

**PROGRAMA PERINATAL DEL PROGRAMA DE SEGURO
MÉDICO PARA NIÑOS
PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD
PARA RECIÉN NACIDOS EN ETAPA PERINATAL
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 recién nacidos

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 con Community Health Choice	4
B.	Su contrato con CHIP	4
II.	DEFINICIONES	4
III.	¿CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA DE UN NIÑO 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 CHIP.....	9
B.	Cancelación de la inscripción por parte de COMMUNITY	9
VI.	LA COBERTURA MÉDICA DE SU NIÑO	10
A.	Selección del médico de atención primaria o proveedor de atención primaria de SU NIÑO .	10
B.	Cambio del médico de atención primaria o proveedor de atención primaria de SU NIÑO	10
C.	Niños con enfermedades crónicas, incapacitantes o que ponen en peligro la vida	10
D.	Servicios de emergencia	10
E.	Servicios fuera de la red	11
F.	Continuidad de tratamientos.....	11
G.	Aviso de quejas	11
H.	Coordinación de beneficios	11
I.	Subrogación	11
VII.	¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?	13
A.	Proceso para presentar quejas.....	13
B.	Apelaciones a COMMUNITY HEALTH CHOICE	13
C.	Apelación interna de determinación adversa	14
D.	Revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente	14
E.	Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas.....	15
F.	Prohibición de represalias	15
VIII.	DISPOSICIONES GENERALES	16
A.	Acuerdo completo, enmiendas	16
B.	Divulgación y confidencialidad de las historias clínicas	16
C.	Error administrativo	16
D.	Aviso	16
E.	Validez	16
F.	Conformidad con la legislación estatal	16
IX.	LISTADO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS	17
	EXCLUSIONES	30
	DME/SUMINISTROS DEL PROGRAMA PARA BEBÉS EN ETAPA PERINATAL INSCRITOS EN CHIP	33

I. INTRODUCCIÓN

A. La cobertura de SU NIÑO con Community Health Choice

COMMUNITY HEALTH CHOICE proporciona beneficios a SU NIÑO para los servicios de salud cubiertos por el 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 XI, LISTADO DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS, más abajo. Si está correctamente inscrito, SU NIÑO es elegible para los beneficios que se describen en la Sección XI. 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. Tiene un contrato con COMMUNITY 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

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

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 no son médicamente necesarios o son experimentales o están en investigación.

NIÑO: cualquier niño que CHIP ha determinado que es elegible para la cobertura y que está inscrito en este plan.

CHIP o Programa perinatal de CHIP: el Programa de seguro médico para niños que proporciona cobertura a cada NIÑO de conformidad con un acuerdo entre COMMUNITY y la Comisión de Salud y Servicios Humanos 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 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 representaría un peligro inmediato para sí mismo o para los demás o
2. incapacite al NIÑO 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: una afección médica caracterizada por síntomas agudos repentinos, lo suficientemente graves (incluido dolor intenso), que llevarían a una persona con conocimientos promedio de salud y medicina a esperar que la falta de atención médica inmediata pudiera provocar:

1. Grave peligro para la salud del paciente.
2. Grave deterioro de las funciones corporales.
3. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
4. Grave desfiguración.
5. Grave peligro para la salud de la mujer embarazada o de su hijo por nacer.

Servicios de emergencia y atención de emergencia: “servicios de emergencia” y “atención de emergencia” hacen referencia a los servicios de atención médica proporcionados en un departamento de emergencia de un hospital fuera de la red, un centro médico de emergencia privado u otro centro comparable, por médicos, proveedores o personal del centro dentro de la red y fuera de la red, para evaluar y estabilizar afecciones médicas de emergencia o afecciones de salud conductual de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen cualquier examen de detección médico u otra evaluación requerida por la legislación estatal o federal que se necesita para determinar si existe una afección médica de emergencia o una afección de salud conductual de emergencia.

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, 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 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 NIÑO por parte de personal de atención médica, según lo indicado por el médico responsable u otra autoridad designada por COMMUNITY.

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 que sufre el NIÑO en una parte del cuerpo o sistema que no es consecuencia de una enfermedad, debilidad corporal o cualquier otra causa.

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 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;
- 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 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 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 o la calidad de la atención prestada.

Miembro: cualquier niño cubierto, de hasta 19 años, que es elegible para los beneficios conforme al Título XXI de la Ley de Seguro Social y que esté inscrito en el programa CHIP de 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.

Médico de atención primaria o proveedor de atención primaria (PCP): un médico o proveedor que ha acordado con COMMUNITY ofrecer a un NIÑO un servicio médico y que es responsable de brindar atención primaria e inicial a los pacientes, mantener la continuidad de la atención del paciente 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.

Enfermedad mental grave: las siguientes enfermedades psiquiátricas según lo definido por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en el Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM):

1. esquizofrenia;
2. paranoia y otros trastornos psicóticos;
3. trastornos bipolares (hipomaniacos, maníacos, depresivos y combinados);
4. trastornos depresivos mayores (episodio único o recurrente);
5. trastornos esquizoafectivos (bipolares o depresivos);
6. trastornos generalizados del desarrollo;
7. trastornos obsesivo-compulsivos; y
8. depresión en la infancia y la adolescencia.

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

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.

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 al NIÑO en peligro inmediato para el niño o para otros, y el NIÑO 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 requiere evaluación médica o tratamiento dentro de las veinticuatro (24) horas por parte del proveedor de atención médica (PCP) del NIÑO o la persona designada por el PCP, a fin de evitar un deterioro grave de la afección o la salud del NIÑO.

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.

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: la familia o el tutor del NIÑO.

