



Parkland
Community Health Plan



Manual para miembros de CHIP 2025-2026

CHIP: Programa de Seguro Médico para niños
(incluye CHIP Perinate Newborn)

Para obtener más información sobre CHIP,
llame al **1-888-814-2352**.

Área de servicio de Dallas

www.ParklandHealthPlan.com



TEXAS
Health and Human
Services



**Parkland Community Health Plan CHIP and
CHIP Perinate Newborn**
Manual para miembros de CHIP: Programa de Seguro Médico
para Niños

Parkland Community Health Plan les ofrece cobertura a los miembros de CHIP en la
área de servicio de Dallas en los siguientes condados:

Dallas, Collin, Ellis, Hunt, Kaufman, Navarro and Rockwall

Servicios para Miembros:

1-888-814-2352

www.ParklandHealthPlan.com

Información personal

Número de identificación del miembro de mi hijo/a: _____

Número de identificación del miembro de mi hijo/a: _____

La dirección del proveedor de atención primaria de mi hijo/a es: _____

El número de teléfono del proveedor de atención primaria de mi hijo/a es: _____

Parkland Community Health Plan (PCHP) CHIP/CHIP
Perinate Newborn utiliza los servicios de Cognizant
Technology Solutions (CTS). CTS no es ni la aseguradora
ni el patrocinador de PCHP CHIP/CHIP Perinate
Newborn.

**Parkland Community Health Plan (PCHP)
CHIP y CHIP Perinate Newborn**

Manual para miembros de CHIP: Programa de Seguro Médico para
Niños
2025-2026

Parkland Community Health Plan cubre servicios de CHIP/CHIP Perinate
Newborn
en los siguientes condados:

Área de servicio de Dallas

Condados de Dallas, Collin, Ellis, Hunt, Kaufman, Navarro y Rockwall.

Servicios para Miembros:
1-888-814-2352



TEXAS
Health and Human
Services



CHIP

www.ParklandHealthPlan.com

Parkland Community Health Plan (PCHP) utiliza los servicios de Cognizant Technology Solutions (CTS). CTS no es ni la aseguradora ni el patrocinador de PCHP.

Tabla de contenidos

Introducción	1
Aviso de privacidad de Parkland Community Health Plan	4
Aviso de no discriminación	7
Tarjetas de identificación de miembro.....	7
Proveedores de atención primaria para miembros de Parkland CHIP/CHIP Perinate Newborn.....	8
Atención fuera del horario de servicio.....	11
Planes de incentivos para médicos.....	11
Cambio de los planes médicos.....	11
Cobertura para recién nacidos.....	12
Beneficios para los miembros de CHIP y CHIP Perinate Newborn.....	12
Sus gastos de bolsillo	29
Beneficios adicionales	31
Atención médica y otros servicios (CHIP/CHIP Perinate Newborn)	34
Atención de emergencia.....	36
Atención dental de emergencia.....	37
Salud conductual	39
Cómo obtener los medicamentos recetados	41
Servicios para la vista	43
Intervención temprana en la infancia (ECI).....	43
Servicios dentales.....	43
La salud de la mujer.....	44
Otros servicios para miembros.....	45
Notificación de Servicios para Miembros.....	46
Administración de la utilización	47
Consejos rápidos para los miembros de CHIP/CHIP Perinate Newborn	48
Derechos y responsabilidades de los miembros.....	49
Información adicional para todos los miembros del plan	52
Proceso de reclamos.....	53
Proceso para apelar una determinación adversa de CHIP	54
Proceso de apelación acelerada.....	55
Proceso de revisión especializada	56
Organización de Revisión Independiente (IRO).....	56
Denuncia del malgasto, abuso o fraude de CHIP	57
Subrogación	58
Glosario.....	59

Parkland Community Health Plan CHIP/CHIP Perinate Newborn
Departamento de Servicios para Miembros
Número gratuito: 1-888-814-2352

Estamos disponibles para ayudarlo por teléfono de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., salvo los feriados aprobados por el estado. Si llama después de las 5:00 p. m. o durante un fin de semana o feriado, deje un mensaje de correo de voz. Un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Podemos brindarle ayuda para lo siguiente:

- Responder las preguntas sobre cómo acceder a sus beneficios y servicios cubiertos.
- Cambiar su dirección o número de teléfono.
- Cambiar su proveedor de atención primaria.
- Encontrar más información para presentar un reclamo.

En caso de una emergencia o crisis, llame al 911 o a la línea de emergencia local.

Nuestra línea de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Comuníquese con nuestra línea de enfermería al 1-800-357-3162. Llame a su proveedor de atención primaria si tiene preguntas sobre citas, horarios de servicio o cómo recibir atención fuera del horario de servicio.

Toda la información puede encontrarse en inglés y español, y se ofrecen servicios de interpretación si los solicita.

TTY: Las personas con sordera o problemas de audición pueden llamar a la línea TTY de Relay of Texas al **711** y solicitar que llamen a la línea de Servicios para Miembros de Parkland CHIP.

Defensores de miembros de PCHP

Los defensores de miembros de PCHP están disponibles para ayudar a los miembros. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-814-2352** y solicite hablar con un defensor de miembros. Pueden ayudar a los miembros a explorar y comprender los beneficios y servicios de PCHP, como ayudarlos a escribir reclamos y apelaciones e informar a los miembros sobre lo siguiente:

- los derechos y responsabilidades de los miembros;
- el proceso de reclamos de PCHP;
- el proceso de apelación de PCHP;
- los servicios cubiertos disponibles para los miembros, incluidos servicios preventivos; y
- los servicios extracápita disponibles para los miembros.

Escríbanos a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Servicios para Miembros de Parkland CHIP/CHIP Perinate Newborn
P.O. Box 560307
Dallas, TX 75356
Visite nuestro sitio web en: **www.ParklandHealthPlan.com**

Introducción

Le damos la bienvenida a Parkland Community Health Plan (PCHP)

A través de Parkland Community Health Plan (PCHP) CHIP y CHIP Perinate Newborn, nos complace ofrecerle a su hijo todos los beneficios que se ofrecen en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) del estado de Texas además de los beneficios ampliados y de valor agregado. La información sobre los requisitos necesarios y beneficios se incluye en este Manual para miembros. Eligió al médico o la clínica de su hijo cuando se inscribió en el plan PCHP CHIP/CHIP Perinate Newborn. El médico o la clínica que eligió es su proveedor de atención primaria (PCP), y será su puerta de entrada para satisfacer todas las necesidades de atención médica de su hijo.

Escribimos este Manual para miembros para dar respuesta a la mayoría de las preguntas que tenga sobre Parkland CHIP/CHIP Perinate. Esperamos que lo lea de inmediato y lo tenga a mano. No dude en llamarnos o escribirnos si tiene alguna pregunta o desea hacernos sugerencias.

Este manual es una guía que le permitirá conocer su plan de Parkland CHIP/CHIP Perinate Newborn o el de su hijo. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o los de su hijo, o sobre la cobertura, consulte la sección de beneficios de este Manual. Si no puede encontrar la respuesta a sus preguntas en este manual, puede ingresar a nuestro sitio web **www.ParklandHealthPlan.com** o llamarnos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo. Estaremos encantados de ayudarlo.

En PCHP, tenemos personal que puede hablar inglés o español y está disponible para ayudarlo en cualquier momento del día o de la noche. También contamos con servicios especiales para personas que tienen problemas para leer, oír, ver o hablar un idioma que no sea inglés o español. Puede solicitar el Manual para miembros en audio, otros idiomas, Braille o en letra más grande. Si necesita una versión en audio, se la conseguiremos. Para obtener ayuda, llame a Servicios para Miembros de Parkland CHIP al **1-888-814-2352**.

Consejos para miembros

- Conserve este Manual y cualquier información adicional del Manual para un uso futuro.
- Escriba su número de identificación o el de su hijo en la parte delantera de este Manual o en otro lugar seguro.
- Siempre lleve su tarjeta de identificación o la de su hijo.
- Mantenga el nombre y el número de su proveedor de atención primaria o el de su hijo cerca del teléfono.
- Use la sala de emergencias (Emergency Room, ER) del hospital solo para verdaderas emergencias.

Tiene preguntas o necesita ayuda para entender o leer el manual para miembros

Nuestros defensores de miembros hablan inglés y español, y puede brindarle ayuda para que comprenda este Manual. También contamos con servicios para personas que tienen dificultades para leer, oír, ver o hablar un idioma que no sea inglés o español. Puede solicitar el Manual para miembros en otros idiomas, audio, Braille o en letra más grande. Si necesita una versión en audio, se la conseguiremos y se la enviaremos por correo. Para obtener ayuda, visite nuestro sitio

web en **www.ParklandHealthPlan.com** o llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo.

Información del plan y recursos en línea

Acceda a la información las 24 horas del día, los 7 días de la semana en nuestro sitio web en **www.ParklandHealthPlan.com**.

Puede encontrar información y respuestas a sus preguntas sin tener que llamarnos.

En el sitio web, puede realizar lo siguiente:

- Ver recursos de salud/bienestar.
- Ver las preguntas y respuestas sobre el programa CHIP.
- Buscar en nuestro directorio de proveedores para encontrar médicos y hospitales de Parkland CHIP/CHIP Perinate Newborn en su área.
- Obtener información sobre diferentes temas médicos.

Recurso del directorio de proveedores

Nuestro directorio de proveedores tiene una lista de todos los tipos de proveedores de la red con sus nombres, direcciones, números de teléfono, especialidad, educación, certificación de la junta, idiomas que hablan, edades con las que trabajan, y más. El directorio actualizado está siempre en **www.ParklandHealthPlan.com**. Puede llamar a Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red o si desea que le enviemos una copia impresa.

Seguridad de los miembros

Creemos que es importante enseñarles a nuestros miembros sobre la seguridad de la salud. A continuación, se ofrecen algunos consejos importantes:

- ✓ Participe en cada decisión sobre su atención médica. Puede saber lo que usted y su médico pueden hacer para mejorar o mantenerse saludable si usted tiene un rol activo.
- ✓ Haga preguntas. Tiene derecho a hacerle preguntas a cualquier persona que forme parte de su atención.
- ✓ Asegúrese de que el médico esté al tanto de todos los medicamentos que toma. Los medicamentos pueden incluir los que le haya dado su médico o los que haya comprado en una tienda. Solicite que esto se deje registrado en su historia clínica.
- ✓ Asegúrese de que el médico sepa si usted tiene alguna alergia o reacciones adversas a los medicamentos. Esto puede ayudar a evitar que usted tome medicamentos que le podrían hacer daño.
- ✓ Solicite información sobre su atención médica en un idioma que pueda comprender. Asegúrese de tener claro las cantidades de medicamento que debe tomar. Debe preguntarle al médico cómo reaccionará si toma uno o más tipos de medicamentos al mismo tiempo.

Departamento de Servicios para Miembros de Parkland CHIP

Estamos disponibles para ayudarlo por teléfono de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., salvo los feriados aprobados por el estado. Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-888-814-2352**. Puede realizar lo siguiente:

- Hacer preguntas sobre cómo acceder a los beneficios y servicios cubiertos.
- Cambiar su dirección o número de teléfono.
- Cambiar su proveedor de atención primaria.
- Encontrar más información para presentar un reclamo.

En caso de una emergencia o crisis, llame al 911 o a la línea de emergencia local.

Para obtener asistencia fuera del horario de atención o los fines de semana, puede comunicarse con nuestra línea de enfermería al **1-800-357-3162**. También puede dejar un mensaje de correo de voz y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Llame a su proveedor de atención primaria si tiene preguntas sobre citas, horarios de servicio o la obtención de atención fuera de horario.

Toda la información puede encontrarse en inglés y español, y los servicios de interpretación están disponibles si los solicita. Las personas sordas o con problemas de audición deben llamar a la línea TTY de Relay of Texas al **711** o al **1-800-735-2989** y pedirles que lo deriven a la línea Servicios para Miembros de Parkland CHIP.

Si tiene alguna pregunta o sugerencia, llámenos al **1-888-814-2352** o puede escribirnos a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Servicios para Miembros de Parkland CHIP
PO Box 560307
Dallas, TX 75356

Servicios de salud conductual

El apoyo para las necesidades de salud conductual (que incluye salud mental y consumo de sustancias) está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los miembros de CHIP y CHIP Perinate Newborn llamando al **1-844-603-1134**.

Toda la información puede encontrarse en inglés y español, y los servicios de interpretación están disponibles si los solicita.

Si usted o su hijo tienen una emergencia médica o de salud conductual y necesitan atención, llame al **911** o vaya al hospital o a la sala de emergencias más cercanos. Si va a la sala de emergencias, llámenos al **1-888-814-2352** para informarnos. También debe llamar a su médico para programar una consulta de seguimiento lo antes posible.

Otros números importantes

Línea de enfermería de 24 horas de Parkland Las 24 horas del día, los 7 días de la semana	Número gratuito: 1-800-357-3162 o Línea directa: 214-266-8766
Health and Human Services Commission: Línea de ayuda de CHIP:	2-1-1 , elija un idioma y luego presione la opción 2 1-800-964-2777
Los siguientes beneficios se aplican a Parkland CHIP y a CHIP Perinate Newborn únicamente	
Avesis Vision	1-866-678-7113
Planes dentales de CHIP: DentaQuest	1-800-508-6775
Planes dentales de MCNA	1-855-691-6262
UnitedHealthcare Dental	1-800-822-5353

Certificado de cobertura válida

Si necesita un comprobante de su cobertura o la de su hijo para que se pueda inscribirse usted o a su hijo en otro plan de seguro, llámenos al 1-888-814-2352. Estaremos encantados de ayudarlo con el certificado de cobertura válida si lo solicita. También puede escribir a:

Parkland Community Health Plan, Inc.
Attention: Member Services
PO Box 560307
Dallas, TX 75356

Aviso de privacidad de Parkland Community Health Plan

Este aviso detalla cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Léalo con detenimiento.

Este aviso entró en vigencia el 16 de septiembre de 2013.

¿A qué nos referimos cuando usamos las palabras “información médica”?

Usamos las palabras “información médica” cuando nos referimos a la información que lo identifica. Los ejemplos incluyen lo siguiente:

- Nombre.
- Fecha de nacimiento.
- Atención médica que recibió.
- Montos pagados por su atención.

¿Cómo usamos y compartimos su información médica?

Nos ayuda a cuidar de usted: podemos utilizar su información médica para ayudar con su atención médica. También la usamos para decidir qué servicios cubren sus beneficios. Le podemos informar sobre los servicios que puede obtener. Pueden ser controles o pruebas médicas. También podemos recordarle las citas. Podemos compartir su información médica con otras personas que le brindan atención. Pueden ser médicos o farmacias. Si ya no está en nuestro plan, con su autorización, le daremos la información médica a su nuevo médico.

Familiares y amigos: podemos compartir su información médica con alguien que le brinde ayuda. Pueden brindarle ayuda con su atención o con el pago de esta. Por ejemplo, si tiene un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de estas personas. Si no desea que divulguemos su información médica, llámenos.

Si tiene menos de 18 años y no quiere que le demos su información médica a sus padres, llámenos. Podemos ayudar en algunos casos, si lo permite la ley estatal.

Para el pago: podemos darles su información médica a otras personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya la información médica. También podemos utilizar su información médica para analizar la atención que le brinda su médico. Además, podemos revisar el uso que hace de los servicios médicos.

Operaciones de atención médica: podemos utilizar su información médica para que podamos hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos

- Mejora de la calidad
- Prevención de fraudes
- Prevención de enfermedades
- Cuestiones legales

Un administrador de casos puede trabajar con su médico. Es posible que le informen sobre programas o lugares que pueden ayudarlo con su problema médico. Cuando nos llame con preguntas, debemos revisar su información médica para darle respuestas.

Intercambio de información con otras empresas

Podemos compartir su información médica con otras empresas. Hacemos esto por las razones explicadas anteriormente. Por ejemplo, es posible que el plan cubra el transporte. Podemos compartir su información médica con ellos para que pueda llegar al consultorio del médico. Les diremos si está en una silla de ruedas motorizada, así envían una camioneta en lugar de un automóvil para que lo recoja. También podemos compartir su información médica por estas razones:

- Seguridad pública: para ayudar en situaciones como el abuso infantil y las amenazas a la salud pública.
- Luego de que se toman precauciones para proteger su información.
- Socios comerciales: para personas que nos brindan servicios. Prometen mantener su información segura.
- Regulación de la industria: para agencias estatales y federales. Nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Aplicación de la ley: para las personas encargadas de hacer cumplir la ley a nivel federal, estatal y local.
- Acciones legales: para los tribunales por una demanda o una cuestión legal.

