección de anticuerpos para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), prueba para clamidia, otros análisis de laboratorio no especificados pero considerados médicamente necesarios, y pruebas de marcadores múltiples para detectar defectos del tubo neural (si la paciente inicia la atención entre las semanas 16 y 20); prueba de detección de diabetes gestacional entre las semanas 24 y 28 de embarazo; y otros análisis de laboratorio según lo indique la condición médica de la paciente. Los servicios quirúrgicos relativos a (a) un aborto o (b) un embarazo no viable (embarazo molar o ectópico, o muerte fetal en el útero) son un beneficio cubierto.	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios profesionales de extensión médica/médico Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios de médicos médicamente necesarios se limitan a la atención prenatal o posparto o el parto del NIÑO POR NACER cubierto hasta el nacimiento. • Visitas al consultorio médico, servicios de internación y ambulatorios • Laboratorio, radiografías, imágenes y servicios de patología, incluidos el componente técnico o la interpretación profesional • Medicamentos, productos biológicos y materiales que se administran en el consultorio médico que son médicamente necesarios • Componente profesional (paciente internado/ ambulatorio) de servicios quirúrgicos, incluidos los siguientes: - Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos directamente relacionados con el trabajo de parto y parto del NIÑO POR NACER cubierto hasta el nacimiento. - Administración de anestesia a cargo de un médico (diferente del cirujano) o un enfermero anestesista certificado registrado (CNRA) - Procedimientos de diagnóstico invasivos directamente relacionados con el trabajo de parto y parto del NIÑO POR NACER. - Servicios quirúrgicos relativos a (a) un aborto o (b) un embarazo no viable (embarazo molar o ectópico, o muerte fetal en el útero). • Servicios de médicos en el hospital (incluidos los componentes interpretativos y técnicos realizados por un médico) • Componente profesional asociado con (a) un aborto o (b) un embarazo no viable (embarazo molar o ectópico, o muerte fetal en el útero). Los servicios profesionales asociados con un aborto o embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: procedimientos de dilatación y legrado (D&C), medicamentos adecuados administrados por el proveedor; ecografías y examen histológico de las muestras de tejido.	No requiere autorización para servicios de especialidad Componente profesional de la ecografía del útero de embarazada cuando es una indicación médica por sospechas de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retrasos en el desarrollo fetal o confirmación de la edad gestacional. Componente profesional de amniocentesis, cordocentesis, transfusión fetal intrauterina (FIUT) y guía ecográfica para amniocentesis, cordocentesis y FIUT.	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios en la maternidad	Cubre servicios de parto proporcionados por un centro de maternidad autorizado. Se limita a los servicios del centro (es decir, trabajo de parto y parto) Se aplica solo a bebés en etapa perinatal inscritos en CHIP (NIÑO POR NACER) con ingresos del 198 % al 202 % del FPL.	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios prestados por una matrona enfermera certificada o un médico en un centro de maternidad autorizado	Cubre servicios prenatales, de parto y posparto prestados en un centro de maternidad autorizado. Los servicios prenatales están sujetos a las siguientes limitaciones: Los servicios se limitan a una visita inicial y visitas de atención prenatal (preparto) posteriores que incluyen las siguientes: (1) Una (1) visita cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo; (2) Una (1) visita cada dos (2) a tres (3) semanas entre las semanas 28 y 36 semanas de embarazo; y (3) Una (1) visita por semana desde la semana 36 hasta el parto. Se permiten visitas más frecuentes según sea médicamente necesario. Los beneficios se limitan a lo siguiente: Límite de 20 visitas prenatales y dos (2) visitas posparto (dentro de los 60 días como máximo) sin documentación de una complicación del embarazo. Puede que se necesiten visitas más frecuentes para embarazos de alto riesgo. Las visitas prenatales para embarazos de alto riesgo no se limitan a 20 visitas por embarazo. La documentación que respalde la necesidad médica debe mantenerse y quedará sujeta a revisión retrospectiva. Las visitas posteriores a la visita inicial deben incluir lo siguiente: • historia clínica interina (problemas, estado civil, estado fetal); • examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, posición y tamaño del feto, frecuencia cardíaca fetal, extremidades); y • análisis de laboratorio (análisis de orina para detección de proteínas y glucosa en cada visita; prueba de hematocrito o hemoglobina repetida una vez por trimestre y entre las semanas 32 y 36 de embarazo; prueba de marcadores múltiples para detectar anomalías fetales ofrecida entre las semanas 16 y 20 de embarazo; repetición de la prueba de anticuerpos en mujeres Rh negativo en la semana 28, seguida de la administración de inmunoglobulina Rho si está indicada; prueba de detección de diabetes gestacional entre las semanas 24 y 28 de embarazo; y otros análisis de laboratorio según lo indique la condición médica de la paciente).	