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

Los niños que se inscriben en CHIP por primera vez, o que regresan a CHIP después de haberse cancelado su inscripción, se inscribirán el primer día del mes siguiente después de completado el proceso de inscripción. Los niños cubiertos por un seguro privado dentro de los 90 días de la solicitud pueden estar sujetos a un período de espera que se extiende durante un plazo de 90 días después de la última fecha en la que el solicitante estaba cubierto por un plan de beneficios de salud.

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 CHIP

La inscripción puede cancelarse si SU NIÑO pierde la elegibilidad para CHIP. Su niño puede perder la elegibilidad para CHIP por los siguientes motivos:

1. “Superar la edad permitida” cuando el niño cumple 19 años;
2. No reinscribirse al finalizar el período de cobertura de 12 meses;
3. Haber cambiado el estado en el seguro médico, por ejemplo, se inscribe al niño en un plan de salud patrocinado por un empleador;
4. Muerte del niño;
5. El niño se muda fuera del estado de manera permanente;
6. Se inscribe al niño en Medicaid o Medicare.
7. No cancelar seguro actual si se determinó que el niño es elegible para CHIP porque el costo del seguro médico en el plan de salud actual representa el 10 % o más del ingreso neto de la familia.
8. El padre, la madre o el representante autorizado del niño solicita (por escrito) la cancelación voluntaria de la inscripción de un niño.
9. La falta de respuesta a una solicitud de verificación de ingresos durante el mes seis del período de inscripción (solo se exige a determinadas familias) o si la información sobre el ingreso proporcionada indica que dicho ingreso familiar supera los límites establecidos por CHIP.

B.Cancelación de la inscripción por parte de COMMUNITY

Es posible que NOSOTROS cancelemos la inscripción de SU NIÑO, 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. El NIÑO ya no vive ni reside en el área de servicio.
5. El NIÑO es disruptivo, desobediente, amenazante o poco cooperativo hasta el punto en que la membresía del NIÑO afecta negativamente la capacidad del proveedor o de COMMUNITY de prestar servicios al NIÑO o de obtener un nuevo miembro, y la conducta del NIÑO no es consecuencia de una afección de

salud física o conductual.

6. El NIÑO se niega categóricamente a cumplir con las restricciones de COMMUNITY (p. ej., usa en repetidas ocasiones la sala de emergencia y, a su vez, se niega a permitir que COMMUNITY trate la afección médica subyacente).

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

VI.LA COBERTURA MÉDICA DE SU NIÑO

A. Selección del médico de atención primaria o proveedor de atención primaria de SU NIÑO

En el momento de la inscripción en COMMUNITY, deberá seleccionar el médico de atención primaria o el proveedor de atención primaria (PCP) de SU NIÑO. Una mujer que participa en el plan 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. Tiene la opción de elegir como PCP a un médico de familia con experiencia en el tratamiento de niños, un pediatra u otro proveedor de atención médica calificado y apropiado para la edad.

Deberá acudir al PCP seleccionado para que dirija y coordine la atención de SU NIÑO y recomiende procedimientos o tratamientos.

B. Cambio del médico de atención primaria o proveedor de atención primaria de SU NIÑO

Puede solicitar el cambio del médico de atención primaria o proveedor de atención primaria de SU NIÑO y el cambio del OB/GYN de SU NIÑO. 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. Niños con enfermedades crónicas, incapacitantes o que ponen en peligro la vida

Un NIÑO que padece una enfermedad crónica, incapacitante o que pone en peligro la vida puede ser elegible para recibir los servicios mencionados, además de los que se prestan habitualmente. Si se determina que SU NIÑO tiene necesidades de atención médica especiales, será elegible para los servicios de administración de casos para niños con necesidades de atención médica especiales (CSHCN) a través del Departamento de Salud del Estado de Texas.

Un NIÑO que padece una enfermedad crónica, incapacitante o que pone en peligro la vida puede enviar una solicitud al director médico de COMMUNITY para utilizar un médico especialista que no es el de cabecera como médico de atención primaria. El médico especialista debe aceptar el acuerdo y aceptar coordinar todas las necesidades de atención médica del NIÑO.

D. Servicios de emergencia

Cuando se lleva a SU NIÑO al departamento de emergencia de un hospital, a un centro médico de emergencia privado o a un centro de emergencia comparable, el médico/proveedor tratante realizará una exploración médica

para determinar si existe una emergencia médica y proporcionará el tratamiento y la estabilización de una afección de emergencia.

Si se requiere atención adicional después de que se estabiliza al paciente, el médico/proveedor tratante debe contactarse con COMMUNITY, que debe responder en un plazo de una hora de haber recibido la llamada para aprobar o rechazar la cobertura de la atención adicional requerida por el médico/proveedor tratante.

Si COMMUNITY acepta brindar la atención como propone el médico/proveedor tratante, o si COMMUNITY 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.

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

E. Servicios fuera de la red

Si los servicios de salud cubiertos no están disponibles para SU NIÑO a través de médicos o proveedores de la red, COMMUNITY, 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 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.

F. Continuidad de tratamientos

En el contrato entre COMMUNITY y un médico o proveedor se 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. En el contrato también se debe estipular que la baja del contrato del médico o proveedor, excepto por motivos de competencia médica o conducta profesional, no exime a COMMUNITY de su obligación de reembolsar al médico o proveedor que trata a SU NIÑO en circunstancias especiales, como un niño que tiene una discapacidad, una afección aguda o una enfermedad que pone en peligro la vida, por la atención prestada a SU NIÑO a cambio de la continuidad del tratamiento en curso para él/ella, 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. El médico o proveedor identificará una circunstancia especial y deberá solicitar que se autorice a SU NIÑO 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 del plan de salud. COMMUNITY reembolsará al médico o proveedor dado de baja por el tratamiento en curso de SU NIÑO durante noventa (90) días desde la fecha de vigencia de la baja o durante nueve (9) meses si SU NIÑO recibió un diagnóstico de enfermedad terminal.