Razones por las que necesitaremos su autorización por escrito

Excepto por lo que explicamos anteriormente, le pediremos su permiso antes de usar o compartir su información médica. Por ejemplo, pediremos su permiso en los siguientes casos:

- Por razones de mercadotecnia que no tienen nada que ver con su plan médico.
- Antes de compartir notas de psicoterapia.
- Para la venta de su información médica.
- Por otras razones según lo requiera la ley.

Puede cancelar su permiso en cualquier momento. Para hacerlo, escríbanos. No podemos usar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle su seguro médico.

Cuáles son sus derechos

- Usted tiene derecho a consultar su información médica.
 - Puede pedirnos una copia.
 - Puede solicitar sus historias clínicas. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió tratamiento.
- Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información médica.
 - Puede pedirnos que cambiemos su información médica si cree que no es correcta.
 - Si no estamos de acuerdo con el cambio que solicitó, pídasnos que presentemos una declaración de desacuerdo por escrito.

- Tiene derecho a tener una lista de las personas o los grupos con los que hemos compartido su información médica.
- Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de forma privada.
 - Si cree que la forma en que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privada, llámenos.
 - Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de una manera más privada.
- Tiene derecho a solicitar atención especial en la forma en la que usamos o compartimos su información médica.
 - Podemos usar o compartir su información médica de las maneras detalladas en este aviso.
 - Puede pedirnos que no usemos ni compartamos su información de estas formas. Esto incluye compartirla con personas relacionadas con su atención médica.
 - No tenemos que estar de acuerdo, pero lo pensaremos cuidadosamente.
- Tiene derecho a saber si su información médica se compartió sin su permiso.
- Le informaremos si hacemos esto en una carta.

Llámenos sin costo al **1-888-814-2352** para lo siguiente:

- Pedirnos que hagamos cualquiera de las cuestiones anteriores.
- pedirnos una copia impresa de este aviso;
- hacernos preguntas sobre el aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si cree que se infringieron sus derechos, escríbanos a:

Parkland Community Health Plan
P.O. Box 560307
Dallas, TX 75356

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Llámenos para obtener la dirección. Si se queja y se lo informa a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No usaremos el reclamo en su contra.

Protección de su información

Protegemos su información médica con procedimientos específicos, como los siguientes:

- **Administrativos.** Tenemos reglas que nos indican cómo usar su información médica sin importar el formato en el que esté, ya sea, escrito, oral o electrónico.
- **Físicos.** Su información médica está resguardada y se mantiene en áreas seguras. Protegemos los ingresos a nuestras computadoras y nuestros edificios. De este modo, podemos bloquear la entrada no autorizada.
- **Técnicos.** El acceso a su información médica está “basado en roles”. Esto permite que solo tengan acceso aquellas personas que lo necesitan para hacer su trabajo y brindarle atención.

Seguimos todas las leyes estatales y federales para la protección de su información médica.

¿Cambiamos este aviso?

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información médica. Debemos seguir lo que establecemos en este aviso. También tenemos derecho a cambiar este aviso. Si lo modificamos, los cambios se aplican a toda la información que tenemos o que obtendremos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web en

www.ParklandHealthPlan.com

Aviso de no discriminación

Parkland Community Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas y eso significa que no lo excluiríamos ni lo trataremos de manera diferente debido a las siguientes cosas:

Edad	Color	Discapacidad
Nacionalidad	Raza	Sexo o identidad de género

A las personas con discapacidades o que hablan un idioma que no sea inglés les ofrecemos estos servicios sin costo:

- intérpretes de lengua de señas calificados;
- documentación escrita en letra grande, audio, formato electrónico y otros formatos;
- ayuda de intérpretes calificados en el idioma que habla;
- documentación escrita en el idioma que habla.

Para obtener estos servicios, llame al número gratuito de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación:

Parkland Community Health Plan CHIP: 1-888-814-2352

¿Considera que no obtuvo estos servicios o que lo discriminamos por las razones mencionadas anteriormente? Si es así, puede presentar una queja (reclamo) ante: Parkland Community Health Plan, P.O. Box 560347, Dallas, TX 75356, **1-888-814-2352 (TTY 711)**; fax: **1-844-310-1823** o PCHPComplaintsandAppeals@phhs.org.

¿Necesita ayuda con la presentación? Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.:

Correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Para obtener un formulario de reclamo, visite <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

Tarjetas de identificación de miembro

Cuando usted o su hijo se inscriban en nuestro plan, recibirán una tarjeta de identificación de nuestra parte. No recibirán una nueva tarjeta de identificación todos los meses. Si nos llama para cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo, o si cambia el copago suyo o de su hijo, recibirán una nueva tarjeta de identificación.

Cómo leer su tarjeta: la tarjeta de identificación incluye el nombre y los números de teléfono de su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Mostrará la información de copago si tiene que pagar por los servicios. El reverso de la tarjeta de identificación tiene números de teléfono importantes a los que puede llamar si necesita ayuda.

Asegúrese de que la información suya o la de su hijo en su tarjeta de identificación sea correcta.

- Miembro: apellido y nombre del miembro.
- Identificación del miembro: número de identificación del miembro.

- Fecha de nacimiento: fecha de nacimiento del miembro.
- Fecha de vigencia: fecha de vigencia de la cobertura del plan médico.
- PCP: nombre del proveedor de atención primaria.
- Teléfono del PCP: número de teléfono del consultorio del proveedor de atención primaria.
- Fecha de vigencia del PCP: fecha de vigencia de la cobertura con el proveedor.
- RxBIN: número de identificación bancaria que utiliza la farmacia para presentar reclamaciones.
- RxPCN: número de control del procesador que utiliza la farmacia para presentar reclamaciones.
- RxGrp: número de grupo de medicamentos recetados que utiliza la farmacia para identificar el plan médico.

Ejemplo: Parkland CHIP

 Plan Type: CHIP   Name / Nombre: Member ID / Número de identificación: DOB / Fecha de nacimiento: Effective Date / Fecha de vigencia: PCP: PCP Phone / Teléfono del PCP: PCP Effective Date / Fecha de vigencia del PCP: Navitus RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: PCH Pharmacist use only: 1-877-908-6023 009_IDC01-050525	In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your primary care provider (PCP) within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después del tratamiento, llame a su proveedor de atención primaria (PCP) dentro de las 24 horas o lo antes posible. No copays for well-child, well-baby or immunization visits. No hay copagos para las consultas de niño sano, bebé sano o vacunación. Doctor's office visit / Consulta en el consultorio del médico: \$0 Emergency room / Sala de emergencias: \$75 Hospital inpatient / Pacientes hospitalizados: \$75 Prescription generic drugs / Medicamentos genéricos recetados: \$10 Prescription brand drugs / Medicamentos de marca recetados: \$35 Available 24 hours a day, 7 days a week / 24 horas del día, los 7 días de la semana • Member, Behavioral Health, Pharmacy Services: 1-888-814-2352 • Miembro, salud conductual, servicios de farmacia: 1-888-814-2352 • Behavioral Health CRISIS LINE / LINEA DE CRISIS de salud conductual: 1-844-603-1134 • Nurse Line / Línea de enfermería: 1-800-357-3162 • Relay Texas TTY/TDD: 1-800-735-2989 / 7-1-1 Avísos – Vision Services / Servicios para la vista: 1-866-678-7113 (Mon.–Fri., 8 am – 5 pm) Attention Provider: You must call 1-888-672-2277 for precertification or case management. Mail Claims to: Claims Processing PO Box 560327 Dallas, TX 75356 Payer ID: 66917
--	--

Ejemplo: Parkland CHIP Perinate Newborn

 Plan Type: CHIP Perinate Newborn   Name / Nombre: Member ID / Número de identificación: DOB / Fecha de nacimiento: Effective Date / Fecha de vigencia: PCP: PCP Phone / Teléfono del PCP: PCP Effective Date / Fecha de vigencia del PCP: Navitus RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: PCH Pharmacist use only: 1-877-908-6023 009_IDC02-050525	In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your primary care provider (PCP) within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después del tratamiento, llame a su proveedor de atención primaria (PCP) dentro de las 24 horas o lo antes posible. No copays for well-child, well-baby or immunization visits. No hay copagos para las consultas de niño sano, bebé sano o vacunación. Doctor's office visit / Consulta en el consultorio del médico: \$0 Emergency room / Sala de emergencias: \$75 Hospital inpatient / Pacientes hospitalizados: \$75 Prescription generic drugs / Medicamentos genéricos recetados: \$10 Prescription brand drugs / Medicamentos de marca recetados: \$35 Available 24 hours a day, 7 days a week / 24 horas del día, los 7 días de la semana • Member, Behavioral Health, Pharmacy Services: 1-888-814-2352 • Miembro, salud conductual, servicios de farmacia: 1-888-814-2352 • Behavioral Health CRISIS LINE / LINEA DE CRISIS de salud conductual: 1-844-603-1134 • Nurse Line / Línea de enfermería: 1-800-357-3162 • Relay Texas TTY/TDD: 1-800-735-2989 / 7-1-1 Avísos – Vision Services / Servicios para la vista: 1-866-678-7113 (Mon.–Fri., 8 am – 5 pm) Attention Provider: You must call 1-888-672-2277 for precertification or case management. Mail Claims to: Claims Processing PO Box 560327 Dallas, TX 75356 Payer ID: 66917
---	--

Cómo utilizar su tarjeta: siempre lleve su tarjeta de identificación o la de su hijo a una consulta con el médico. La necesitarán usted o su hijo para obtener atención médica. Debe mostrarla cada vez que usted o su hijo reciban servicios.

Cómo reemplazar su tarjeta o la de su hijo en caso de pérdida o robo: llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros de inmediato para que podamos enviarle otra tarjeta de identificación.

Proveedores de atención primaria para miembros de Parkland CHIP/CHIP Perinate Newborn.

Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” tienen validez si es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” tienen validez si su hijo es miembro de CHIP o de CHIP Perinate Newborn.

¿Qué necesito llevar a mi cita con el médico o a la de mi hijo?

Debe llevar los siguientes elementos cuando vaya a su cita con el médico o a la de su hijo:

- Tarjeta de identificación de Parkland CHIP
- Registros de vacunación (vacunas)
- Papel para anotar la información que reciba del médico

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un proveedor de atención primaria es el médico, el enfermero o la clínica principal de usted o de su hijo que le presta la mayor parte de su atención médica. Esto se llama su “hogar médico”. Lo ayudará con toda la atención médica que usted o su hijo necesitan.

Su proveedor de atención primaria o el de su hijo puede ocuparse de los problemas médicos de rutina. A veces, es posible que usted o su hijo tengan un problema que deba tratarlo un especialista. El proveedor de atención primaria lo ayudará a coordinar y le dirá cómo programar una cita con un especialista. Si usted o su hijo necesitan ingresar en un hospital, su proveedor de atención primaria puede coordinarla por ustedes.

Nuestro objetivo es que usted o su hijo tengan buena salud. Le instamos a usted o a su hijo a que consulten al proveedor de atención primaria para obtener servicios de atención preventiva en los siguientes sesenta (60) días o lo antes posible. De esta manera, su médico podrá tener información sobre usted o su hijo poder que pueda planificar sus futuras necesidades de atención médica o las de su hijo. Empezar a trabajar con su médico también puede ayudar a prevenir demoras en la atención cuando usted o su hijo estén enfermos.

Recuerde que usted y su proveedor de atención primaria son los miembros más importantes de su equipo de atención médica o el de su hijo.

Cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?

Para cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo. Para obtener una lista de médicos y clínicas, consulte nuestro directorio de proveedores. Puede verlo en línea en **www.ParklandHealthPlan.com**.

¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo? (Clínica rural de salud o centro de salud aprobado por el gobierno federal)

Su proveedor de atención primaria o el de su hijo puede ser una clínica. Algunos de los médicos que también puede elegir para que sean sus proveedores de atención primaria o los de su hijo son: Médicos de familia; pediatras (para niños); tocoginecólogos (médico de la mujer); médicos generalistas (General Practitioners, GP); enfermeros con práctica médica avanzados (Advanced Nurse Practitioners, ANP); clínicas aprobadas por el gobierno federal (Federally Qualified Health Clinics, FQHC) y clínicas rurales de salud (Rural Health Clinics, RHC).

Consulte nuestro directorio de proveedores para obtener más información sobre los proveedores de atención primaria. Debe elegir a un proveedor de atención primaria que esté en nuestra red para usted o su hijo. Puede obtener una copia del directorio en **www.ParklandHealthPlan.com** o por teléfono, llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo.

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

No hay límite en la cantidad de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Puede cambiar su proveedor de atención primaria llamándonos sin costo al **1-888-814-2352** o escribiendo a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Member Services
PO Box 560307
Dallas, TX 75356

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de un proveedor de atención primaria?

Si cambia su proveedor de atención primaria o el de su hijo, recibirán una nueva tarjeta de identificación. En la nueva tarjeta de identificación aparecerá el nombre, la dirección y el número de teléfono de su proveedor de atención primaria o el de su hijo, así como la fecha en la que este entrará en vigencia. El cambio del profesional entrará en vigencia el mismo día que nos llame para cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo.

¿Existen razones por las que se pueda denegar una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria?

En algunos casos, se puede denegar la solicitud de cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo. La solicitud se puede denegar en los siguientes casos:

- El proveedor de atención primaria que eligió para usted o su hijo no acepta nuevos pacientes;
- El proveedor de atención primaria que eligió para usted o su hijo ya no forma parte de Parkland CHIP/CHIP Perinate Newborn.

¿Puede un proveedor de atención primaria derivarme a mí o a mi hijo a otro proveedor por incumplimiento?

El proveedor de atención primaria puede solicitar que usted o su hijo elijan un nuevo proveedor por las siguientes razones:

- Con frecuencia, usted o su hijo faltan a las citas y no llaman para avisarle al proveedor de atención primaria.
- No sigue los consejos de su proveedor de atención primaria o el de su hijo.

¿Qué sucede si elijo consultar a otro médico que no es mi proveedor de atención primaria ni el de mi hijo?

Tendrá que acudir a su proveedor de atención primaria o al de su hijo para obtener la mayoría de los servicios de salud o podría tener que pagarlos aparte.

¿Qué sucede si mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo abandona la red PCHP?

Si su médico o el de su hijo deja la red de PCHP, le enviaremos una carta para informarle sobre el nuevo proveedor de atención primaria que elegimos para usted o su hijo. Si no está satisfecho con el nuevo proveedor de atención primaria, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o en la de su hijo, y díganos cuál es el proveedor de atención primaria que desea. Si usted o su hijo están recibiendo tratamientos médicamente necesarios, es posible que puedan continuar con ese médico si este está dispuesto a atenderlos. Cuando encontremos a un nuevo proveedor de atención primaria en nuestra lista que pueda brindarle a usted o a su hijo el mismo tipo de atención, cambiaremos su proveedor de atención primaria o el de su hijo.

Atención fuera del horario de servicio

¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo haya cerrado? ¿Cómo obtengo atención fuera del horario de servicio?

Si usted o su hijo se enferman por la noche o durante un fin de semana y no pueden esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención primaria/al de su hijo para recibir asesoramiento. Su proveedor de atención primaria o el de su hijo, u otro médico, se encuentran disponibles para ayudarlo por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

También puede llamar a la línea de enfermería de 24 horas de Parkland al **1-800-357-3162** o al **214-266-8766** para hablar con un enfermero registrado para decidir qué hacer.

Planes de incentivos para médicos

Su plan médico no puede realizar pagos en el marco de un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los servicios cubiertos médicamente necesarios para los miembros. En este momento, Parkland CHIP no tiene un plan de incentivos para médicos.

Cambio de los planes médicos

Cambiar su plan médico o el de su hijo

Para miembros de Parkland CHIP

¿Qué pasa si quiero cambiar de plan médico?