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Suministros y servicios familiares previos al embarazo y de atención prenatal Los servicios cubiertos se limitan a una visita inicial y visitas de atención prenatal (preparto) posteriores que incluyen las siguientes: (1) Una (1) visita cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo; (2) una (1) visita cada dos (2) a tres semanas entre las semanas 28 y 36 de embarazo; y (3) una (1) visita por semana desde la semana 36 hasta el parto. Se permiten visitas más frecuentes según sea médicamente necesario.	No requiere autorización previa Límite de 20 visitas prenatales y dos (2) visitas posparto (dentro de los 60 días como máximo) sin documentación de una complicación del embarazo. Es posible que se necesiten visitas más frecuentes para embarazos de alto riesgo. Las visitas prenatales para embarazos de alto riesgo no se limitan a 20 visitas por embarazo. La documentación que respalde la necesidad médica debe mantenerse en los archivos del médico y quedará sujeta a revisión retrospectiva. Las visitas posteriores a la visita inicial deben incluir lo siguiente: • historia clínica interina (problemas, estado civil, estado fetal); • examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, posición y tamaño del feto, frecuencia cardíaca fetal, extremidades); y • análisis de laboratorio (análisis de orina para detección de proteínas y glucosa en cada visita; prueba de hematocrito o hemoglobina repetida una vez por trimestre y entre las semanas 32 y 36 de embarazo; prueba de marcadores múltiples para detectar anomalías fetales ofrecida entre las semanas 16 y 20 de embarazo; repetición de la prueba de anticuerpos en mujeres Rh negativo en la semana 28, seguida de la administración de inmunoglobulina Rho si está indicada; prueba de detección de diabetes gestacional entre las semanas 24 y 28 de embarazo; y otros análisis de laboratorio según lo indique la condición médica de la paciente).	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios de emergencia, incluidos hospitales de emergencia, médicos y servicios de ambulancia Community Health Choice no puede pedir autorización como condición para el pago de afecciones de emergencia relativas al trabajo de parto y parto. Los servicios cubiertos se limitan a aquellos servicios de emergencia que están directamente relacionados con el parto del NIÑO POR NACER cubierto hasta el nacimiento. • Servicios de emergencia en función de la definición de afección médica de emergencia según una persona prudente • Exámenes médicos de detección para determinar la emergencia cuando está directamente relacionada con el parto del NIÑO POR NACER cubierto. • Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y parto del NIÑO POR NACER cubierto. • Transporte de emergencia por tierra, aire y agua para trabajo de parto y amenaza de parto como beneficio cubierto. • Transporte de emergencia por tierra, aire y agua para una emergencia asociada con (a) un aborto o (b) un embarazo no viable (embarazo molar o ectópico, o muerte fetal en el útero) como beneficio cubierto. • Servicios quirúrgicos relativos a (a) un aborto o (b) un embarazo no viable (embarazo molar o ectópico, o muerte fetal en el útero)	Los servicios o complicaciones posparto que provocan la necesidad de servicios de emergencia para la madre del bebé en etapa perinatal inscrito en CHIP no son un beneficio cubierto.	Ninguno
Servicios de administración de casos y coordinación de la atención Los servicios de administración de casos son un beneficio cubierto para el NIÑO POR NACER.	Estos servicios cubiertos incluyen difusión, información, administración de casos, coordinación de la atención y derivación en la comunidad.	Ninguno
Beneficios de medicamentos Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios; incluidos los dispensados en farmacias y los administrados por el proveedor en un entorno ambulatorio; y • medicamentos y productos biológicos suministrados en un entorno de internación.	Los servicios deben ser médicamente necesarios para el NIÑO POR NACER.	Ninguno
Servicios de valor añadido		Ninguno

EXCLUSIONES DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS PARA BEBÉS EN ETAPA PERINATAL INSCRITOS EN CHIP

- Para bebés en etapa perinatal inscritos en CHIP de familias con ingresos inferiores al 198 % del nivel federal de pobreza, los cargos del centro de internación no son un beneficio cubierto si está asociado con la admisión inicial del recién nacido en etapa perinatal. “Admisión inicial del recién nacido en etapa perinatal” hace referencia a la hospitalización relativa al parto
- Medicamentos anticonceptivos recetados solamente con la finalidad de atención médica reproductiva primaria y preventiva (es decir, no se pueden recetar para planificación familiar)
- Tratamientos de internación y ambulatorios distintos de la atención prenatal, el trabajo de parto y parto y la atención posparto relacionada con el NIÑO POR NACER cubierto hasta el nacimiento. Los servicios relacionados con parto prematuro, falso trabajo de parto u otros tipos de trabajo de parto que no resulten en un parto son servicios excluidos
- Servicios de salud mental para pacientes internados