G. Aviso de quejas

No debe pagar ningún monto por los servicios de salud cubiertos, excepto los copagos o deducibles. Si recibe una factura de un médico o proveedor mayor a los montos autorizados de sus copagos y deducibles, contáctese con COMMUNITY.

H. Coordinación de beneficios

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

I. Subrogación

COMMUNITY recibe todos los derechos de recuperación adquiridos por USTED o SU NIÑO contra cualquier

persona u organización por negligencia o cualquier acto intencionado que haya provocado una enfermedad o lesión cubierta por COMMUNITY, pero solo en la medida en que lo permitan dichos beneficios. Una vez que recibe dichos beneficios de COMMUNITY, se considera que USTED y SU NIÑO han asignado los derechos de recuperación a COMMUNITY y USTED acepta brindar a COMMUNITY 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 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 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, P.O. 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 escapen al control del Departamento.

F. Prohibición de represalias

1. No tomaremos ninguna represalia, incluido el rechazo a renovar la cobertura, contra un NIÑO porque el NIÑO 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 porque este, en nombre de un NIÑO, 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 acepta mantener y preservar la confidencialidad de todas las historias clínicas de SU NIÑO o de su familia. Sin embargo, al inscribirse en COMMUNITY, autoriza la divulgación de la información, según lo permita la ley, y el acceso a todas las historias clínicas de SU NIÑO a los fines razonablemente relacionados con la prestación de servicios en función de este contrato, a COMMUNITY, sus agentes y empleados, el médico de atención primaria o proveedor de atención primaria de SU NIÑO, proveedores participantes, proveedores externos del Comité de Revisión de Utilización, CHIP y agencias gubernamentales pertinentes. Las protecciones de privacidad de COMMUNITY 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 a Servicios para miembros de Community Health Choice al 713.295.2294 o gratis al 1.888.760.2600.

C. Error administrativo

Error administrativo o demoras en el mantenimiento de los registros para su contrato y el de SU NIÑO con 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 a CHIP sobre SU NIÑO no es preciso y afecta la cobertura:

1. 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 recién nacidos]

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 de CHIP y debe prestarse de acuerdo con la Sección VI. D. Servicios de emergencia. Consulte la Sección II, Definiciones, para conocer la definición de “Afección de emergencia” y la definición de “Servicios de emergencia y atención de emergencia”, para determinar si existe una afección de emergencia.

No hay un límite máximo de por vida en los beneficios; sin embargo, un período de inscripción de 12 meses o limitaciones de por vida se aplican a determinados servicios, como se especifica en la siguiente tabla.

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios de internación general, aguda y de rehabilitación en el hospital Servicios incluidos: Servicios de proveedores o médicos proporcionados en el hospital • Habitación semiprivada y comida (o privada si es médicamente necesario según lo certifique el médico tratante) • Atención de enfermería general • Atención de enfermería especial cuando sea médicamente necesario - Unidad de cuidados intensivos (ICU) y servicios • Comidas y dietas especiales del miembro • Habitaciones de operación, recuperación y otros tratamientos • Anestesia y administración (componente técnico del centro) • Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos, férulas • Fármacos, medicamentos y productos biológicos • Sangre o productos sanguíneos que no se proporcionan sin cargo al miembro y su administración • Radiografías, imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico del centro) • Pruebas de diagnóstico con equipos médicos (EEG, ECG, etc.) • Servicios de oxígeno y terapia de inhalación • Radiación y quimioterapia • Acceso a centros perinatales de nivel III designado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DSHS) u hospitales que cumplen con los niveles equivalentes de atención • Servicios de centros y médicos dentro y fuera de la red para la madre y su(s) recién nacido(s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y de 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones • Servicios hospitalarios, médicos y relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental • 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;	• Requiere autorización para una atención sin carácter de emergencia y atención posterior a la estabilización de una afección de emergencia • Requiere autorización para servicios de centros y médicos dentro y fuera de la red para la madre y su(s) recién nacido(s) después de las 48 horas de un parto vaginal sin complicaciones, y después de las 96 horas de un parto por cesárea sin complicaciones	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
– ecografías; y – examen histológico de las muestras de tejido. • Implantes quirúrgicos • Otras ayudas artificiales que incluyen implantes quirúrgicos • Los servicios de internación para mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen los siguientes: – todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – prótesis mamaria externa para la(s) mama(s) sobre la que se practicó el procedimiento de mastectomía médicamente necesario; – cirugía y reconstrucción de la otra mama para obtener una apariencia simétrica; y – tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos implantables están cubiertos a través de los servicios de internación y atención ambulatoria, y no cuentan para el límite del período de 12 meses del equipo médico duradero (DME) • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anormalidades craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y se prestan como parte del plan de tratamiento propuesto y detallado claramente para tratar: – labio o paladar hendidos; o – desviaciones craneofaciales congénitas o esqueléticas traumáticas graves; o – asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, afecciones sindrómicas congénitas o crecimiento de tumores o su tratamiento.		
Centros de enfermería especializada (incluyen hospitales de rehabilitación) Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes • Habitación semiprivada y comida • Servicios habituales de enfermería • Servicios de rehabilitación • Suministros médicos y el uso de electrodomésticos y equipo provistos por el centro	Requiere autorización y receta médica • 60 días por límite de período de 12 meses	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, entre otros, 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 • Servicios ambulatorios en el centro quirúrgico • Fármacos, medicamentos y productos biológicos • Yesos, férulas, vendajes • Servicios de salud preventivos • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios respiratorios - Radiación y quimioterapia • Sangre o productos sanguíneos que no se proporcionan sin cargo al miembro y la administración de estos productos • 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. • Servicios en el centro, médicos y relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental, cuando se prestan en un centro quirúrgico ambulatorio autorizado. • Implantes quirúrgicos • Otras ayudas artificiales que incluyen implantes quirúrgicos • Los servicios ambulatorios prestados en un hospital ambulatorio y un centro de atención médica ambulatoria para una mastectomía y reconstrucción mamaria según sea clínicamente apropiado incluyen los siguientes: – todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada;	Requiere autorización previa y receta médica Requiere autorización previa y receta médica: • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios en el centro, médicos y relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental, cuando se prestan en un centro quirúrgico ambulatorio autorizado • Radiografías, imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico) • Pruebas de diagnóstico con equipos médicos • Servicios ambulatorios en el centro quirúrgico • Fármacos, medicamentos y productos biológicos • Yesos, férulas, vendajes • Servicios respiratorios • Radiación y quimioterapia • Implantes quirúrgicos • Otras ayudas artificiales que incluyen implantes quirúrgicos • Los dispositivos implantables están cubiertos a través de los servicios de internación y atención ambulatoria, y no cuentan para el límite del período de 12 meses del equipo médico duradero (DME) • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y se prestan como parte del plan de tratamiento propuesto y detallado claramente para tratar: – labio o paladar hendidos; o – desviaciones craneofaciales congénitas o esqueléticas traumáticas graves; o	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
– prótesis mamaria externa para la(s) mama(s) sobre la que se practicó el procedimiento de mastectomía médicamente necesario; – cirugía y reconstrucción de la otra mama para obtener una apariencia simétrica; y – tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios de internación y ambulatorios, y no se contabilizan para el límite del período de 12 meses del equipo médico duradero (DME). • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anormalidades craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y se prestan como parte del plan de tratamiento propuesto y detallado claramente para tratar: – labio o paladar hendidos; o – desviaciones craneofaciales congénitas o esqueléticas traumáticas graves; o – asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, afecciones sindrómicas congénitas o crecimiento de tumores o su tratamiento.	– asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, afecciones sindrómicas congénitas o crecimiento de tumores o su tratamiento. • Servicios de salud preventivos • Diálisis renal • Sangre o productos sanguíneos que no se proporcionan sin cargo al paciente y la administración de estos productos • Los servicios ambulatorios prestados en un hospital ambulatorio y un centro de atención médica ambulatoria para una mastectomía y reconstrucción mamaria según sea clínicamente apropiado incluyen los siguientes: – todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – cirugía y reconstrucción de la otra mama para obtener una apariencia simétrica; y – tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas.	