Puede realizar cambios en el plan médico por lo siguiente:

- por cualquier motivo en los 90 días posteriores a la inscripción en CHIP;
- por una razón en cualquier momento;
- si se muda a un área de prestación de servicios diferente;
- durante su período anual de reinscripción en CHIP.

¿A quién llamo?

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

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan médico?

Puede cambiar su plan médico por cualquier motivo en los 90 días posteriores a la inscripción en CHIP y por ciertas causas en cualquier momento. Puede cambiar de plan médico si se muda a un área de prestación de servicios diferente y durante el período anual de reinscripción de CHIP.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan médico?

Si llama para cambiar su plan médico el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

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

¿Puede PCHIP pedir que me den de baja de su plan médico (por incumplimiento, etc.)?

Se puede dar de baja a usted o su hijo en los siguientes casos:

- Su hijo ya no es elegible para CHIP.
- No se reinscribe ni a usted ni a su hijo al final del período de acceso de 12 meses.
- Usted o su hijo se mudan permanentemente fuera del área de servicio.

- Usted o su hijo se inscriben en otro plan médico o tienen un cambio en el estado del seguro médico (es decir, la cobertura del seguro del empleador).
- Continúa yendo a la sala de emergencias (ER) o llevándolo a su hijo cuando no tienen una emergencia.
- Usted o sus hijos muestran un patrón de comportamiento perturbador o abusivo que no está relacionado con una afección médica.
- Usted o su hijo faltan a muchas consultas sin avisarle a su médico o al de su hijo con anticipación.
- Deja que otra persona use su tarjeta de identificación o la de su hijo.
- Con frecuencia, no sigue los consejos de su médico o el de su hijo.

Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción de su hijo, llame a Servicios para Miembros al 1-888-814-2352.

Cobertura para recién nacidos

Si su bebé nace en una familia con ingresos superiores al umbral de los requisitos de acceso de Medicaid, obtendrá la misma cobertura que un miembro de CHIP desde el nacimiento. Su bebé obtendrá 12 meses de cobertura continua a través de su plan médico, a partir del mes de inscripción en el programa CHIP Perinatal como un niño por nacer. Por ejemplo, si un bebé por nacer se inscribe cuando la madre está embarazada de 3 meses, el bebé tendrá 6 meses de atención prenatal y 6 meses completos de CHIP como miembro de CHIP Perinate Newborn después del nacimiento.

Las tarifas de inscripción y los copagos no se aplican a los miembros de CHIP Perinate Newborn, pero seguirán aplicándose para los hermanos inscritos en el programa CHIP. La familia recibirá un formulario de renovación de CHIP en el mes 10 de la cobertura de CHIP Perinate Newborn del niño. Es necesario completar y enviar el formulario de renovación para continuar con los beneficios.

Beneficios para los miembros de CHIP y CHIP Perinate Newborn

Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” tienen validez si es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” tienen validez si su hijo es miembro de CHIP o de CHIP Perinate Newborn.

¿Cuáles son mis beneficios con CHIP?

A continuación, se muestra una lista de algunos de los servicios médicos que puede obtener con CHIP. Algunos de sus beneficios tienen límites.

- Chequeos y consultas regulares al consultorio
- Vacunas y medicamentos recetados
- Acceso a especialistas médicos y atención de salud mental
- Atención y servicios hospitalarios
- Suministros médicos, radiografías y exámenes de laboratorio
- Tratamiento para necesidades especiales de salud
- Tratamiento para afecciones preexistentes

La cobertura para los miembros de CHIP y CHIP Perinate Newborn es la misma, excepto por los copagos.

Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-888-814-2352** para obtener más información sobre los beneficios.

¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinate Newborn? ¿Qué beneficios recibe mi bebé al nacer?

Si el bebé reúne los requisitos para CHIP Perinate Newborn, obtendrá la misma cobertura que un miembro de CHIP desde el nacimiento, excepto que no hay copagos mientras esté en CHIP Perinatal. Su bebé obtendrá 12 meses de cobertura continua a través de su plan médico, a partir del mes de inscripción en el programa CHIP Perinatal como un niño por nacer.

Puede llamar al **1-800-964-2777** para obtener más información sobre la cobertura de Medicaid. Consulte la tabla de Parkland CHIP y CHIP Perinate Newborn a continuación.

¿Cómo obtengo estos servicios o cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

Debe consultar con su proveedor de atención primaria o con el de su hijo para preguntar por los servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo obtener estos u otros servicios, utilice el sitio web (**www.ParklandHealthPlan.com**) o llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo.

¿Existe algún límite para los servicios cubiertos?

No hay un máximo permanente para los beneficios. Sin embargo, se establecen limitaciones permanentes o de 12 meses a ciertos servicios, como se especifica a continuación.

Calendario de los beneficios

Parkland CHIP y CHIP Perinate Newborn brindan los servicios que se describen a continuación. No hay un máximo permanente para los beneficios. Sin embargo, se establecerá un período de inscripción de 12 meses o limitaciones permanentes a ciertos servicios, como se especifica en la siguiente tabla.

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
Servicios generales para pacientes internados agudos y de rehabilitación para pacientes internados Los servicios incluyen los siguientes: ▪ Servicios de proveedores o médicos ofrecidos por el hospital. ▪ Habitación semiprivada y comida (o privada si es médicamente necesario, según lo certificado por el médico). ▪ Cuidados generales de enfermería. ▪ Enfermería especializada cuando sea médicamente necesario. ▪ Unidad de cuidados intensivos (UCI) y servicios. ▪ Comidas y dietas especiales para el paciente. ▪ Salas para operaciones, recuperación y otros tratamientos. ▪ Anestesia y administración (dispositivo técnico del centro).	▪ Requiere autorización para la atención no urgente y la atención tras la estabilización de una afección de emergencia. ▪ Es posible que requiera autorización para servicios de médicos y centros en la red y fuera de ella para una madre y sus hijos recién nacidos durante 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.	Se aplica el nivel de copago para pacientes internados por admisión No se aplica ningún copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental/trastornos por consumo de sustancias (MH/SUD). No se aplica ningún copago para las visitas al

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
▪ Vendajes quirúrgicos, férulas, yesos, tablillas. ▪ Fármacos, medicamentos y productos biológicos. ▪ Sangre o hemoderivados que no se ofrecen de forma gratuita al paciente y la administración de estos. ▪ Radiografías, imágenes y otras pruebas radiológicas (dispositivo técnico del centro). ▪ Servicios de laboratorio y patología (dispositivo técnico del centro). ▪ Pruebas de diagnóstico con equipo (electroencefalograma [EEG], electrocardiograma [ECG], etcétera). ▪ Servicios de oxígeno y terapia inhalatoria. ▪ Radioterapia y quimioterapia. ▪ Acceso a centros perinatales de nivel III designados por el Departamento Estatal de Servicios de salud (DSHS) u hospitales que cuenten con niveles equivalentes de atención. ▪ Servicios de médicos y de centros en la red o fuera de ella para una madre y sus hijos recién nacidos durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. ▪ Hospital, médico y servicios médicos relacionados, como la anestesia, vinculados con la atención dental. ▪ Servicios para pacientes internados asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Los servicios para pacientes internados relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: - procedimientos de dilatación y legrado (D&C); - medicamentos apropiados administrados por el proveedor; - ultrasonidos; y		consultorio por MH/SUD.

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
- examen histológico de muestras de tejido ▪ Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren una intervención quirúrgica y que se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: - labio o paladar hendido; o - desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves; o - asimetría facial grave causada por defectos esqueléticos, una afección por síndromes congénitos o crecimiento tumoral, o su tratamiento. ▪ Implantes quirúrgicos. ▪ Otros soportes artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos. ▪ Los servicios para pacientes hospitalizadas por una mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: - todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada; - la cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica; y - el tratamiento de complicaciones físicas por la mastectomía y el tratamiento de linfedemas. ▪ Los implantes están cubiertos por los servicios para pacientes internados y ambulatorios, y no están incluidos en el límite del período de 12 meses para el equipo médico duradero (DME).		
Centros de enfermería especializada (Incluye hospitales de rehabilitación) Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ Habitación semiprivada y comida	▪ Requiere autorización y receta médica ▪ Límite de 60 días por un período de 12 meses.	No se aplican copagos

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
▪ Servicios de enfermería habituales ▪ Servicios de rehabilitación ▪ Suministros médicos y uso de aparatos y equipos proporcionados por el centro		
Hospital para pacientes ambulatorios, hospital de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes que se ofrecen en una clínica hospitalaria o sala de emergencias, una clínica o centro de salud, un departamento de emergencias hospitalario o un entorno de atención médica ambulatoria: ▪ Radiografías, imágenes y pruebas radiológicas (dispositivo técnico). ▪ Servicios de laboratorio y patología (dispositivo técnico). ▪ Pruebas de diagnóstico con equipo. ▪ Servicios en un centro de cirugía ambulatoria. ▪ Fármacos, medicamentos y productos biológicos. ▪ Yesos, férulas, vendajes. ▪ Servicios de salud preventivos. ▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. ▪ Diálisis renal. ▪ Servicios respiratorios. ▪ Radioterapia y quimioterapia. ▪ Sangre o hemoderivados que no se ofrecen de forma gratuita al paciente, y la administración de estos productos. ▪ Centro y servicios médicos relacionados, como la anestesia, vinculados con la atención dental, cuando se brindan en un centro quirúrgico ambulatorio con licencia. ▪ Servicios quirúrgicos relacionados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que	▪ Puede requerir una autorización previa y receta médica.	Se aplica el nivel de copago que corresponda Se aplica el nivel de copago que corresponda para los medicamentos con receta. El copago no se aplica a los servicios preventivos.

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
falleció en el útero). Los servicios para pacientes ambulatorios relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: - procedimientos de dilatación y legrado (D&C); - medicamentos apropiados administrados por el proveedor; - ultrasonidos; y - examen histológico de muestras de tejido ▪ Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren una intervención quirúrgica y que se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: - labio o paladar hendido; o - desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves; o - asimetría facial grave causada por defectos esqueléticos, afecciones por síndromes congénitos o crecimiento tumoral, o su tratamiento. ▪ Implantes quirúrgicos. ▪ Otros soportes artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos. ▪ Los servicios para pacientes ambulatorios prestados en un hospital para pacientes ambulatorios y en un centro de atención médica ambulatoria para una mastectomía y reconstrucción mamaria, según sea clínicamente apropiado, incluyen: - todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada; - la cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica; y - el tratamiento de complicaciones físicas por la mastectomía y el		

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
tratamiento de linfedemas. Los implantes están cubiertos por los servicios para pacientes internados y ambulatorios, y no están incluidos en el límite del período de 12 meses para el DME.		
Médico Servicios profesionales ampliados Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: - La Academia Estadounidense de Pediatría recomendó los exámenes de niño sano y servicios de salud preventivos (que incluyen, entre otros, exámenes de detección de la vista y audición, y vacunaciones). - Visitas al consultorio del médico, servicios para pacientes internados y ambulatorios. - Servicios de laboratorio, radiografías, imágenes y patología, incluido el dispositivo técnico o la interpretación profesional. - Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico. - Pruebas de alergia, suero e inyecciones. - Recurso profesional (paciente internado o ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, que incluyen los siguientes: - Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención de seguimiento adecuada. - Administración de anestesia realizada por un médico (que no sea un cirujano) o un enfermero anestesista certificado y registrado (CRNA). - Opiniones quirúrgicas secundarias. - Cirugía el mismo día realizada en un hospital sin estadía nocturna.	Puede requerir autorización para servicios especializados.	Se aplica el nivel de copago que corresponda para las consultas al consultorio. El copago no se aplica a las consultas preventivas ni a las consultas prenatales después de la primera consulta.

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
- Procedimientos de diagnóstico invasivos como exámenes endoscópicos. ▪ Servicios médicos hospitalarios (incluidos los aspectos técnicos e interpretativos realizados por un médico). ▪ Los servicios médicos y profesionales para una mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen los siguientes: - todas las etapas de la reconstrucción de la mama afectada; - la cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica; y - el tratamiento de complicaciones físicas por la mastectomía y el tratamiento de linfedemas. ▪ Servicios de médicos en la red y fuera de ella para una madre y sus hijos recién nacidos durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. ▪ Servicios médicos médicamente necesarios para asistir a un dentista que brinde servicios a un miembro de CHIP, como la anestesia general o sedación intravenosa (IV). ▪ Servicios médicos relacionados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios médicos relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: - procedimientos de dilatación y legrado (D&C); - medicamentos apropiados administrados por el proveedor; - ultrasonidos; y - examen histológico de muestras de tejido		

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
▪ Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren una intervención quirúrgica y que se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: - labio o paladar hendido; o - desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves; o - asimetría facial grave causada por defectos esqueléticos, afecciones por síndromes congénitos o crecimiento tumoral, o su tratamiento.		
Servicios del centro de parto Cubre los servicios de parto ofrecidos por un centro de parto con licencia.	Se limita a los servicios del centro (por ejemplo, trabajo de parto y parto). Se aplica a las miembros de CHIP	El copago no se aplica
Servicios prestados por un enfermero partero certificado o un médico en un centro de parto con licencia Cubre los servicios prenatales, de parto y posparto prestados en un centro de parto con licencia.	Miembros de CHIP: Cubre los servicios prenatales brindados en un centro de parto con licencia. Miembros de CHIP Perinate Newborn: Cubre los servicios brindados a un recién nacido inmediatamente después del parto.	El copago no se aplica
Equipo médico duradero (DME), prótesis y suministros médicos desechables Suministros médicos desechables Los servicios cubiertos incluyen el DME (un equipo que puede tolerar el uso repetido y que se utiliza, principal y comúnmente, con un propósito médico; por lo general, no es útil para una persona sin una enfermedad, lesión o discapacidad, y es apropiado para un uso doméstico), incluidos los dispositivos y	▪ Puede requerir una autorización previa y receta médica. ▪ Límite de \$20,000 por un período de 12 meses para DME, prótesis, dispositivos y suministros médicos desechables (los implantes, suministros y equipos para diabéticos no se cuentan para este límite).	El copago no se aplica

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
suministros que son médicamente necesarios e imprescindibles para una o más actividades cotidianas, y adecuados para ayudar en el tratamiento de una afección médica, incluidos, entre otros, los siguientes: ▪ Prótesis y ortesis. ▪ Dispositivos dentales. ▪ Prótesis, como ojos artificiales, extremidades, dispositivos ortopédicos y prótesis mamarias externas. ▪ Anteojos protésicos y lentes de contacto para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas graves. ▪ Otros soportes artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos. ▪ Audífonos. ▪ Los implantes están cubiertos por los servicios para pacientes internados y ambulatorios, y no están incluidos en el límite del período de 12 meses para el equipo médico duradero (DME). ▪ Suministros médicos desechables específicos para el diagnóstico, incluidas las fórmulas especiales recetadas y suplementos dietéticos específicos para el diagnóstico.		
Servicios de salud en la casa y la comunidad Servicios que se brindan en la casa y la comunidad, que incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ Infusión en la casa. ▪ Terapia respiratoria. ▪ Visitas de enfermería privada (enfermero registrado [Registered Nurse, RN], auxiliar de enfermería [Licensed Vocational Nurses, LVN]). ▪ Visitas de enfermería especializada, tal y como se define a efectos de la atención médica en casa (puede incluir un RN o un LVN). ▪ Asistente médico en casa cuando se incluye como parte de un plan de	▪ Requiere una autorización previa y prescripción médica. ▪ Los servicios no tienen como objetivo reemplazar al cuidador del NIÑO ni brindarle alivio a este. ▪ Las visitas de enfermería especializada se prestan de forma intermitente y no tienen como fin brindar servicios de enfermería especializada las 24 horas. ▪ No es la finalidad de los servicios reemplazar los servicios de 24 horas de un centro de enfermería especializada o para pacientes internados.	El copago no se aplica