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Equipo médico duradero u otros dispositivos correctivos médicos
- Suministros médicos descartables
- Servicios de atención médica en el domicilio y la comunidad
- Servicios de enfermería
- Servicios dentales
- Servicios de internación para el tratamiento por abuso de sustancias y servicios residenciales para el tratamiento por abuso de sustancias
- Servicios ambulatorios para el tratamiento por abuso de sustancias
- Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios para personas con trastornos del habla, la audición y el lenguaje
- Cuidados paliativos
- Centro de enfermería especializada y servicios hospitalarios de rehabilitación
- Servicios de emergencia distintos de los servicios directamente relacionados con el parto del NIÑO POR NACER cubierto
- Servicios de trasplante
- Programas para dejar de fumar
- Servicios quiroprácticos
- Transporte médico que no esté directamente relacionado con el trabajo de parto o amenaza de parto o parto del NIÑO POR NACER cubierto
- Artículos de cuidado personal, entre los que se incluyen, kits de cuidado personal que se proporcionan durante la admisión del paciente, teléfono, televisor, fotografías del recién nacido/bebé, comidas para acompañantes del paciente y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento específico relacionado con el trabajo de parto y parto o la atención posparto
- Procedimientos o servicios médicos, quirúrgicos u otros de atención médica que sean experimentales o de investigación y que no se utilicen ni sean reconocidos generalmente dentro de la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adversa y es elegible para su revisión por parte de la Organización de Revisión Independiente (como se describe en D: “Revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente”)
- Tratamientos o evaluaciones requeridos por terceros, incluidos, entre otros, aquellos para escuelas, empleo, autorización para volar, campamentos, seguros o tribunales, excepto aquellos ordenados por un tribunal con jurisdicción competente conforme a los Capítulos 573, Subcapítulos B y C, 574, Subcapítulo D o 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas, y el Capítulo 55, Subcapítulo D del Código Familiar de Texas

- Servicios de enfermería privada cuando se prestan en un entorno de internación o en un centro de enfermería especializada
- Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos, lo que incluye, entre otros, corazón artificial
- Servicios y suministros hospitalarios cuando el confinamiento solo tiene fines de pruebas diagnósticas y no como parte del trabajo de parto y parto
- Exámenes de detección de próstata y mamografía
- Cirugía optativa para corregir la visión
- Procedimientos gástricos para bajar de peso
- Cirugías/servicios estéticos únicamente con fines cosméticos
- Dispositivos dentales solamente para fines cosméticos
- Servicios fuera de la red no autorizados por Community Health Choice, excepto la atención de emergencia relacionada con el trabajo de parto y parto del NIÑO POR NACER cubierto y los servicios proporcionados por un centro de salud calificado a nivel federal (FQHC), según lo dispuesto en la Sección 8.1.22 del contrato
- Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos proporcionados para el control de peso o el tratamiento de la obesidad
- Medicamentos recetados para bajar o subir de peso
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia
- Vacunas únicamente para viajes al exterior
- Cuidado de rutina de los pies, como el cuidado higiénico. El cuidado de rutina de los pies no incluye el tratamiento de lesiones o complicaciones causadas por la diabetes
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, torcidos o planos y el corte y la extracción de callos, callosidades y uñas de los pies. Esto no aplica a la extracción de raíces de las uñas ni al tratamiento quirúrgico de las afecciones subyacentes a los callos, callosidades o uñas encarnadas
- Calzado ortopédico correctivo
- Artículos de conveniencia
- Medicamentos de venta libre
- Ortesis principalmente para un uso deportivo o recreativo
- Cuidado de custodia. Cuidado que brinda ayuda con las actividades de la vida diaria, como asistencia para caminar, entrar y salir de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparar la dieta especial y supervisar la administración de medicamentos que se suelen autoadministrar o que los suele administrar un cuidador. Este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado.
- Hacer tareas domésticas
- Servicios y atención en centros públicos para afecciones que, según la ley federal, estatal o local, deben proporcionarse en un centro público o atención brindada mientras se está bajo custodia de las autoridades legales.
- Servicios o suministros recibidos de un enfermero que no requieren la habilidad y formación de un enfermero
- Capacitación de la visión, terapia de visión o servicios de visión
- El reembolso de los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla en la escuela no está cubierto
- Gastos no médicos del donante
- Cargos incurridos como donante de un órgano
- Cobertura durante viajes fuera de Estados Unidos y territorio estadounidense (incluido Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE. UU., Comunidad de las Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Estadounidense)