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios profesionales de extensión médica/médico • Los servicios incluyen, entre otros los siguientes • Exámenes de control rutinario del niño recomendados por la Academia Estadounidense de Pediatría y servicios de salud preventivos (que incluyen, entre otros, exámenes de visión y audición, y vacunas) • 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 • Pruebas de alergias, suero e inyecciones • Componente profesional (paciente internado/ ambulatorio) de servicios quirúrgicos, incluidos los siguientes – Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención de seguimiento adecuada – Administración de anestesia a cargo de un médico (diferente del cirujano) o un enfermero anestesista certificado registrado (CNRA) – Segunda opinión con respecto a una cirugía – Cirugía en el mismo día realizada en un hospital sin pasar la noche allí – Procedimientos de diagnóstico invasivos, como exámenes endoscópicos • Servicios de médicos en el hospital (incluidos los componentes interpretativos y técnicos realizados por un médico) • Los servicios de médicos y profesionales para una mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen los siguientes: – todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – prótesis mamaria externa para la(s) mama(s) sobre la que se practicó el procedimiento de mastectomía médicamente necesario; – cirugía y reconstrucción de la otra mama para obtener una apariencia simétrica; y – tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas • Servicios de médicos dentro y fuera de la red para la madre y su(s) recién nacido(s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y de 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones	Requiere autorización previa • Pruebas de alergias, suero e inyecciones • Medicamentos, productos biológicos y materiales que se administran en el consultorio médico • Servicios de médicos fuera de la red para la madre y su(s) recién nacido(s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y de 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones • Servicios de médicos médicamente necesarios para auxiliar a un dentista que presta servicios dentales a un miembro de CHIP, como anestesia general o sedación por vía intravenosa (IV) • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y se prestan como parte del plan de tratamiento propuesto y detallado claramente para tratar: – labio o paladar hendidos; o – desviaciones craneofaciales congénitas, o esqueléticas traumáticas graves; o – asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, afecciones sindrómicas congénitas o crecimiento de tumores o su tratamiento • Los servicios de médicos y profesionales para una mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen los siguientes: – todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; – cirugía y reconstrucción de la otra mama para obtener una apariencia simétrica; y – tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas. Puede requerir autorización previa para servicios de especialidad • Componente profesional (paciente	Ninguno