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
atención durante un período en el que se aprobaron visitas de especialistas. ▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.		
Servicios de salud mental para pacientes internados Los servicios de salud mental, incluso para enfermedades mentales graves, prestados en un hospital psiquiátrico independiente, en unidades psiquiátricas de hospitales generales de atención aguda y en centros dirigidos por el estado, incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ Pruebas neuropsicológicas y psicológicas. ▪ Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes internados sean ordenados 1) por un tribunal de jurisdicción competente de conformidad con los Capítulos 573, Subcapítulos B y C del Código de Salud y Seguridad de Texas o 574, Subcapítulo D; o 2) como condición de una libertad condicional. ▪ La orden judicial sirve como una determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse al tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que un miembro está encarcelado, según lo define la Sección 16.1.15.2 del UCMCM.	▪ Requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia. ▪ No requiere una remisión del PCP.	Se aplica el nivel de copago para pacientes internados. No se aplica ningún copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental/trastornos por consumo de sustancias (MH/SUD). No se aplica ningún copago para las visitas al consultorio por MH/SUD.
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios de salud mental, incluso para enfermedades mentales graves, brindados de forma ambulatoria, incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ Las consultas se pueden ofrecer en una variedad de entornos comunitarios (incluidos la escuela y la casa) o en un centro dirigido por el estado.	▪ Puede requerir una autorización previa. ▪ No requiere una remisión del PCP. ▪ El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) indica que es un proveedor calificado de salud mental y servicios comunitarios (QMHP-CS), en el Título 25 del Código	El copago no se aplica

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
▪ Pruebas neuropsicológicas y psicológicas. ▪ Administración de medicamentos. ▪ Servicios de tratamiento residencial. ▪ Servicios para pacientes ambulatorios subagudos (hospitalización parcial o tratamiento diurno de rehabilitación). ▪ Capacitación de habilidades (desarrollo de habilidades psicoeducativas). ▪ Cuando (1) un tribunal de jurisdicción competente de acuerdo con el Código de Salud y Seguridad de Texas capítulo 573, Subcapítulos B y C, o 574, subcapítulos A a G del Código Familiar de Texas, Capítulo 55, Subcapítulo D; o (2) como condición de una libertad condicional. ▪ La orden judicial sirve como una determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse al tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que un miembro está encarcelado, según lo define la Sección 16.1.15.2 del UCMCM.	Admin. de Texas §412.303 (48). Los QMHP-CS serán proveedores que trabajen mediante una autoridad local de servicios de salud mental contratada por el DSHS o una entidad contratada aparte por el DSHS. A los QMHP-CS los debe supervisar un médico o profesional de la salud mental con licencia y deben prestar servicios de acuerdo con los estándares del DSHS. Esos servicios incluyen la capacitación en habilidades individuales y grupales (que pueden ser partes de intervenciones como un tratamiento diurno y los servicios en casa), la educación para los pacientes y familiares, y los servicios para crisis.	
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes internados y residenciales Los servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes internados incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes internados y residenciales, incluida la desintoxicación y estabilización por una crisis, y programas de rehabilitación residencial las 24 horas. ▪ Cuando los servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados y	▪ Requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia. ▪ No requiere una remisión del PCP.	Se aplica el nivel de copago que corresponda No se aplica ningún copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental/trastornos por consumo de sustancias (MH/SUD). No se aplica ningún copago para las visitas al

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
residenciales son exigencia de los siguientes servicios: 1) una orden judicial, que coincide con el Capítulo 462 del Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o 2) como condición de una libertad condicional - La orden judicial sirve como una determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse al tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. - Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que un miembro está encarcelado, según lo define la Sección 16.1.15.2 del UMCM.		consultorio por MH/SUD.
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios incluyen, entre otros, los siguientes: - Servicios de prevención e intervención prestados por médicos y proveedores no médicos, como pruebas de detección, evaluación y remisión por trastornos por dependencia de sustancias químicas. - Servicios intensivos para pacientes ambulatorios. - Hospitalización parcial. - Los servicios intensivos para pacientes ambulatorios se definen como un servicio no residencial organizado que brinda terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida que consta de, al menos, 10 horas por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día. - El servicio de tratamiento ambulatorio se define como el que consiste en, como mínimo, una o	- Puede requerir una autorización previa. - No requiere una remisión del PCP.	El copago no se aplica

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
dos horas por semana y brinda la terapia grupal e individual estructurada, los servicios educativos y la capacitación en habilidades para la vida. ▪ Cuando alguno de los siguientes requiere los servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios: 1) una orden judicial, que coincide con el Capítulo 462 del Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o 2) Como condición de una libertad condicional, la orden judicial sirve como una determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse al tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que un miembro está encarcelado, según lo define la Sección 16.1.15.2 del UMCM.		
Servicios de rehabilitación Los servicios de habilitación (el proceso para darle a un niño los medios para que alcance las metas del desarrollo apropiadas para su edad mediante una terapia o un tratamiento) y de rehabilitación incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. ▪ Evaluación del desarrollo.	▪ Requiere una autorización previa y prescripción médica.	El copago no se aplica
Servicios de atención para pacientes terminales Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ Cuidados paliativos, incluidos los servicios médicos y de apoyo, para aquellos niños a quienes les quedan seis meses de vida o menos, con el fin de mantener a los pacientes	▪ Requiere autorización y prescripción médica. ▪ Los servicios se aplican al diagnóstico del paciente terminal. ▪ Hasta un máximo de 120 días con una esperanza de vida de 6 meses. ▪ Los pacientes que eligen los la atención para	El copago no se aplica

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
cómodos durante las últimas semanas y meses antes de la muerte. Los servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal, no se ven afectados por la elección de los servicios de atención para pacientes terminales.	pacientes terminales pueden cancelar esta elección en cualquier momento.	
Servicios de emergencia, incluidos hospitales, médicos y servicios de ambulancia de emergencia El plan médico no puede requerir una autorización como condición para el pago de afecciones de emergencia o trabajo de parto y parto. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: - Servicios de emergencia basados en la definición de la afección médica de emergencia por parte de una persona prudente. - Sala del departamento de emergencias del hospital y servicios auxiliares, y servicios médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, prestados tanto por los proveedores que están en la red como por los que no. - Examen médico de detección. - Servicios de estabilización. - Acceso a centros de trauma de Nivel 1 y Nivel II designados por el DSHS u hospitales que cuenten con los niveles equivalentes de atención para servicios de emergencia. - Transporte de emergencia terrestre, aéreo y acuático. - Servicios dentales de emergencia, limitados a una fractura o dislocación de mandíbula, daño traumático en los dientes y extracción de quistes.	Requiere autorización para los servicios de posestabilización	Se aplica el copago de nivel aplicable
Trasplantes Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	Requiere una autorización.	El copago no se aplica

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos*
Según las pautas actualizadas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos no experimentales, y todas las formas de trasplantes no experimentales de córnea, médula ósea y células madre periféricas, incluidos los gastos médicos del donante.		
Beneficio para la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: - Un examen de los ojos para determinar la necesidad y la receta de lentes correctivos por un período de 12 meses, sin autorización. - Un par de anteojos no protésicos por un período de 12 meses.	- El plan médico puede limitar razonablemente el costo de las monturas o los lentes. - Es posible que requiera una autorización para lentes protectores y de policarbonato cuando sean médicamente necesarios como parte de un plan de tratamiento para enfermedades oculares cubiertas.	El nivel de copago se aplica a las consultas al consultorio facturadas por los exámenes de refracción
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos no requieren una receta médica y se limitan a la subluxación vertebral.	- Es posible que no se requiera una autorización para doce consultas por el límite de un período de 12 meses (independientemente de la cantidad de servicios o modalidades provistas en una consulta). - Requiere una autorización para consultas adicionales.	El nivel de copago se aplica al consultorio de quiropráctica
Programa para dejar de fumar Cubierto hasta \$100 por un programa aprobado por el plan por el plan con un límite de un período de 12 meses.	- Requiere una autorización. - El plan médico define el programa aprobado por el plan. - Puede estar sujeto a los requisitos del formulario.	El copago no se aplica
Servicios de valor agregado	Consulte "Beneficios adicionales" en la página 31.	El copago no se aplica

¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos?

Los servicios que no están cubiertos por CHIP se denominan “exclusiones”. Las exclusiones se enumeran a continuación:

- Tratamientos de infertilidad para pacientes internados y ambulatorios, o servicios reproductivos que no sean la atención prenatal, el trabajo de parto y parto, y la atención relacionada con enfermedades, trastornos o anomalías vinculados con el sistema reproductivo.
- Medicamentos anticonceptivos recetados solo con el propósito de atención médica primaria y preventiva reproductiva (es decir, no se pueden recetar para la planificación familiar).
- Artículos de comodidad personal incluidos, entre otros, equipos de cuidado personal proporcionados en la admisión de pacientes internados, teléfono, televisión, fotografías del recién nacido, comidas para los invitados del paciente y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento específico de una enfermedad o lesión.
- Procedimientos o servicios médicos, quirúrgicos u otros servicios de atención médica experimentales o de investigación que, por lo general, no se emplean ni se reconocen dentro de la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adversa y puede requerir la revisión de una Organización de Revisión Independiente.
- Tratamiento o evaluaciones requeridos por terceros, incluidos, entre otros, aquellos para escuelas, trabajo, autorización de vuelo, campamentos, seguros o tribunales que no sean tribunales de jurisdicción competente de acuerdo con el Código de Salud y Seguridad de Texas Capítulo 573, Subcapítulos B y C, Capítulo 574, Subcapítulo D, o Capítulo 462, Subcapítulo D y Código Familiar de Texas Capítulo 55, Subcapítulo D.
- Dispositivos dentales con fines puramente estéticos.
- Servicios de enfermería privada cuando se realizan durante una hospitalización o en un centro de enfermería especializada.
- Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos que incluyen, entre otros, un corazón artificial.
- Servicios y suministros hospitalarios cuando el internamiento únicamente tenga como propósito realizar pruebas de diagnóstico, a menos que el plan médico lo autorice previamente.
- Exámenes de detección de la próstata y mamografía.
- Cirugía electiva para corregir la vista.
- Procedimientos gástricos para bajar de peso.
- Cirugía o servicios estéticos únicamente con fines estéticos.
- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan médico, excepto la atención de emergencia y los servicios del médico para una madre y sus hijos recién nacidos durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
- Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos brindados para el control de peso o el tratamiento de la obesidad, excepto los servicios relacionados con el tratamiento de la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por el plan médico.
- Medicamentos recetados para bajar o subir de peso.
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia.

- Vacunas para viajes al extranjero únicamente.
- Cuidado de los pies de rutina, como cuidado higiénico.
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, tensos o planos, y corte o extracción de callos, callosidades y uñas de los pies (esto no se aplica a la extracción de las raíces de las uñas ni al tratamiento quirúrgico de afecciones subyacentes a callos, callosidades o uñas encarnadas).
- Reemplazo o reparación de prótesis y equipos médicos duraderos debido al mal uso, uso excesivo o pérdida cuando lo confirme el miembro o el proveedor.
- Calzado ortopédico correctivo.
- Artículos para el consumo.
- Medicamentos de venta libre.
- Ortopedia usada principalmente con fines deportivos o recreativos.
- Cuidado de custodia (cuidado que ayuda a un niño con las actividades cotidianas, como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparar una dieta especial y realizar una supervisión de los medicamentos que, por lo general, los toma el niño solo o se los da el padre. Este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado). Esta exclusión no se aplica a la atención para los pacientes terminales.
- Labores domésticas.
- Servicios y atención en centros públicos para las afecciones que las leyes federales, estatales o locales exigen que se brinden en un centro público, o la atención prestada mientras se encuentran bajo la custodia de las autoridades legales.
- Servicios o suministros recibidos de un enfermero, que no requieren la habilidad y capacitación de uno.
- Capacitación y terapia visuales.
- El reembolso de los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla en la escuela no están cubiertos, excepto cuando lo indique un médico o proveedor de atención primaria.
- Gastos del donante que no son médicos.
- Cargos incurridos como donante de un órgano cuando el receptor no tiene la cobertura de este plan médico.
- Cobertura mientras viaja fuera de los EE. UU. y los territorios de los Estados Unidos (incluidos Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los EE. UU., el Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Americana).

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el de su hijo dice que necesitan.

Sus gastos de bolsillo

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

En la siguiente tabla, se indica el copago de CHIP por la cantidad que gana su familia. Los copagos se pagan al médico o la farmacia al recibir el servicio. No se pagan copagos por

consultas de niño sano ni vacunaciones. **Los copagos no se aplican a los nativos americanos ni a los nativos de Alaska.**

Los copagos no se aplican a los beneficios para los servicios de bienestar para bebés y niños, los servicios preventivos ni la ayuda relacionada con el embarazo.

En su tarjeta de identificación o la de su hijo, se indican los copagos que debe pagar. Muestre su tarjeta de identificación o la de su hijo cuando vaya a una consulta, acuda a la sala de emergencias (ER) o le surtan una receta.

Nota: Los nativos americanos o nativos de Alaska cuya tarjeta muestre un requisito de copago deben llamar a Servicios para Miembros de PCHIP CHIP al 1-888-814-2352 para que se corrija esto en su tarjeta.

Tabla de copagos para miembros de CHIP En vigor desde el 07/01/2022

Líneas federales de pobreza (FPL)	Visitas al consultorio * **	Servicios que no son de emergencia	Copago para pacientes internados ***	Medicamento recetado (genérico)	Medicamento recetado (nombre de marca)	Límite del costo compartido
En 151% o por debajo	\$5	\$5	\$35	\$0	\$5	5% del ingreso neto familiar**
Por encima de 151% hasta 186% inclusive	\$20	\$75	\$75	\$10	\$25 para insulina \$35 para todos los demás medicamentos*	5% del ingreso neto familiar**
Por encima de 186% hasta 201% inclusive	\$25	\$75	\$125	\$10	\$35	5% del ingreso neto familiar**

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

**Por un periodo de cobertura de 12 meses.

***No se aplica ningún copago para los servicios de tratamiento residencial de salud mental/trastornos por consumo de sustancias (Mental Health/Substance Use Disorder, MH/SUD). No se aplica ningún copago para las visitas al consultorio por MH/SUD.

Tarifas de inscripción

Líneas federales de pobreza (FPL)	Monto
En 151% o por debajo o exento de copagos	\$0
Por encima de 151% hasta 186% inclusive	\$35
Por encima de 186% hasta 201% inclusive	\$50

*La línea federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) se refiere a las pautas de ingresos establecidas anualmente por el gobierno federal.

**Por un periodo de cobertura de 12 meses.

Límite del costo compartido

¿Qué son los límites del costo compartido?

La guía para miembros que recibió de CHIP cuando se inscribió incluye un formulario que lo ayudará a realizar un seguimiento de los gastos relacionados con CHIP. Para asegurarse de no exceder su límite del costo compartido, indique los gastos de CHIP en este formulario. La carta de bienvenida del paquete de inscripción le indica cuándo puede enviar el formulario por correo a CHIP. Si pierde su carta de bienvenida, llame al CHIP al **1-800-964-2777**. Le dirán cuál es su límite del costo compartido. No se requieren copagos para los miembros de CHIP Perinate Newborn. Cuando alcance su límite anual por período de cobertura, envíe el formulario a CHIP, y ellos nos avisarán. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro. Esta nueva tarjeta mostrará que no se deben realizar copagos cuando su hijo reciba los servicios. Si necesita ayuda para comprender los copagos, ingrese en nuestro sitio web en **www.ParklandHealthPlan.com** o llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo.

Beneficios adicionales

¿Qué beneficios adicionales ofrece PCHP?

Los miembros de PCHP CHIP obtienen los siguientes servicios de valor agregado y beneficios adicionales:

Línea de enfermería de Parkland: 1-888-667-7890 o 214-266-8773

Los miembros tienen acceso a la línea de enfermería de Parkland Health. Para los miembros que no hablan inglés, se proporcionan servicios de traducción de idiomas. La línea de enfermería es un servicio telefónico disponible las 24 horas ofrecido por enfermeras profesionales capacitadas. Los servicios prestados dependen de la situación y pueden incluir lo siguiente:

- Respuestas a preguntas sobre atención médica
- Información general de salud
- Evaluación de los síntomas actuales
- Asesoramiento sobre el cuidado en el hogar, si corresponde
- Indicación al sitio de atención más apropiado

Manejo de la enfermedad

Los miembros con diabetes mayores de 15 años pueden recibir una recompensa de \$20 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo al completar un examen de la vista para diabéticos (de la retina o con dilatación) una vez al año (excluye a miembros CHIP Perinate).

Los miembros con diabetes mayores de 18 años pueden recibir una recompensa de \$20 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo por hacerse un análisis de sangre de HbA1c una vez cada 6 meses (excluye a miembros CHIP Perinate).

Servicios para la vista adicionales

Los miembros pueden recibir una asignación de \$100 cada 2 años para cambiar los marcos de los anteojos. (Excluye miembros CHIP Perinate).

Beneficios de farmacia con descuento/de venta libre

Los miembros que completen una Evaluación de riesgo de salud anual pueden recibir una recompensa de \$20 para usar en una tarjeta de regalo para medicamentos de venta libre que no se encuentran en el formulario del plan o en el formulario de Medicaid de Texas, o para artículos de un catálogo de recompensas.

Examen físico escolar y deportivo

Los miembros de entre 5 y 19 años son elegibles para un examen físico deportivo gratuito en el consultorio o clínica de su médico asignado de atención primaria dentro de la red cada año escolar.

Tenga en cuenta que: Los exámenes físicos deportivos no reemplazan los chequeos de niño sano.

Ayuda para miembros con asma

Los miembros mayores de 5 años con asma pueden recibir una recompensa de hasta \$60 al año en tarjetas de regalo o artículos del catálogo para resurtir sus medicamentos para el asma (\$15 cada 3 meses).

Los miembros con asma pueden inscribirse en el programa Be in Control durante 6 meses para obtener una recompensa de \$50 por única vez para usar en una tarjeta de regalo, catálogo o artículos, (excluye a CHIP Perinate).

Ayuda adicional para mujeres embarazadas

Las miembros embarazadas pueden solicitar hasta 10 comidas gratuitas a domicilio por embarazo. Servicio disponible para miembros desde el momento del parto hasta 3 meses posparto. Las comidas entregadas a domicilio se pueden recalentar.

Un asiento gratuito para el automóvil para las miembros que completen su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre o dentro de los 42 días posteriores a su inscripción en Parkland Community Health Plan.

Las miembros pueden recibir una recompensa de \$25 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo por completar 6 o más consultas prenatales por embarazo antes del parto.

Servicios para la salud y el bienestar

Los miembros nuevos pueden recibir una recompensa de \$20 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo por completar una cita con su proveedor de atención primaria (PCP) dentro de los 90 días posteriores a la inscripción en Parkland Community Health Plan. (Excluye miembros CHIP Perinate).

Los miembros que se vacunen anualmente contra la gripe pueden recibir una recompensa de \$30 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo.

Los miembros que reciban las vacunas contra la difteria, tosferina y tétano (DTap) y contra el Rotavirus antes de cumplir dos años pueden recibir una recompensa de \$20 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo.

Programas de ejercicio y juego saludable

Los miembros de 6 a 18 años pueden recibir \$100 anuales para la membresía o los programas del Boys & Girls Club (donde estén disponibles). Excluye miembros CHIP Perinate.

Programas de regalos

Los miembros pueden recibir una recompensa de \$20 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo por completar cada chequeo de bebé sano o niño sano desde que nace hasta

los 30 meses (recompensa de hasta \$180, hasta 9 consultas en total). Excluye miembros CHIP Perinate.

Los miembros de 3 a 18 años pueden recibir una recompensa de \$25 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo cuando completen un chequeo de bienestar para adolescentes (excluye CHIP Perinate).

Los miembros de 6 a 12 años pueden recibir una recompensa de \$20 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo si tienen 1 consulta de seguimiento dentro de los 30 días posteriores de haber obtenido por primera vez su medicamento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD).

Los miembros de 6 a 12 años pueden recibir una recompensa de \$20 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo por hacer un seguimiento con su proveedor 2 veces dentro de los 9 meses posteriores al inicio de los medicamentos para el ADHD.

Los miembros mayores de 18 años pueden recibir una recompensa anual de \$20 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo por surtir sus medicamentos para el control de medicamentos antidepresivos durante 3 meses consecutivos (excluye CHIP Perinate).

Los miembros mayores de 18 años pueden recibir una recompensa anual de \$20 para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo por surtir sus medicamentos para el control de medicamentos antidepresivos durante 6 meses consecutivos (excluye CHIP Perinate).

Programa de incentivos de seguimiento para pacientes hospitalizados

Los miembros pueden recibir una recompensa de \$30 anual para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo cuando completen un seguimiento de salud conductual con un proveedor de salud conductual dentro de los 7 días posteriores a la hospitalización (internación) por un diagnóstico de salud conductual (excluye CHIP Perinate).

Los miembros pueden recibir una recompensa de \$20 anual para usar en una tarjeta de regalo o artículos del catálogo cuando completen una visita de seguimiento de salud conductual con un proveedor de salud conductual dentro de los 8 a 30 días posteriores a la hospitalización (internación) por un diagnóstico de salud conductual (excluye CHIP Perinate).

Recursos de salud mental en línea

Los miembros tienen acceso a materiales educativos gratuitos en línea relacionados con la salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por computadora o teléfono móvil. Estos materiales ayudan a los miembros a aprender cómo reducir el estrés y la ansiedad, tratar la depresión o el abuso de sustancias, y sentirse mejor y mantenerse al día con los objetivos de bienestar. Estos materiales educativos no incluyen consejería virtual.

*****Se pueden aplicar restricciones y limitaciones*****

¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo?

No es necesario que acuda a su proveedor de atención primaria o al de su hijo para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, ingrese en nuestro sitio web

(www.ParklandHealthPlan.com) o llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo.

¿Qué clases de educación para la salud ofrece PCHP?

Trabajamos con nuestros socios comunitarios para ofrecer clases gratuitas o a un bajo costo para padres e hijos. Algunos temas de salud incluyen los siguientes:

- Seguridad del asiento del automóvil
- Concientización sobre las drogas y el alcohol
- Vacunaciones
- Mortalidad infantil
- Nutrición
- Salud bucal
- Aptitud física
- Seguridad contra venenos
- Atención prenatal
- Enfermedades de transmisión sexual
- Dejar de fumar
- Prevención sobre el embarazo adolescente
- Concientización sobre la vista
- Control del peso

Llámenos para obtener más información. Consulte con su médico antes de comenzar algún nuevo programa médico o de bienestar.

¿Qué otros servicios o programas están disponibles para mí o para mi hijo?

Hay otros servicios que no forman parte de CHIP. Usted o su hijo también pueden obtener algunos de estos servicios o programas:

- **Programa de intervención temprana en la infancia (ECI):** ECI brinda servicios a niños de 0 a 3 años con retraso en el desarrollo. Algunos de los servicios para niños son exámenes de detección; fisioterapia; terapia ocupacional, del habla y del lenguaje; y actividades para ayudar a los niños a aprender mejor.
- **Administración de casos de enfermedad mental o retraso mental (MHMR):** la atención se coordina para ayudar a las personas a obtener acceso a otros servicios necesarios.
- **Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC):** WIC puede ayudar a los niños menores de 5 años y a las mujeres embarazadas a obtener alimentos nutritivos, educación nutricional y asesoramiento.
- **Red de información y referencia de Texas (TIRN):** el número de teléfono es 211. Esta es una llamada telefónica gratuita que puede ayudarlo a encontrar servicios humanos y de salud en su área local.

Atención médica y otros servicios (CHIP/CHIP Perinate Newborn)

Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” tienen validez si es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” o “mi hija” tienen validez si su hijo/a es miembro de CHIP/CHIP Perinate Newborn.

Para miembros de PCHP CHIP/CHIP Perinatal Newborn

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP, CHIP Perinate Newborn y CHIP Perinate Member deben cumplir con la definición de CHIP de “medicamente necesario”. Un miembro de CHIP Perinate Member es un niño por nacer.

¿Qué significa médicamente necesario?

Médicamente necesario se refiere a lo siguiente:

1. Servicios de Salud que cumplen con lo siguiente:
 - a. son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones de salud, o brindar detección, intervenciones o tratamientos tempranos para afecciones que causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o limitaciones en la función, amenazan con causar una discapacidad o la empeoran, causan enfermedad o dolencia de un miembro, o ponen en peligro la vida;
 - b. se brindan en instalaciones adecuadas y en los niveles apropiados de atención para el tratamiento de las afecciones de salud de un miembro;
 - c. siguen las pautas y los estándares de la práctica de la atención médica respaldados por organizaciones de atención médica o agencias gubernamentales reconocidas profesionalmente;
 - d. son coherentes con los diagnósticos del miembro;
 - e. no son más intrusivos ni restrictivos de lo necesario para brindar un equilibrio adecuado de seguridad, eficacia y eficiencia;
 - f. no son ni experimentales ni de investigación; y
 - g. No se brindan principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.
2. Servicios de salud conductual que cumplen con lo siguiente:
 - a. Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o de dependencia de sustancias; o para mejorar, mantener el funcionamiento, o evitar que este se deteriore debido al problema.
 - b. Cumplen con las pautas clínicas y los estándares de práctica profesionalmente aceptados en la atención de la salud conductual.
 - c. Se brindan en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el que los servicios se pueden ofrecer de manera segura.
 - d. Son el nivel o suministro de servicio más apropiado que se puede proporcionar de manera segura.
 - e. No se pueden omitir sin afectar de forma negativa la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención brindada.
 - f. no son ni experimentales ni de investigación; y
 - g. No se brindan principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

Atención médica de rutina

¿Qué es la atención médica de rutina? ¿Qué tan rápido me pueden atender a mí o a mi hijo?

La **atención médica de rutina** es la atención que no es ni de emergencia ni de urgencia que usted o su hijo reciben del proveedor de atención primaria, perinatal u otros proveedores de atención médica. Su proveedor de atención primaria debe poder verlo en las dos (2) semanas posteriores a la solicitud de la cita de atención de rutina. Si usted o su hijo van al médico por un chequeo físico o de bienestar, deben recibir atención en las 8 a 10 semanas posteriores a la solicitud de la cita.

Llame con tiempo para programar sus citas o las de su hijo. Si no puede asistir a su cita o la de su hijo, vuelva a llamar al proveedor de atención primaria para avisarle.

Atención médica de urgencia

¿Qué es la atención médica de urgencia? ¿Qué tan rápido me pueden atender a mí o a mi hijo?

La **atención de urgencia** se da en los casos que usted o su hijo tienen un problema médico que no es una emergencia, como resfriado, tos, pequeños cortes, quemaduras leves o moretones. Si usted o su hijo necesitan atención de urgencia, el proveedor de atención primaria o perinatal debe atenderlos a usted o a su hijo en las 24 horas posteriores a la solicitud de atención.

Primero, debe llamar a su proveedor de atención primaria o al de su hijo, o al proveedor de atención perinatal, al número que aparece en su tarjeta de identificación o en la de su hijo. Si desea hablar con un enfermero, puede llamar a la Línea de enfermería de 24 horas de Parkland al **1-800-357-3162** o al **214-266-8766**. El enfermero puede ayudarlo a decidir si usted o su hijo necesitan ir a la sala de emergencias.

Atención de emergencia

Para miembros de CHIP/CHIP Perinate Newborn

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

La atención de emergencia es un servicio cubierto. Se brinda atención de emergencia para afecciones médicas de emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia. No se aplica ningún copago para los servicios de emergencia de salud mental/trastornos por consumo de sustancias. Parkland Community Health Plan no le facturará por estos servicios.

Una “afección médica de emergencia” es una afección médica caracterizada por presentar síntomas agudos repentinos o tener una gravedad considerable (incluido el dolor fuerte), que haría que una persona con un conocimiento promedio de la salud y la medicina pensara que la ausencia de atención médica inmediata podría causar lo siguiente:

- poner en grave peligro la salud del miembro;
- deteriorar considerablemente las funciones corporales;
- generar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
- provocar una desfiguración grave; o
- en el caso de una miembro de CHIP embarazada, representar un grave peligro para la salud de ella o del niño por nacer.

“Afección de salud conductual de emergencia” se refiere a toda afección, independientemente de su naturaleza o causa, que, según la opinión de una persona que posea un conocimiento promedio de la medicina y la salud, cause lo siguiente:

- requiere una intervención o atención médica inmediata, sin la que el miembro representaría un peligro inmediato para sí mismo o para otros;
- hace que el miembro no pueda controlar, reconocer ni comprender las consecuencias de sus acciones.

¿Qué son los servicios de emergencia o atención de emergencia?

“Servicios de emergencia” y “atención de emergencia” se refieren a los servicios de atención médica brindados en el departamento de emergencias de un hospital dentro o fuera de la red, un centro médico de emergencia independiente u otro centro comparable atendido por médicos, proveedores o personal del centro, pertenecientes o no a la red, para evaluar y estabilizar afecciones médicas de emergencia o de salud conductual de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen todo examen de detección médica u otra evaluación requerida por la ley estatal o federal necesarios para determinar si existe una afección médica de emergencia o una afección de salud conductual de emergencia.

¿Qué tan rápido me pueden atender a mí o a mi hijo?

Independientemente del plan de CHIP en el que esté inscrito, debe recibir atención inmediata si usted o su hijo necesitan atención de emergencia. Ya sea que se encuentre dentro de nuestras áreas de servicio o no, le pedimos que siga las pautas que se describen a continuación cuando crea que usted o su hijo necesitan atención de emergencia.

- Llame al **911** o a la línea de ayuda de emergencia local, o vaya al centro de emergencia más cercano. Si una demora no perjudicara su salud o la de su hijo, llame a su proveedor de atención primaria o al de su hijo. Informe a su proveedor de atención primaria o al de su hijo lo antes posible después de recibir tratamiento.
- Tan pronto como su afección médica o la de su hijo se estabilice, el centro de emergencia debe llamar a su proveedor de atención primaria o al de su hijo para obtener información sobre su historia clínica o la de su hijo.
- Si usted o su hijo ingresan en un centro para pacientes internados, usted, un familiar o amigo en su nombre debe informárselo a su proveedor de atención primaria o al de su hijo lo antes posible.
- Algunas buenas razones para ir a la ER son las siguientes:
 - Peligro de perder la vida o una extremidad.
 - Dolores de pecho muy fuertes.
 - Intoxicación o sobredosis de medicamentos.
 - Asfixia o problemas para respirar.
 - Posibilidad de tener huesos rotos.
 - Diarrea o vómitos incontrolados.
 - Sangrado abundante.
 - Heridas o quemaduras graves.
 - Desmayos.
 - Incapacidad de movilidad repentina (parálisis).
 - Víctima de un ataque violento (violación, asalto, puñalada o herida de bala).
 - Usted o su hijo tienen pensamientos sobre autolesionarse o dañar a otros.
 - Parto inminente.

Atención dental de emergencia

Para miembros de CHIP/CHIP Perinatal Newborn

¿Qué hago si mi hijo o yo necesitamos atención dental de emergencia?

Durante el horario laboral normal, llame al dentista de cabecera de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después del cierre del consultorio del dentista de cabecera, llámenos sin costo al **1-888-814-2352**.

¿Qué es la posestabilización?

Los servicios de posestabilización son servicios cubiertos por CHIP que mantienen estable la afección del miembro después de recibir atención médica de emergencia.

Atención de seguimiento después de una emergencia

Es posible que usted o su hijo necesiten atención de seguimiento después de ir a la sala de emergencias. Si es así, programe una cita con su proveedor de atención primaria o el de su hijo. No regrese a la sala de emergencias (a menos que sea una emergencia). No vuelva al médico que lo atendió a usted o a su hijo en el hospital, a menos que se lo indique su médico de atención primaria o el de su hijo.

Atención fuera del horario de servicio

¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo haya cerrado?

Si el consultorio de su proveedor de atención primaria o el de su hijo está cerrado, y usted o su hijo se enferman por la noche o durante un fin de semana y no pueden esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención primaria o al de su hijo para recibir asesoramiento. Su proveedor de atención primaria o el de su hijo, u otro médico, se encuentran disponibles para ayudarlo por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-800-357-3162** o al **214-266-8766** para recibir ayuda y decidir qué hacer.

¿Qué pasa si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje? ¿Qué pasa si mi hijo se enferma cuando está fuera de la ciudad o de viaje?

Si usted o su hijo necesitan atención médica cuando viajan, llámenos sin cargo al **1-888-814-2352** y lo ayudaremos a encontrar a un médico. Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia mientras viajan, vaya a un hospital cercano y, luego, llámenos sin cargo al **1-888-814-2352**.

¿Qué pasa si mi hijo o yo estamos fuera del estado?