• Servicios de médicos médicamente necesarios para auxiliar a un dentista que presta servicios dentales a un miembro de CHIP, como anestesia general o sedación por vía intravenosa (IV) • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anormalidades craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y se prestan como parte del plan de tratamiento propuesto y detallado claramente para tratar: – labio o paladar hendidos; o – desviaciones craneofaciales congénitas, o esqueléticas traumáticas graves; o – asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, afecciones sindrómicas congénitas o crecimiento de tumores o su tratamiento.	internado/ambulatorio) de servicios quirúrgicos, incluidos los siguientes: – Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención de seguimiento adecuada – Administración de anestesia a cargo de un médico (diferente del cirujano) o un enfermero anestesista certificado registrado (CNRA) – Cirugía en el mismo día realizada en un hospital sin pasar la noche allí – Procedimientos de diagnóstico invasivos, como exámenes endoscópicos • Laboratorio, radiografías, imágenes y servicios de patología, incluidos el componente técnico o la interpretación profesional No requiere autorización previa para servicios de especialidad • Segunda opinión con respecto a una cirugía • Exámenes de control rutinario del niño recomendados por la Academia Estadounidense de Pediatría y servicios de salud preventivos (que incluyen, entre otros, exámenes de visión y audición, y vacunas) • Visitas al consultorio médico, servicios de internación y ambulatorios • Servicios de médicos dentro y fuera de la red para la madre y su(s) recién nacido(s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y de 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones	
Suministros y servicios familiares previos al embarazo y de atención prenatal Atención prenatal ilimitada cubierta y atención médicamente necesaria relacionada con enfermedades, o anormalidades relacionadas con el sistema reproductivo, y los límites y las exclusiones a estos servicios se describen en los servicios de internación, ambulatorios y de médicos.	Los beneficios de salud primaria y preventiva no incluyen suministros y servicios reproductivos familiares previos al embarazo, o medicamentos recetados que se indican únicamente con fines de atención primaria y preventiva de la salud reproductiva.	
Servicios prestados por una matrona enfermera certificada o médico en una maternidad autorizada	Servicios prestados a un recién nacido inmediatamente después del parto	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Equipo médico duradero (DME, dispositivos protésicos y suministros médicos descartables) Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: DME (equipo que puede soportar un uso reiterado y se utiliza principal y habitualmente para fines médicos; generalmente no sirve para una persona ante la ausencia de enfermedad, lesión o discapacidad y es apropiado para su uso en el hogar), incluidos dispositivos y suministros que son médicamente necesarios y se necesitan para una o más actividades de la vida diaria y son adecuados para ayudar en el tratamiento de una afección médica, como por ejemplo, los siguientes: • Ortesis y aparatos ortopédicos • Dispositivos dentales • Dispositivos protésicos, como ojos artificiales, extremidades, aparatos y prótesis mamarias externas • Anteojos protésicos y lentes de contacto para el manejo de enfermedades oftalmológicas graves • Audífonos • Suministros médicos descartables específicos del diagnóstico, incluidos suplementos dietarios y fórmula especializada recetada en función del diagnóstico	Puede requerir autorización previa y receta médica • \$ 20,000 por límite de período de 12 meses para DME, prótesis, dispositivos y suministros médicos descartables (los dispositivos implantables, los suministros para diabéticos y el equipo no se contabilizan dentro de este límite)	Ninguno
Servicios de salud en el domicilio y la comunidad Los servicios que se prestan en el domicilio y la comunidad, incluidos, entre otros, los siguientes: • Infusión en el hogar • Terapia respiratoria • Visitas de enfermería privada (RN, LVN) • Visitas de enfermería especializada según se define para fines de atención médica domiciliaria (puede incluir RN o LVN) • Auxiliar de atención médica domiciliaria cuando se incluye como parte de un plan de atención durante un período en que se han aprobado las visitas especializadas • Terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional	Requiere autorización previa y receta médica • Los servicios no tienen como fin reemplazar al cuidador del niño ni proporcionar alivio al cuidador • Las visitas de enfermería especializada se proporcionan a un nivel intermitente y no tienen como fin proporcionar servicios de enfermería especializada las 24 horas • Los servicios no tienen como fin reemplazar los servicios de internación o de un centro de enfermería especializada las 24 horas	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios de salud mental para pacientes internados Los servicios de salud mental, incluidos para enfermedades mentales graves, proporcionados en hospitales psiquiátricos privados; unidades psiquiátricas de hospitales de atención aguda general y centros gestionados por el estado, incluyen, entre otros, los siguientes: • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes internados son ordenados: 1) por un tribunal con jurisdicción competente, conforme al Código de Salud y Seguridad de Texas, Capítulos 573, Subcapítulos B y C, o 574, Subcapítulo D; o 2) como una condición de la libertad condicional. • La orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. Estos requisitos no corresponden cuando un miembro se considera encarcelado, según lo definido en la Sección 16.1.15.2 del UMCM.	Requiere autorización previa para servicios que no son de emergencia No requiere derivación del PCP Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes internados son ordenados por un tribunal con jurisdicción competente, según las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, en lo relacionado con internamientos en centros psiquiátricos ordenados por un tribunal, la orden judicial constituye una determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación.	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios de salud mental, incluidos para enfermedad mental grave, proporcionados en forma ambulatoria, incluyen, entre otros, los siguientes: • Las visitas pueden concretarse en una variedad de entornos comunitarios (como la escuela y el domicilio) o en un centro gestionado por el estado • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas • Tratamientos diurnos de rehabilitación • Administración de medicamentos • Servicios de tratamiento residenciales (hospitalización parcial o tratamientos diurnos de rehabilitación) • Capacitación en habilidades (desarrollo de habilidades psicoeducativas) • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios son ordenados: 1) por un tribunal con jurisdicción competente, conforme al Código de Salud y Seguridad de Texas, Capítulos 573, Subcapítulos B y C, o 574, Subcapítulos A hasta G, Capítulo 55 del Código Familiar de Texas, Subcapítulo D; o 2) como una condición de la libertad condicional. • La orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. Estos requisitos no corresponden cuando el miembro se considera encarcelado, según lo definido en la Sección 16.1.15.2 del UCM.	