Si usted o su hijo necesitan atención médica cuando viajan, llámenos sin cargo al **1-888-814-2352** y lo ayudaremos a encontrar a un médico. Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia mientras viajan, vaya a un hospital cercano y, luego, llámenos sin cargo al **1-888-814-2352**.

¿Qué pasa si mi hijo o yo estamos fuera del país?

CHIP no cubre los servicios médicos recibidos fuera del país.

¿Qué sucede si mi hijo o yo necesitamos ver a un médico especial (especialista)?

Su proveedor de atención primaria o el de su hijo puede remitirlos a otro médico si necesitan un tipo especial de atención que el proveedor de atención primaria no puede ofrecer. Su proveedor de atención primaria o el de su hijo le dirá si necesitan ver a un especialista. Algunos servicios especializados pueden requerir una autorización previa.

¿Qué es una autorización previa?

La autorización previa es una aprobación que Parkland Community Health Plan (PCHP) requiere para ciertos servicios y medicamentos. Algunos servicios necesitan aprobación antes de que puedan brindarse. El proveedor que está tratando a su hijo o a usted debe obtener esta

aprobación. Puede preguntarle a su médico o a nosotros si se necesita una aprobación para un servicio o tratamiento.

¿Qué es una remisión?

El médico hablará con usted sobre sus necesidades o las de su hijo y le brindará ayuda para planificar la visita al especialista que pueda ofrecerle los mejores cuidados. Esto se denomina remisión. Una remisión no es un requisito para su plan de beneficios de PCHP.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

El plan de beneficios de CHIP no requiere remisiones para ningún servicio. Sin embargo, hay servicios que pueden necesitar una autorización previa.

¿Qué tan rápido un especialista puede atenderme a mí o a mi hijo?

Debería poder ir o llevar a su hijo a ver a un especialista en un plazo de 3 semanas para una cita rutinaria o en un plazo de 24 horas para citas de atención urgente.

¿Qué pasa si mi proveedor de atención primaria quiere que mi hijo o yo veamos a un proveedor que no está en la red de PCHP?

Si su proveedor de atención primaria desea que consulte a un proveedor que no pertenece a la red de proveedores de PCHP, este debe solicitar una autorización previa de PCHP. Puede acudir a un proveedor no participante solo si se cumplen las siguientes condiciones:

- la atención es necesaria; Y
- No hay proveedores de PCHP que brinden la atención; Y
- PCHP ha aprobado la atención.

PCHP tiene derecho a decidir dónde puede recibir servicios cuando no hay un proveedor de PCHP disponible para brindar la atención. El proveedor no participante que piensa brindarle atención debe asegurarse de que su proveedor de atención primaria obtenga la autorización previa para ofrecerle los servicios. Llámenos al **1-888-814-2352** si tiene alguna pregunta. Esto puede incluir que su médico le dé un motivo para usar un proveedor no participante.

Puede acudir a cualquier proveedor en cualquier momento en caso de emergencia o para recibir servicios de planificación familiar.

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Usted o su hijo pueden obtener una segunda opinión sobre el uso de cualquier servicio de atención médica por parte de un proveedor de la red. Si un proveedor de la red no está disponible, usted o su hijo pueden consultar a uno que no esté en la red. Usted no paga ningún costo por obtener una segunda opinión. Para obtener más información sobre cómo solicitar segundas opiniones, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

Salud conductual

¿Cómo consigo ayuda si tengo problemas de salud mental, alcohol o consumo de drogas?

Parkland Community Health Plan administra los beneficios de salud mental y de consumo de sustancias. No necesita aprobación para recibir terapia individual, familiar ni grupal. Estas consultas no tienen límites; sin embargo, es posible que se le pida a su terapeuta que le proporcione a PCHP información clínica después de 30 sesiones. Su terapeuta puede solicitar

más consultas si usted las necesita. También, puede obtener ayuda con sus medicamentos o ir al hospital si tiene problemas. Puede recibir ayuda si tiene problemas con las drogas o el alcohol, así como para otros servicios.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Parkland Community Health Plan (PCHP) puede brindar una lista de todos los servicios de tratamiento de salud conductual disponibles y puede ayudarlo a contactarse con un proveedor de terapia, si no tiene uno.

PCHP está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para brindar información y recursos. Si está experimentando una crisis de salud conductual, hay terapeutas con licencia disponibles para hablar. Solo llame al **1-844-603-1134**.

También puede buscar en el directorio de proveedores en línea de PCHP para encontrar proveedores en su área en www.ParklandHealthPlan.com

¿Necesito una remisión para esto?

No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria. Puede autorremitirse a cualquier proveedor de salud conductual de PCHP de la red. También puede buscar en el directorio de proveedores en línea de PCHP para encontrar proveedores en su área en www.parklandhealthplan.com/members/provider-directory.

Es bueno que le informe a su proveedor de atención primaria sobre todos los médicos que usted o su hijo consultan. También es importante que su proveedor de atención primaria y los especialistas, como su proveedor de tratamiento de salud conductual, puedan compartir información sobre el progreso de su tratamiento. Esto se denomina coordinación de la atención. Puede encontrar más información sobre este tema en el sitio web de miembros de PCHP: www.parklandhealthplan.com.

¿Qué servicios de salud conductual existen?

Existen muchos tipos diferentes de servicios que pueden ayudarlo con las afecciones de salud mental o por consumo de sustancias. Una evaluación lo ayudará a usted y a su proveedor a comprender sus necesidades y a decidir qué servicios son mejores para usted. A continuación, hay algunos ejemplos de servicios de salud conductual, pero existen otros. Para obtener una lista completa de servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de PCHP al **1-888-814-2352**.

La **administración de los medicamentos** es un servicio en el que su proveedor de atención primaria o de salud conductual le receta medicamentos para ayudarlo a tratar los síntomas de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.

La **terapia para pacientes ambulatorios** es un servicio prestado por un médico con licencia, ya sea de forma individual, grupal o con la familia. Generalmente, la terapia para pacientes ambulatorios se brinda en sesiones cortas de entre 45 y 60 minutos una o dos veces por semana, a menos que se necesite tratamiento adicional.

La **administración de casos de salud mental específicos** es un servicio diseñado para ayudar a los miembros a acceder a servicios y apoyos médicos, sociales, educativos y de otro tipo necesarios.

Los **servicios residenciales** son intervenciones muy intensivas en las que el miembro permanece durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana en un centro de tratamiento para recibir atención. Se brinda terapia individual, grupal y familiar junto con otras intervenciones terapéuticas diarias.

La **hospitalización para pacientes internados** brinda un tratamiento intensivo en un entorno hospitalario. La atención para pacientes internados se brinda cuando la afección de salud mental o por consumo de sustancias de una persona representa un riesgo significativo para su salud y seguridad.

Si pierde la elegibilidad de Medicaid, puede seguir recibiendo atención de la Autoridad Local de Salud Mental o de la Autoridad de Salud Conductual del Norte de Texas.

¿Y la cobertura de la nueva tecnología?

Siempre estamos buscando nuevos procedimientos y servicios médicos para asegurarnos de que reciba atención médica segura, actualizada y de alta calidad. Un equipo de médicos revisa los nuevos métodos de atención médica y decide si deben convertirse en servicios cubiertos. Los tratamientos y servicios de investigación y estudio no son servicios cubiertos.

Para decidir si la nueva tecnología será un beneficio o servicio cubierto, haremos lo siguiente:

- Estudiaremos el propósito de cada tecnología.
- Revisaremos la bibliografía médica.
- Determinaremos el impacto de una nueva tecnología.
- Desarrollaremos pautas sobre cómo y cuándo usar la tecnología.

Cómo obtener los medicamentos recetados

Para miembros de CHIP y de CHIP Perinate Newborn

¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el de su hijo dice que necesitan. Su médico o el de su hijo le dará una receta para que pueda llevarla a la farmacia, o puede enviar la receta a la farmacia por usted.

Las excepciones incluyen los medicamentos anticonceptivos recetados solo con el propósito de prevenir el embarazo y los medicamentos para bajar o aumentar de peso.

Es posible que deba pagar un copago por cada receta surtida dependiendo de sus ingresos. No se requieren copagos para los miembros de CHIP Perinate Newborn.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Puede encontrar una farmacia de la red de dos formas.

- Visite nuestro sitio web en **www.ParklandHealthPlan.com**, y luego busque una farmacia en su área.
- Llame sin costo a Servicios para Miembros al **1-888-814-2352**. Pídale al representante que lo ayude a encontrar una farmacia de la red en su área.

¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está en la red?

No se cubrirán los medicamentos recetados surtidos en otras farmacias que no pertenezcan a la red de PCHP CHIP. Todas las recetas deben surtirse en una farmacia de la red. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-814-2352 para obtener ayuda para encontrar una farmacia en nuestro plan.

¿Qué llevo a la farmacia?

Deberá llevar la receta que su médico le hizo a usted o a su hijo. También deberá mostrar su tarjeta de identificación de PCHP CHIP/CHIP Perinate Newborn o la de su hijo.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos o los de mi hijo?

Consulte la lista de farmacias en línea O llame a Servicios para Miembros al **1-888-814-2352** para saber qué farmacias hacen envíos.

¿Es necesario que algunos medicamentos cuenten con aprobación previa o autorización previa?

PCHP debe aprobar algunos medicamentos de nuestra lista de medicamentos antes de cubrirlos. Hacemos esto mediante una autorización previa o terapia escalonada. La autorización previa es una aprobación que PCHP requiere para ciertos servicios y medicamentos.

¿Qué es la terapia escalonada?

Algunos medicamentos no se aprueban a menos que se haya probado otro primero. La cobertura de la terapia escalonada (Step-Therapy, ST) requiere que se utilice una prueba de otro medicamento antes de que se cubra el solicitado.

Cuando usted o su hijo tengan una nueva receta, pregúntele a su proveedor si tenemos que aprobar el medicamento antes de que pueda obtenerlo. De ser así, pregunte si hay otro medicamento que pueda usar que no necesite aprobación. Cuando necesitamos aprobar su medicamento, su proveedor debe llamar a PCHP por usted. Revisaremos la solicitud para aprobar su medicamento. Si el farmacéutico no puede comunicarse con PCHP para asegurarse de que esté aprobado, puede darle un suministro temporal para tres (3) días del nuevo medicamento recetado.

Le informaremos por escrito si no aprobamos la solicitud. También le diremos cómo iniciar el proceso de apelación.

¿Qué sucede si no puedo obtener la aprobación del medicamento indicado por mi médico o el de mi hijo?

Si no se puede comunicar con su médico o el de su hijo para aprobar una receta, es posible que su hijo pueda conseguir un suministro de emergencia de su medicamento para tres días. Llame a los Servicios para Miembros de PCHP al **1-888-814-2352** para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos.

¿Qué sucede si no puedo obtener el medicamento que recetó mi médico o el de mi hijo?

Si el medicamento que su médico considera que necesita no se encuentra en nuestro formulario y no puede tomar ningún otro medicamento excepto el recetado, su médico puede solicitar una excepción. Su médico deberá llenar el formulario y enviarnos la historia clínica para respaldar la solicitud de excepción. Su médico deberá llenar el formulario y enviarnos la historia clínica para respaldar la solicitud de excepción.

¿A quién llamo si tengo problemas para conseguir mis medicamentos o los de mi hijo?

Si tiene problemas para conseguir sus medicamentos, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

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

Los medicamentos perdidos o robados no son un beneficio cubierto. Puede comunicarse con su farmacia para obtener un resurtido anticipado y pagar el costo del medicamento.

¿Qué sucede si necesito un medicamento de venta libre?

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

¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos píldoras anticonceptivas?

La farmacia no puede darle a usted ni a su hija píldoras anticonceptivas para prevenir un embarazo. Usted o su hija solo pueden recibir píldoras anticonceptivas si son necesarias para tratar una afección médica.

¿Qué pasa si mi hijo o yo necesitamos más de 34 días de un medicamento recetado?

La farmacia solo puede darle a usted o a su hijo la cantidad de medicamento que necesite durante 34 días. Por cualquier otra consulta, llame a Servicios para Miembros al **1-888-814-2352**.

Servicios para la vista

Solo CHIP/CHIP Perinate Newborn

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

Avesis Vision prestará los servicios de la vista como exámenes y anteojos. Con Avesis Vision, usted o su hijo podrán obtener la atención que necesita mientras se coordina con nosotros. Si usted o su hijo necesitan servicios para la vista, llame a Avesis Vision al **1-866-678-7113**.

Intervención temprana en la infancia (ECI)

¿Qué es ECI?

ECI brinda servicios a niños de 0 a 3 años cuyo desarrollo está retrasado. Algunos de los servicios para niños son exámenes de detección; fisioterapia; terapia ocupacional, del habla y del lenguaje; y actividades para ayudar a los niños a aprender mejor.

¿Mi hijo necesita una remisión para esto?

No es necesario que acuda al médico de su hijo para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al **1-888-814-2352**.

¿Dónde encuentro a un proveedor de ECI?

Si tiene más preguntas o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al **1-888-814-2352**.

Servicios dentales

Solo CHIP/CHIP Perinate Newborn

¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?

PCHP pagará algunos servicios dentales de emergencia en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. PCHP pagará lo siguiente:

- Tratamiento para una mandíbula dislocada.
- Tratamiento por daño traumático en los dientes y estructuras de soporte.
- Extirpación de quistes.
- Tratamiento de abscesos bucales de origen dental o gingival.
- Tratamiento y dispositivos por anomalías craneofaciales.

PCHP cubre el hospital, el médico y los servicios médicos relacionados con las afecciones anteriores. Esto incluye los servicios que brinda el médico y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

El beneficio médico de CHIP brinda una cobertura dental de emergencia limitada por la dislocación mandibular, el daño traumático en los dientes y la extirpación de quistes; el tratamiento por abscesos bucales de origen dental o gingival; el tratamiento y los dispositivos por anomalías craneofaciales; y los medicamentos.

El plan dental de CHIP de su hijo brinda todos los demás servicios dentales, incluidos los que ayudan a prevenir las caries y los que solucionan los problemas dentales. Llame al plan dental de CHIP de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que se ofrecen.

La salud de la mujer

Atención obstétrica y ginecológica

Para miembros de CHIP y CHIP Perinate Newborn

¿Qué sucede si mi hija o yo necesitamos atención ginecoobstétrica? ¿Tengo derecho a elegir a un ginecoobstetra?

Tiene derecho a elegir a un ginecoobstetra para usted o su hija sin una remisión de su proveedor de atención primaria o el de ella. El ginecoobstetra puede brindarle lo siguiente:

- Un chequeo anual de bienestar para la mujer.
- Atención relacionada con el embarazo.
- Atención para cualquier afección médica femenina.
- Remisión a un médico especial (especialista) dentro de la red.

PCHP les permite a usted y a su hija elegir a un ginecoobstetra, pero este médico debe pertenecer a la misma red que su proveedor de atención primaria o el de ella.

¿Cómo elijo a un proveedor ginecoobstetra ?

Consulte nuestro directorio de proveedores para encontrar a un ginecoobstetra de la red para usted o su hija. Puede conseguir una copia del directorio de proveedores en línea en **www.ParklandHealthPlan.com** o llamarnos al número gratuito en su tarjeta de identificación o la de su hija para obtener ayuda para encontrar a un ginecólogo-obstetra.

Si no elijo un ginecoobstetra, ¿tengo acceso directo?

Tiene derecho a elegir a un ginecoobstetra de nuestra red para usted o su hija sin una remisión de su proveedor de atención primaria.

¿Necesitaré una remisión?

No necesita una remisión para consultar con un ginecoobstetra. Su hija puede tener una sola consulta con un ginecoobstetra en un mes, pero puede consultar al mismo ginecoobstetra más de una vez durante ese mes, si es necesario.

Mientras su hija esté embarazada, el ginecoobstetra puede ser su proveedor de atención primaria. Los enfermeros de nuestra Línea de ayuda de enfermería las 24 horas pueden ayudarle a decidir si debe consultar a un proveedor de atención primaria o a un ginecoobstetra.

¿Qué tan pronto mi hija o yo podemos recibir atención después de contactar al ginecoobstetra para una cita?

Si usted o su hija están embarazadas, deben recibir atención dentro de las 2 semanas siguientes a la inscripción/solicitud o antes de la semana 12 de su embarazo. Si usted o su hija no están embarazadas, deben recibir atención en las 3 semanas posteriores a la solicitud de una cita.