Requiere autorización previa No requiere derivación del PCP • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios son ordenados por un tribunal con jurisdicción competente, según las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, en lo relacionado con internamientos en centros psiquiátricos ordenados por un tribunal, la orden judicial constituye una determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. • Se define al proveedor calificado de salud mental - Servicios comunitarios (QMHP-CS) según el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS) en el Título 25 del Código Administrativo de Texas, 412.303(31). Los QMHP-CS serán los proveedores que trabajan a través de una autoridad local de salud mental contratada por el DSHS o una entidad diferente contratada por el DSHS. Los QMHP-CS estarán bajo la supervisión de un médico o profesional de salud mental certificado y prestarán servicios de acuerdo con los estándares del DSHS. Esos servicios incluyen capacitación en habilidades individuales y grupales (que pueden ser componentes de intervenciones como servicios de tratamiento diurno o servicios domiciliarios), educación para el paciente y la familia, y servicios ante crisis.	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios de internación y residenciales para el tratamiento por abuso de sustancias Los servicios de internación y de tratamiento por abuso de sustancias incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de internación y residenciales para el tratamiento por abuso de sustancias, que incluyen desintoxicación y estabilización de crisis y programas de rehabilitación residenciales las 24 horas • Cuando se requieren servicios de internación y residenciales para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias como: 1) una orden judicial, conforme al Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o 2) como una condición de la libertad condicional • La orden judicial sirve como una determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. • Estos requisitos no corresponden cuando el miembro se considera encarcelado, según lo definido en la Sección 16.1.15.2 del UCM.	Requiere autorización previa para servicios que no son de emergencia No requiere derivación del PCP	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios ambulatorios para el tratamiento por abuso de sustancias Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de prevención e intervención prestados por médicos y proveedores no médicos, como exámenes de detección, evaluación y derivación para trastornos de dependencia de sustancias • Servicios ambulatorios intensivos • Hospitalización parcial • Los servicios ambulatorios intensivos se definen como un servicio organizado no residencial que proporciona terapia estructurada grupal e individual, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida que consta de al menos 10 horas por semana durante cuatro (4) a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día • El servicio de tratamiento ambulatorio consta de al menos una a dos horas por semana y proporciona terapia estructurada grupal e individual, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida • Cuando se requieren servicios ambulatorios para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias como: 1) una orden judicial, conforme al Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o 2) como una condición de la libertad condicional, la orden judicial sirve como una determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. • Estos requisitos no corresponden cuando el miembro se considera encarcelado, según lo definido en la Sección 16.1.15.2 del UMCM.	Requiere autorización previa No requiere derivación del PCP	Ninguno
Servicios de rehabilitación Los servicios de rehabilitación (el proceso de proporcionar a un niño los medios para que alcance los hitos del desarrollo apropiados para la edad a través de la terapia o el tratamiento) y de rehabilitación incluyen, entre otros, los siguientes: • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Evaluación del desarrollo	Requiere autorización previa y receta médica	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Servicios de cuidados de hospicio Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Cuidados paliativos, incluidos servicios médicos y de apoyo, para niños con expectativa de vida de seis (6) meses o menos, para ofrecer comodidad a los pacientes durante las últimas semanas y meses antes de morir • Servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal	Requiere autorización y receta médica • Los servicios se aplican al diagnóstico de hospicio • Hasta un máximo de 120 días con una expectativa de vida de 6 meses • Los pacientes que eligen hospicio pueden cancelar esta elección en cualquier momento	Ninguno
Servicios de emergencia, incluidos hospitales de emergencia, médicos y servicios de ambulancia COMMUNITY no puede pedir autorización como condición para el pago de afecciones de emergencia o trabajo de parto y parto. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de emergencia en función de la definición de afección médica de emergencia según una persona prudente • Habitación en el departamento de emergencias de un hospital y servicios complementarios, y servicios de médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por parte de proveedores tanto dentro como fuera de la red • Exámenes médicos de detección • Servicios de estabilización • Acceso a centros de trauma de nivel I y II designado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DSHS) u hospitales que cumplen con los niveles equivalentes de atención para servicios de emergencia • Transporte de emergencia por tierra, aire y agua • Servicios dentales de emergencia, limitados a fractura o dislocación de mandíbula, daño traumático a los dientes o extracción de quistes y tratamiento relacionado con abscesos orales originados en dientes o encías.	Requiere autorización para los servicios posteriores a estabilización	Ninguno
Trasplantes Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Utilizando las pautas actualizadas de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), todos los trasplantes no experimentales de órganos y tejidos humanos, y todas las formas de trasplantes no experimentales de córnea, médula ósea y células madre periféricas, incluidos los gastos médicos del donante	Requiere autorización	Ninguno