¿Mi hija o yo podemos seguir atendiéndonos con un ginecoobstetra que no esté en PCHP?

Si usted o su hija habían pasado la semana 24 de embarazo cuando se inscribieron, podrán seguir recibiendo la atención de su tocoginecólogo o proveedor de atención perinatal actual. Si así lo desean, pueden elegir a un tocoginecólogo o proveedor de atención perinatal que esté en nuestra red siempre que este acepte atenderlas. Estamos disponibles para ayudar con los cambios entre médicos.

¿Qué sucede si mi hija o yo estamos embarazadas? ¿A quién debo llamar?

Llámenos al número gratuito en su tarjeta de identificación o la de su hija tan pronto como sepa que usted o ella están embarazadas. Tienen que solicitar los servicios de Medicaid de inmediato. Su bebé o el de su hija estarán inscritos en Medicaid desde el nacimiento hasta el año de edad si ustedes se inscriben en Medicaid mientras están embarazadas (no se aplica a miembros de CHIP Perinate Newborn).

Si usted o su hija no se inscriben en Medicaid durante el embarazo, tendrán que solicitar cobertura para el recién nacido después del nacimiento. Tenga en cuenta que podría haber una discontinuidad en la cobertura del bebé.

¿Qué otros servicios, actividades o educación le ofrece PCHP a las mujeres embarazadas?

Administración de casos

La administración de casos se brinda a miembros embarazadas. Nuestros administradores de casos ayudan a las miembros a obtener los servicios que puedan necesitar. También podemos ayudarla a obtener remisiones cuando sea necesario.

Educación prenatal

Enviaremos un paquete prenatal a todas las mujeres embarazadas. El paquete contiene información sobre cómo mantenerse saludable durante el embarazo y una lista de clases de preparación para el parto, y mucho más.

Otros servicios para miembros

¿A quién llamo si tengo necesidades especiales de atención médica y necesito que alguien me ayude?

Los administradores de casos se encuentran a su disposición si tiene necesidades especiales de atención médica, como los siguientes:

- Participantes del programa de ECI.
- Mujeres embarazadas identificadas como de alto riesgo, entre las que se incluyen las siguientes:
 - Miembros embarazadas de 35 años o más, o de 15 años o menos.

- Miembros embarazadas diagnosticadas con preeclampsia, presión arterial alta o diabetes.
- Miembros embarazadas con diagnóstico de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
- Miembros embarazadas con un parto prematuro anterior, como se identifica en el informe de riesgo perinatal.
- Miembros con casos catastróficos de alto costo o con un gran uso de los servicios, como muchas visitas a la sala de emergencias (ER) o al hospital.
- Miembros con enfermedades mentales y diagnósticos de trastornos por consumo de sustancias coexistentes.

También puede hacer que un especialista le brinde atención médica si tiene necesidades especiales de atención médica. Si tiene necesidades especiales de atención médica y necesita que alguien lo ayude, llámenos al número gratuito en su tarjeta de identificación para obtener más información.

Notificación de Servicios para Miembros

¿Qué tengo que hacer si mi hijo o yo nos mudamos?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, avise a la HHSC llamando al 2-1-1 o actualizando su cuenta en YourTexasBenefits.com. También debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros de PCHIP CHIP al **1-888-814-2352**. Antes de recibir servicios de CHIP en su nueva área, debe llamar a PCHIP, a menos que necesite servicios de emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de PCHIP hasta que la HHSC cambie su dirección.

Servicios de interpretación

¿Puede haber un intérprete en mi consulta con el médico o la de mi hijo? ¿A quién llamo para pedir un intérprete?

Nuestro personal de Servicios para Miembros habla inglés y español. Tenemos una línea de idiomas si no habla inglés ni español. Si necesita un intérprete, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo. En el momento de su llamada, conseguiremos a un intérprete de idiomas que hable el suyo en la línea. Las personas con sordera o con problemas de audición pueden llamar sin costo a la línea TTY al **1-800-735-2989**.

¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?

También podemos brindarle ayuda si necesita un intérprete para ir al consultorio de su médico o al de su hijo. Tan pronto como sepa la fecha de su cita o la de su hijo, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo. Le pedimos que nos avise 72 horas antes de que necesite un intérprete.

Facturación de proveedores

¿Qué pasa si recibo una factura de mi médico? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitarán?

Como padre, madre o tutor, debe pagar los copagos por la atención de su hijo. Si cree que no debería haber recibido una factura o necesita ayuda para comprenderla, llámenos al número gratuito que figura en la tarjeta de identificación de su hijo. Le explicaremos en qué consiste la factura. Llamaremos al consultorio del médico por usted para explicarle los beneficios de su hijo. También podemos brindarle ayuda para organizar el pago de la factura. Cuando nos llame, tenga con usted la tarjeta de identificación de su hijo y la factura del médico. Necesitaremos información para poder ayudarlo rápidamente.

Recordatorio útil:

Las consultas regulares a su proveedor de atención primaria y dentista son importantes, incluso si sus hijos están sanos. Nuestros miembros pueden acceder sin costo alguno a los controles del niño sano. Todos los bebés, los niños y los adolescentes necesitan chequeos. Siga este cronograma:

Intervalo de edad	Edades objetivo
Nacimiento hasta 1 año	2 semanas, 2 meses, 4 meses 6 meses, 9 meses
1 año a 4 años	12 meses, 15 meses 18 meses, 24 meses 30 meses, 3 años, 4 años
5 años a 18 años	Todos los años, en los 30 días posteriores al cumpleaños

Las vacunas ayudan a proteger a su hijo de muchas infecciones. Las infecciones pueden causar serios problemas de salud. Su proveedor le administrará las vacunas durante el examen de niño sano de su hijo, si es necesario. Asegúrese de llevar el registro de vacunas de su hijo a cada consulta. NOTA: Las guarderías y las escuelas requieren que todos los niños estén al día con las vacunas.

Administración de la utilización

¿Qué es la Administración de utilización (UM) y qué hace por usted?

El propósito del programa de administración de la utilización es coordinar la prestación de la mejor atención posible a los miembros y administrar el uso de los recursos de atención médica para garantizar un sistema de atención de la salud física eficaz y eficiente. El programa está diseñado para garantizar que la atención prestada sea adecuada, médicamente necesaria y se adecue a las mejores y más precisas prácticas clínicas.

Revisión previa al servicio

Preautorización: la decisión de su aseguradora o plan de salud de que un servicio de atención médica (por ejemplo, terapia, salud en el hogar, enfermería privada), cirugía, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero que usted o su proveedor han solicitado es médicamente necesario. Esta decisión, a veces denominada preautorización, aprobación previa o certificación previa, se debe obtener antes de recibir el servicio solicitado. La preautorización no es garantía de pago ni de que los servicios estarán cubiertos. Su médico presentará una solicitud de preautorización en su nombre.

Una solicitud de preautorización puede ser acelerada (urgente) o estándar. La solicitud acelerada (urgente) es una solicitud de atención o servicios médicos en los que el plazo para tomar la determinación podría poner en grave peligro la vida, la salud o la seguridad del miembro o de otras personas. Las condiciones podrían incluir el estado psicológico del miembro, o en la opinión de un profesional con conocimiento de la afección médica o de salud conductual del miembro, sometería al miembro a consecuencias de salud adversas sin la atención o el tratamiento que es objeto de la solicitud.

Las solicitudes aceleradas se procesan dentro de las 72 horas después de recibir la solicitud, y las solicitudes estándar se procesan dentro de los tres días hábiles. Se le envía una notificación por escrito a usted y a su médico.

Revisión concurrente urgente

La solicitud de cobertura de atención o servicios médicos hecha mientras usted está en proceso de recibir atención o servicios, incluso si su PCHP no aprobó previamente la atención. Todas las solicitudes concurrentes se consideran urgentes y, por lo general, se asocian con la atención hospitalaria, la atención médica conductual residencial, la atención médica conductual intensiva para pacientes ambulatorios o la atención ambulatoria continua. Su médico presentará la solicitud de preautorización en su nombre. Se le envía una notificación por escrito a usted y a su médico.

Revisión posterior al servicio

Su médico es responsable de solicitar autorizaciones para los servicios antes de que estos se presten. La revisión posterior al servicio, también conocida como revisión retrospectiva, se produce a pedido, con una determinación emitida dentro de los 30 días posteriores a la solicitud y supeditada a la recepción de toda la documentación necesaria para tomar la determinación.

Cómo presentar una apelación

Tiene derecho a solicitar una apelación si no está satisfecho o no está de acuerdo con la determinación adversa de beneficios. PCHP le informará por escrito si no aprobamos la solicitud. También, le diremos cómo iniciar el proceso de apelación o reclamo y obtendrá una respuesta oportuna. Una apelación es el proceso mediante el cual usted o una persona autorizada para actuar en su nombre, incluido su médico, solicita una revisión de la determinación adversa de beneficios. Puede ser verbal o escrita. Usted o su médico pueden enviar cualquier información médica adicional que respalde la razón de su desacuerdo con la decisión. Puede llamarnos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y solicitar una apelación. El representante de Servicios para Miembros anotará la información y se la enviará para que la revise. Se puede enviar una apelación por escrito a:

Presente sus recursos y toda la documentación justificativa como se indica a continuación:

Llame a: PCHP CHIP – 1-888-814-2352

Fax: 1-844-310-1823

Correo postal: Parkland Community Health Plan

Attn: Complaint and Appeals Team

P.O. Box 560347

Dallas, TX 75356

Correo electrónico: PCHPComplaintsandAppeals@phhs.org

Para obtener más información, consulte el Manual para miembros o comuníquese con Servicios para Miembros.

Parkland CHIP – 1-888-814-2352

Consejos rápidos para los miembros de CHIP/CHIP Perinate Newborn

¿Cuándo debe ir a la sala de emergencias (ER), acudir a la atención de urgencia o llamar al proveedor de atención primaria?

Consulte con su proveedor de atención primaria

- Cuando se quede sin medicamentos.
- Cuando tenga preguntas sobre el medicamento.

- Cuando tenga dolor de oído, tos, resfriado, fiebre, dolor de garganta.
- Cuando tenga una lesión, quemadura o corte menor.
- Cuando necesite atención de rutina para el asma.
- Cuando necesite vacunas.

Acuda a la atención de urgencia (si el consultorio de su médico está cerrado)

- Cuando tenga dolor de oído, tos, resfriado, fiebre, dolor de garganta.
- Cuando tenga una lesión, quemadura o corte menor.

Acuda a la sala de emergencias

- Cuando tenga dificultad para respirar.
- Cuando tenga un sangrado que no se detiene.
- Cuando tenga intoxicación.
- Cuando se haya quebrado los huesos.
- Cuando tenga un ataque de asma.
- Cuando se desmaye (desvanezca).
- Cuando tenga cortes o quemaduras profundas.

Controles dentales

Los chequeos dentales deben comenzar a los 6 meses de edad. Los chequeos dentales deben realizarse cada seis meses, a menos que el dentista necesite ver a su hijo con más frecuencia. El plan dental de su hijo incluye servicios que previenen las caries y solucionan los problemas dentales. No necesita una remisión de su médico.

Mi hijo tiene fiebre

La fiebre puede ser un signo de infección. La fiebre puede ser un motivo para llamar al médico, especialmente, en los bebés menores de tres meses. Llame a su proveedor si su hijo no toma líquidos, está muy inquieto, no se despierta, tiene vómitos o parece muy enfermo.

Edad	Temperatura	Qué hacer
De 1 a 2 meses	100.5	Llame a su PCP de inmediato.
De 3 a 4 meses	100.5	Llame a su PCP si la fiebre dura más de 24 horas.
Más de 4 meses	103	Llame a su PCP si la fiebre dura más de 2 días después de administrar el medicamento.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Para los MIEMBROS DE CHIP/CHIP PERINATE NEWBORN

DERECHOS DE LOS MIEMBROS

1. Tiene derecho a obtener información precisa y fácil de entender para tomar buenas decisiones sobre el plan médico, los médicos, los hospitales y otros proveedores de su hijo.
2. Su plan médico debe informarle si utiliza una “red de proveedores limitada”. Este es un grupo de médicos y otros proveedores que solo remiten a los pacientes a otros médicos que pertenecen al mismo grupo. “Red de proveedores limitada” se refiere a que no puede ver a

todos los médicos que están en el plan médico. Si su plan médico utiliza “redes limitadas”, usted debe verificar que el proveedor de atención primaria de su hijo y cualquier médico especialista que le gustaría ver sean parte de la misma “red limitada”.

3. Tiene derecho a saber cómo se les paga a sus médicos. Algunos reciben un pago fijo sin importar la frecuencia con la que los consulte. A otros se les paga en función de los servicios que le brindan a su hijo. Tiene derecho a saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
4. Tiene derecho a saber cómo decide el plan médico si un servicio está cubierto o es médicamente necesario. Tiene derecho a tener información sobre las personas del plan médico que toman estas decisiones.
5. Tiene derecho a conocer los nombres de los hospitales y otros proveedores del plan médico, así como las direcciones.
6. Tiene derecho a elegir de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente extensa como para que su hijo pueda recibir el tipo de atención adecuada cuando lo necesite.
7. Si un médico dice que su hijo tiene necesidades especiales de atención médica o una discapacidad, es posible que pueda tener a un especialista como proveedor de atención primaria de su hijo. Consulte en el plan médico sobre esto.
8. Los niños a los que se los diagnostica con necesidades especiales de atención médica o una discapacidad tienen derecho a recibir atención especial.
9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el médico con el que consulta deja el plan médico, su hijo puede continuar recibiendo atención de ese médico durante tres meses, y el plan médico debe seguir pagando esos servicios. Consulte con el plan cómo funciona esto.
10. Su hija tiene derecho a consultar con un ginecoobstetra participante sin una remisión del proveedor de atención primaria y sin consultar primero con el plan médico. Consulte con el plan cómo funciona esto. Algunos planes pueden obligarlo a elegir a un ginecoobstetra antes de consultar con ese médico sin una remisión.
11. Su hijo tiene derecho a recibir los servicios de emergencia si, razonablemente, usted considera que la vida de él está en peligro o que podría sufrir daños importantes si no recibe tratamiento de inmediato. La cobertura de emergencias está disponible sin tener que consultar primero con el plan médico. Es posible que deba pagar un copago según sus ingresos. Los copagos no se aplican a miembros de CHIP Perinatal.
12. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones sobre la atención médica de su hijo.
13. Tiene derecho a hablar por su hijo en todas las opciones de tratamiento.
14. Tiene derecho a obtener una segunda opinión de otro médico de su plan médico sobre el tipo de tratamiento que necesita su hijo.

15. Tiene derecho a que el plan médico, los médicos, los hospitales y otros proveedores lo traten de manera justa.
16. Tiene derecho a hablar con los médicos y otros proveedores de su hijo en privado, y a mantener la privacidad de las historias clínicas de su hijo. Tiene derecho a revisar y tener una copia de las historias clínicas de su hijo y a solicitar cambios en ellas.
17. Tiene derecho a que sea justo y rápido el proceso para resolver problemas con el plan médico, los médicos del plan, los hospitales y otras personas del plan que brindan servicios a su hijo. Si su plan médico establece que no pagará un servicio o beneficio cubierto que el médico de su hijo considera médicamente necesario, usted tiene derecho a que otro grupo, fuera del plan médico, le diga si cree que su médico o el plan médico estaban en lo correcto.
18. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otras personas que atienden a su hijo pueden asesorarlo sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento. El plan médico no puede evitar que le brinden esta información, incluso si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.
19. Tiene derecho a saber que usted es el único responsable de pagar los copagos autorizados por los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros no pueden exigirle que pague ningún otro monto por los servicios cubiertos.
20. Tiene derecho a hacer recomendaciones a los derechos y responsabilidades de los miembros de PCHP.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Tanto a usted como al plan médico les importa que la salud de su hijo mejore. Para colaborar asumiendo estas responsabilidades.