Beneficios cubiertos	Límites	Copagos
Beneficios de la visión Servicios incluidos: • Un examen oftalmológico de rutina para determinar la necesidad y receta para lentes correctivos por período de 12 meses, sin autorización • Un par de anteojos no protésicos por período de 12 meses	COMMUNITY puede limitar razonablemente el costo de los marcos/lentes • Puede requerir autorización para lentes de protección y policarbonato cuando sea médicamente necesario como parte de un plan de tratamiento de enfermedades oculares cubiertas	Ninguno
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos no requieren receta médica y se limitan a la subluxación espinal	• Requiere autorización para 12 visitas por límite de período de 12 meses (independientemente de la cantidad de servicios o modalidades que se presten en una visita) • Requiere autorización para visitas adicionales	Ninguno
Programa para dejar de fumar Cubierto hasta \$100 por límite de período de 12 meses para un programa aprobado por el plan	Puede requerir autorización • COMMUNITY define el programa aprobado por el plan • Puede estar sujeto a requisitos de formulario	Ninguno
Servicios de administración de casos y coordinación de la atención Estos servicios 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.		Ninguno
Servicios de valor añadido		Ninguno

EXCLUSIONES

Todas las exclusiones a continuación coinciden con las que se encuentran en el programa CHIP.

- Tratamientos de infertilidad para pacientes internados y ambulatorios o servicios reproductivos diferentes de la atención prenatal, el trabajo de parto y el parto, y atención relacionada con enfermedades o anomalías relativas al sistema reproductivo
- Medicamentos anticonceptivos recetados solamente con la finalidad de atención médica reproductiva primaria y preventiva (es decir, no se pueden recetar para planificación familiar)
- 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 de la enfermedad o lesión
- 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, Subcapítulo 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, a menos que el plan de salud lo haya autorizado previamente
- 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 excepto por los servicios de atención de emergencia y de médicos para la madre y su(s) recién nacido(s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y de 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones
- Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos proporcionados para el control de peso o el tratamiento de la obesidad, excepto para los servicios relativos al tratamiento de la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por COMMUNITY
- 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 cuidado higiénico (el cuidado de rutina de los pies no incluye el tratamiento por lesión o complicaciones de 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).
- Reemplazo o reparación de dispositivos protésicos y equipo médico duradero debido al mal uso, abuso o pérdida cuando lo confirma el miembro o el proveedor
- Calzado ortopédico correctivo
- Artículos de conveniencia
- Medicamentos de venta libre
- Ortesis principalmente para un uso deportivo o recreativo
- Cuidado de custodia (cuidado que se brinda a un niño 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 padre. Este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado). Esta exclusión no aplica a hospicio.
- 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 y terapia de la visión
- El reembolso de los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla en la escuela no está cubierto, salvo cuando lo solicita un médico/PCP.

- Gastos no médicos del donante
- Cargos incurridos como donante de un órgano cuando el receptor del órgano no cuenta con cobertura de COMMUNITY
- 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)

DME/SUMINISTROS DEL PROGRAMA PARA BEBÉS EN ETAPA PERINATAL INSCRITOS EN CHIP

Nota: Los DME/suministros no son un beneficio cubierto para bebés en etapa perinatal inscritos en CHIP, pero son un beneficio para recién nacidos en etapa perinatal inscritos en CHIP.

SUMINISTROS	CUBIERTOS	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES DEL MIEMBRO
Vendas elásticas		X	Excepción: Si lo proporciona o factura la clínica o la agencia de atención a domicilio, se cubre como un suministro incidental.
Alcohol sanitario		X	Suministro de venta libre.
Hisopos con alcohol (para diabéticos)	X		Suministro de venta libre no cubierto, a menos que se presente receta al momento de la dispensación.
Hisopos con alcohol	X		Cubiertos solo cuando se reciben junto con terapia intravenosa o kits/suministros de línea central.
Ana Kit Epinefrina	X		Un kit de autoinyección utilizado por miembros altamente alérgicos a las picaduras de abeja.
Cabestrillo para el brazo	X		Se dispensa como parte de la visita al consultorio.
Attends (pañales)	X		La cobertura se limita a niños mayores de 4 años solamente cuando un médico los receta y se utilizan como parte de la atención brindada para un diagnóstico cubierto según se describe en el plan de atención del tratamiento.
Vendas		X	
Termómetro basal		X	Suministro de venta libre.
Baterías (inicial)	X	.	Para artículos DME cubiertos
Baterías (de reemplazo)	X		Para DME cubierto cuando el reemplazo es necesario debido al uso habitual.
Betadine		X	Consulte los suministros para terapia intravenosa.
Libros		X	
Clinitest	X		Para monitorear la diabetes.
Bolsas de colostomía			Consulte los suministros de ostomía.
Dispositivos de comunicación		X	
Anticonceptivos Jelly		X	Suministro de venta libre. Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Molde craneal para la cabeza		X	
Dispositivos dentales	X		La cobertura se limita a dispositivos dentales utilizados en el tratamiento de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica.
Suministros para diabéticos	X		Solución de calibración para monitor, jeringas para insulina, agujas, lancetas, dispositivo para lancetas y tiras de glucosa.
Pañales/pañales para incontinencia/protectores desechables Chux	X		La cobertura se limita a niños mayores de 4 años solamente cuando un médico los receta y se utilizan como parte de la atención brindada para un diagnóstico cubierto según se describe en el plan de atención del tratamiento.

SUMINISTROS	CUBIERTOS	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES DEL MIEMBRO
Diafragma		X	Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Diastix	X		Para monitorear la diabetes.
Dieta especial		X	
Agua destilada		X	
Suministros de vendajes/línea central	X		Jeringas, agujas, Tagaderm, hisopos con alcohol, hisopos o pomada de Betadine, cinta. Muchas veces, estos artículos se dispensan en un kit cuando incluye todos los artículos necesarios para un cambio de vendaje en el sitio.
Suministros de vendajes/decúbito	X		Elegible para cobertura solamente si se recibe atención domiciliaria cubierta para el cuidado de heridas.
Suministros de vendajes/terapia intravenosa periférica	X		Elegible para cobertura solamente si se recibe terapia intravenosa en el domicilio.
Suministros de vendajes/otro		X	
Máscara antipolvo		X	
Moldes para oídos	X		Hechos a medida, después de una cirugía del oído interno o medio.
Electrodos	X		Elegible para cobertura cuando se utilizan con un DME cubierto.
Suministros para enema		X	Suministro de venta libre.
Suministros para nutrición enteral	X		Los suministros necesarios (p. ej., bolsas, sondas, conectores, catéteres, etc.) son elegibles para cobertura. Los productos de nutrición enteral no están cubiertos, excepto aquellos recetados para trastornos metabólicos hereditarios, una disfunción o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado, o malabsorción debido a una enfermedad.
Parches oculares	X		Cubiertos para miembros con ambliopía.

SUMINISTROS	CUBIERTOS	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES DEL MIEMBRO
Fórmula		X	Excepción: Elegible para cobertura solamente para trastornos metabólicos hereditarios crónicos, una disfunción o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado, o malabsorción debido a una enfermedad (se espera que dure más de 60 días cuando el médico la receta y el plan la autoriza). La documentación del médico que justifique la receta de fórmula debe incluir lo siguiente: - Identificación de un trastorno metabólico, disfagia que ocasiona la necesidad médica de una dieta líquida, presencia de una gastrostomía o enfermedad que provoca malabsorción para la que se requiere el producto nutricional médicamente necesario. No incluye fórmula: - Para miembros que pueden mantenerse con una dieta adecuada a su edad. - Que generalmente se utiliza para la alimentación infantil. - En forma de pudín (excepto para clientes con disfunción motora orofaríngea que reciben más del 50% de su consumo calórico diario de este producto). - Para el diagnóstico principal de incapacidad para prosperar, falta de aumento de peso o ausencia de crecimiento, o para lactantes menores de doce meses, a menos que se documente la necesidad médica y se cumplan otros criterios mencionados anteriormente.
Fórmula (<i>continuación</i>)		X	Los espesantes alimenticios, alimentos para bebés u otros productos regulares de supermercado que pueden licuarse y usarse con un sistema enteral, y que no son médicamente necesarios, no están cubiertos, independientemente de si estos productos alimenticios regulares se administran por vía oral o parenteral.
Guantes		X	Excepción: Vendajes de la línea central o cuidado de heridas proporcionados por la agencia de atención domiciliaria.
Peróxido de hidrógeno		X	Suministro de venta libre.
Artículos de higiene		X	
Protectores para incontinencia	X		La cobertura se limita a niños mayores de 4 años solamente cuando un médico los receta y se utilizan como parte de la atención brindada para un diagnóstico cubierto según se describe en el plan de atención del tratamiento.
Suministros para bomba de insulina (externa)	X		Los suministros (p. ej., juegos de infusión, reservorio de jeringa y vendajes, etc.) son elegibles para cobertura si la bomba está incluida como artículo cubierto.
Juegos de irrigación, cuidado de heridas	X		Elegible para cobertura cuando se utiliza durante la atención domiciliaria cubierta para el cuidado de heridas.

SUMINISTROS	CUBIERTOS	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES DEL MIEMBRO
Juegos de irrigación urinaria	X		Elegibles para cobertura para personas con catéter urinario permanente.
Suministros para terapia intravenosa	X		Sondas, filtros, casetes, postes para IV, hisopos con alcohol, agujas, jeringas y cualquier otro suministro relacionado necesario para la terapia intravenosa en el hogar.
K-Y Jelly		X	Suministro de venta libre.
Dispositivo de lanceta	X		Se limita a un único dispositivo.
Lancetas	X		Elegible para personas con diabetes.
Dispositivo de eyección médica	X		
Agujas y jeringas/para diabéticos			Consulte los suministros para diabéticos.
Agujas y jeringas/ intravenosa y línea central			Consulte los suministros para terapia intravenosa y de vendajes/línea central.
Agujas y jeringas/otra	X		Elegible para cobertura si se administra en el domicilio un medicamento cubierto por vía intramuscular (IM) o subcutánea (SubQ).
Solución salina normal			Consulte solución salina normal.
Pluma de insulina Novopen	X		
Suministros de ostomía	X		Los artículos elegibles para cobertura incluyen los siguientes: cinturón, bolsa, bolsitas, oblea, placa facial, inserto, barrera, filtro, junta, tapón, kit/manga de irrigación, cinta, preparación de la piel, adhesivos, juegos de drenaje, removedor de adhesivos y desodorante para bolsa. Los artículos no elegibles para cobertura incluyen los siguientes: tijeras, desodorantes para ambientes, limpiadores, guantes de goma, gasas, cubiertas para bolsa, jabones y lociones.
Suministros para nutrición parenteral	X		Los suministros necesarios (p. ej., sondas, filtros, conectores, etc.) son elegibles para cobertura cuando el plan de salud ha autorizado la nutrición parenteral.
Solución salina normal	X		Elegible para cobertura: a) cuando se utiliza para diluir medicamentos para tratamientos con nebulizador; b) como parte de la atención domiciliaria cubierta para el cuidado de heridas; c) para la irrigación del catéter urinario permanente.
Manga para muñón	X		
Calcetines para muñón	X		
Catéteres de succión	X		
Jeringas			Consulte Agujas/jeringas.

SUMINISTROS	CUBIERTOS	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES DEL MIEMBRO
Cinta			Consulte Suministros de vendajes, suministros de ostomía, suministros para terapia intravenosa.
Suministros para traqueostomía	X		Cánulas, sondas, ligaduras, soportes, kits de limpieza, etc. son elegibles para cobertura.
Protectores absorbentes			Consulte Pañales/pañales para incontinencia/protectores desechables Chux.
Bota de Unna	X		Elegible para cobertura cuando forma parte del cuidado de heridas en el domicilio. Cargo incidental cuando se aplica durante la visita al consultorio.
Catéter urinario externo y suministros		X	Excepción: cubierto cuando se utiliza en hombres con incontinencia donde una lesión en la uretra impide el uso de un catéter permanente pedido por el PCP y aprobado por el plan.
Catéter urinario permanente y suministros	X		Cubre catéter, bolsa de drenaje con sonda, bandeja de inserción, juego de irrigación y solución salina normal si es necesario.
Cateterismo intermitente urinario	X		Cubre los suministros necesarios para el cateterismo intermitente o recto.
Kit de prueba de orina	X		Cuando se determina que es médicamente necesario.
Suministros para urostomía			Consulte los suministros de ostomía.