1. Debe intentar tener hábitos saludables. Incentive a su hijo para que se mantenga alejado del tabaco y tenga una dieta saludable.
2. Debe participar en las decisiones del médico sobre los tratamientos de su hijo.
3. Debe trabajar junto con los médicos del plan médico y otros proveedores para elegir los tratamientos para su hijo con los que todos estén de acuerdo.
4. Si tiene un desacuerdo con el plan médico, primero, debe intentar resolverlo mediante el proceso de reclamos del plan médico.
5. Debe saber qué cubre el plan médico y qué no. Lea su Manual para miembros para comprender cómo funcionan las reglas.
6. Si programa una cita para su hijo, debe intentar llegar al consultorio del médico a tiempo. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
7. Si su hijo tiene CHIP, usted es responsable de pagar al médico y a otros proveedores los copagos que les adeuda. Si su hijo recibe servicios de CHIP Perinatal, no tendrá copagos para ese niño.

8. Debe informar el uso indebido de los servicios de CHIP o CHIP Perinatal por parte de los proveedores de atención médica, otros miembros o planes médicos.
9. Debe consultar con su proveedor sobre los medicamentos que le recetaron.

Si cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame sin cargo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede obtener información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea en www.hhs.gov/ocr.

Información adicional para todos los miembros del plan

¿Cómo funciona la renovación?

Es importante renovar su cobertura o la de su hijo de CHIP o Medicaid para niños a tiempo. De lo contrario, esta podría terminar. En su décimo mes de cobertura, la HHSC le enviará un paquete de renovación que contiene una solicitud que tiene una parte de su información escrita.

- Actualice la información según sea necesario.
- Complete todas las preguntas que se han dejado en blanco.
- Asegúrese de enviar copias de, al menos, un talón de cheque de pago u otro documento que muestre los ingresos y gastos de cada miembro de la familia.
- Firme y feche la solicitud. A continuación, envíela en el sobre con la dirección de devolución con franqueo pagado. La información o los documentos faltantes pueden retrasar el trámite de la solicitud.
- También puede renovar la información en línea o por fax.

Llame al 2-1-1 o visite, www.yourtexasbenefits.com para obtener ayuda para renovar su cobertura.

Seguridad de los miembros

Nos esforzamos para instruir a nuestros miembros sobre la seguridad de la salud. Según las investigaciones, la mayoría de los errores médicos se pueden prevenir si tiene un rol activo en su atención médica o la de su hijo. A continuación, se ofrecen algunos consejos importantes:

- Participe en cada decisión sobre su atención médica o la de su hijo. Es más probable que sepa lo que usted y su proveedor pueden hacer para mejorar o mantener su salud o la de su hijo si se involucra en la atención de ambos.
- Haga preguntas. Tiene derecho a hacerle preguntas a toda persona que forme parte de su atención o la de su hijo.
- Asegúrese de que el proveedor de su hijo esté al tanto de todos los medicamentos que usted o su hijo toman, incluso los medicamentos recetados, de venta libre y suplementos dietarios, como vitaminas y hierbas. Solicite que esto se deje registrado en su historia clínica o la de su hijo.
- Asegúrese de que su médico o el de su hijo sepa si alguno de los dos tiene una alergia o reacciones adversas a los medicamentos. Esto puede ayudar a evitar que ustedes tomen medicamentos que les podrían hacer daño.
 - Solicite información sobre su tratamiento médico o el de su hijo en un idioma que pueda comprender. Asegúrese de conocer todos los aspectos básicos, como la dosis del medicamento, las interacciones entre los fármacos, los posibles efectos

secundarios y la razón por la que se recomienda un medicamento o tratamiento en particular.

Proceso de reclamos

¿Qué debo hacer si tengo un reclamo? ¿A quién llamo?

Queremos ayudar. Si tiene un reclamo, llámenos sin cargo al **1-888-814-2352** para contarnos su problema. Puede presentar su reclamo de manera verbal o escrita en cualquier momento. Un representante de Servicios para Miembros de PCHP puede ayudarlo a presentar un reclamo. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o, como máximo, en unos pocos días. PCHP tomará cualquier acción en su contra por la presentación de un reclamo.

¿Puede ayudarme alguien de PCHP a presentar un reclamo?

El representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar un reclamo. El representante de Servicios para Miembros anotará su inquietud. También puede enviar un reclamo por escrito a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Complaints and Appeals Department
PO Box 560347
Dallas, TX 75356
1-888-814-2352

¿Cuánto tiempo llevará tramitar el reclamo? ¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar un reclamo?

No hay un límite de tiempo para realizar un reclamo; cuando lo recibamos, le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días para informarle que este nos llegó. Le enviaremos otra carta con los resultados en los treinta (30) días siguientes de la fecha en que recibimos el reclamo.

¿Tengo derecho a reunirme con un Comité de Apelación de Reclamos?

Si no está satisfecho con la decisión del reclamo, tiene derecho a solicitar una apelación del reclamo. En los cinco (5) días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación del reclamo, le enviaremos una carta para informarle que nos llegó esta apelación. El Comité de Apelación de Reclamos revisará la información que envió y analizará su caso o el de su hijo. No es un tribunal de justicia. Tiene el derecho de comparecer ante el Comité de Apelación de Reclamos en persona en un lugar determinado para hablar sobre la apelación escrita del reclamo que nos envió. Cuando tomemos la decisión sobre la apelación del reclamo, le enviaremos una respuesta por escrito en los treinta (30) días posteriores a la recepción de la apelación del reclamo.

Si no estoy conforme con el resultado, ¿puedo comunicarme con alguien más?

Si aún no está conforme con la respuesta a su reclamo, también puede presentar un reclamo ante el Departamento de Seguros de Texas. Para ello, debe llamar sin costo al **1-800-252-3439**. Si desea presentar su reclamo por escrito, envíelo a:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection
PO Box 12030 – MC-CO-CPS
Austin, TX 78711-2030

Si tiene conexión a Internet, puede enviar su reclamo por correo electrónico a:

<http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html>

Proceso para apelar una determinación adversa de CHIP

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento cubiertos para mí o para mi hijo, pero PCHIP lo deniega o lo limita?

Si denegamos o limitamos la solicitud de su médico de un servicio cubierto para usted o su hijo, tiene derecho a realizar una apelación. Puede presentar su apelación de manera verbal o escrita en los 60 días posteriores al aviso que le enviamos en el que se avisa que se denegó el servicio o el medicamento. Usted o el médico de su hijo pueden enviarnos más información para demostrar por qué no están de acuerdo con la decisión. Puede llamarnos y solicitar una apelación. El representante del Servicio para Miembros anotará la información y se la enviará para que la revise. Se puede enviar una apelación por escrito a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
PO Box 560347
Dallas, TX 75356

¿Cómo sabré si se deniegan los servicios?

Si se niegan los servicios de su hijo, usted y el médico del niño recibirán una carta en la que se les informará el motivo de la denegación. Además, se les explicará cómo presentar una apelación.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

Puede apelar una decisión de denegar servicios en los 60 días posteriores al aviso de la decisión. El plazo para la resolución de la apelación dependerá de los servicios que se hayan denegado. Si usted o su hijo están en el hospital, o ya están recibiendo servicios limitados o denegados, puede llamar y solicitar una apelación acelerada. El proceso de apelación acelerada se explica a continuación.

En el caso de una apelación estándar, le enviaremos una carta en los cinco (5) días posteriores a la recepción de la solicitud de apelación para informarle que la recibimos. Le enviaremos toda la información que tengamos a un médico que no haya participado en la toma de la primera decisión. Recibirá una respuesta por escrito sobre su apelación en los treinta (30) días posteriores a que la recibamos.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Si no está de acuerdo con la decisión que tomamos, puede solicitar una apelación. No tiene derecho a solicitar una apelación si los servicios que pidió no se cubren en el programa CHIP o si se realiza un cambio en la ley estatal o federal que afecta a los miembros de CHIP.

¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?

La solicitud no tiene que ser por escrito. Puede llamarnos gratis para presentar su apelación. Se le pedirá que, tras esa solicitud de llamada, envíe una apelación por escrito. Si necesita ayuda para presentar una apelación, consulte la sección a continuación. Puede solicitar una apelación llamando a Servicios para Miembros al 1-888-814-2352, al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo. Escribiremos lo que nos diga y se lo enviaremos para que lo revise.

¿Puede ayudarme alguien de PCHIP a presentar una apelación?

Si necesita ayuda para presentar una apelación, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo o escríbanos a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
PO Box 560347
Dallas, TX 75356

El representante de Servicios para Miembros escuchará la apelación y le comunicará las reglas. El representante de Servicios para Miembros responderá a sus preguntas y se asegurará de que lo traten de manera justa.

Proceso de apelación acelerada

¿Qué es una apelación de emergencia (acelerada)?

Una apelación de emergencia (acelerada) se da cuando el plan médico tiene que tomar una decisión rápidamente en función de su afección de salud y porque tomarse el tiempo para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo solicito una apelación de emergencia (acelerada)?

Para solicitar una apelación acelerada, llámenos sin costo al **1-888-814-2352**. Se puede enviar una apelación acelerada por escrito a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
PO Box 560347
Dallas, TX 75356

¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?

La solicitud no tiene que ser por escrito. Para solicitar una apelación acelerada, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo.

¿Cuáles son los plazos para una apelación de emergencia (acelerada)?

El plazo para la resolución de su solicitud de una apelación acelerada se basará en la afección, el procedimiento o el tratamiento de emergencia médica, pero no llevará más de 72 horas a partir de la solicitud de apelación.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación de emergencia (acelerada)?

Para solicitar una apelación, puede llamarnos al **1-888-814-2352** y solicitar hablar con el Representante de Servicios para Miembros. También puede escribirnos a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
PO Box 560347
Dallas, TX 75356

El representante de Servicios para Miembros escuchará la apelación y le comunicará las reglas. El representante de Servicios para Miembros responderá a sus preguntas y se asegurará de que lo traten de manera justa.

¿Qué sucede si PCHP deniega la solicitud de apelación de emergencia (acelerada)?

Si solicita una apelación acelerada que no implique una emergencia, una estancia en el hospital o servicios que ya se estén prestando, se le dirá que la revisión de la apelación no puede acelerarse. Recibirá una carta de denegación por escrito en los 2 días posteriores a la fecha de la decisión. Seguiremos trabajando en la apelación, la trataremos en el plazo habitual de apelación y le responderemos en los treinta (30) días posteriores a nuestra recepción de la apelación.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una revisión externa de una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). A continuación, se explica el procedimiento para solicitar una revisión por parte de una IRO. También puede presentar un

reclamo ante el Departamento de Seguros de Texas. Para ello, llame sin costo al **1-800-252-3439** o escriba a:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection
PO Box 12030 – MC-CO-CPS
Austin, TX 78711-2030
Fax: 512-475-1771
Sitio web: <http://www.tdi.state.tx.us>
Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

Proceso de revisión especializada

¿Qué es una revisión especializada?

El proveedor responsable puede solicitar una apelación especializada, en la que se pide que un tipo específico de proveedor especializado revise el caso.

¿Cómo solicita un proveedor una revisión especializada?

El proveedor responsable puede solicitar una revisión especializada. Para ello, debe escribir a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Complaints and Appeals
PO Box 560347
Dallas, TX 75356

¿Cuáles son los plazos para una revisión especializada?

El proveedor responsable debe realizar la solicitud dentro de los 10 días a partir de la fecha en que se solicitó o denegó la apelación.

A la denegación la revisará un proveedor de atención médica que trabaje en la misma especialidad o en una similar a la afección, procedimiento o tratamiento que se está por analizar y revisar.

Esta revisión especializada se completará dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud.

Organización de Revisión Independiente (IRO)

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

Es una organización que no tiene conexión con nosotros ni con los médicos que participaron anteriormente en su tratamiento ni con las decisiones que tomamos sobre servicios que no se han brindado.

¿Cómo solicito una revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente?

IRO estándar mediante el proceso de revisión externa

Usted, alguien que actúe en su nombre o el proveedor de registros (con el consentimiento por escrito del miembro) tiene derecho a solicitar una revisión externa estándar mediante MAXIMUS en los 4 meses posteriores a la fecha de este aviso. Para solicitar la revisión externa estándar, debe llenar el formulario de revisión externa federal de HHS que se adjuntará a cualquier carta de apelación denegada. Envíe el formulario por correo o por fax junto con esta carta directamente a MAXIMUS a:

MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534
Número de fax: 1-888-866-6190

También puede presentar su solicitud en línea en externalappeal.com en el encabezado “Request a Review Online” (Solicitar una revisión en línea).

IRO acelerada mediante el proceso de revisión externa

Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor responsable (con el consentimiento por escrito del miembro) pueden solicitar que la revisión externa de la apelación se tramite de inmediato si cree que esperar una decisión lo perjudicaría. Para solicitar una revisión externa acelerada, haga lo siguiente:

- Puede enviar la solicitud por correo electrónico a FERP@maximus.com.
- Llame al proceso de revisión externa federal al 1-888-866-6205, ext. 3326.
- Seleccione “expedited” (acelerado) cuando envíe la solicitud de revisión en línea.

En situaciones de atención médica urgente, MAXIMUS Federal Services aceptará una solicitud de revisión externa de un profesional médico que sepa sobre la afección del reclamante. El profesional médico no deberá presentar un comprobante de autorización.

¿Cuáles son los plazos para este proceso?

Durante una solicitud de revisión externa estándar, el examinador de MAXIMUS Federal Services se comunicará con Parkland Community Health Plan (PCHP) cuando reciba la solicitud de revisión externa. En los cinco (5) días hábiles, PCHP le dará al examinador todos los documentos y la información que se utilizó para tomar la decisión de la apelación interna. Usted o alguien que actúe en su nombre recibirá un aviso por escrito de la decisión final de la revisión externa lo antes posible, a más tardar 45 días después de que el examinador reciba la solicitud de una revisión externa.

Durante una solicitud de revisión externa acelerada o rápida, el examinador de MAXIMUS les informará a PCHP y a usted o a la persona que lo representa sobre la decisión de la revisión externa tan pronto como las circunstancias médicas lo requieran, a más tardar en las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud.

Usted o alguien que actúe en su nombre recibirá la decisión por teléfono, pero MAXIMUS también enviará una versión escrita de la decisión en las 48 horas posteriores a la notificación de la llamada telefónica.

Denuncia del malgasto, abuso o fraude de CHIP

¿Quiere denunciar el malgasto, abuso o fraude de CHIP?

Infórmenos si cree que un médico, dentista, farmacéutico de una farmacia, otro proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios de CHIP está haciendo algo incorrecto. Hacer algo incorrecto podría incluir un malgasto, abuso o fraude, lo que es ilegal. Por ejemplo, avísenos si cree que alguien hace lo siguiente:

- Recibe pagos por servicios de CHIP que no se prestaron o no fueron necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre una afección médica para recibir tratamiento médico.
- Deja que otra persona use su identificación de CHIP.
- Usa la identificación de CHIP de otra persona.
- No está diciendo la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, elija una de las siguientes opciones:

- Informe directamente a su plan médico:
 - Correo postal: Parkland Community Health Plan
Attention: SIU Coordinator
PO Box 560307
Dallas, TX 75356-9005
 - Teléfono: 1-888-209-3841
 - Correo electrónico: PCHPSIU@phhs.org
- Llame a la línea de ayuda de la Oficina del Inspector General (OIG) al **1-800-436-6184**.
- Ingrese en **<https://oig.hhsc.state.tx.us/>** y haga clic en el cuadro rojo “Report Fraud” (Denunciar fraude) para llenar el formulario en línea.

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna tanta información como sea posible.

Al informar sobre un proveedor (médico, dentista, terapeuta, etc.), incluya lo siguiente:

- Nombre, dirección y número de teléfono de los proveedores.
- Nombre y dirección del centro (casa de reposo, hospital, agencia de servicios de salud en casa, etcétera).
- Número de Medicaid del proveedor y del centro, si los tiene.
- Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
- Nombres y números de teléfono de otros testigos que pueden colaborar en la investigación.
- Fechas de los eventos.
- Resumen de lo sucedido.

Al informar sobre alguien que recibe beneficios, incluya lo siguiente:

- El nombre de la persona.
- Fecha de nacimiento, número de Seguro Social o número de caso de la persona, si los tiene.
- La ciudad donde vive la persona.
- Detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

Subrogación

¿Qué es la subrogación?

Podemos solicitar el pago de los gastos médicos para tratar una lesión o enfermedad que causó otra persona. Esta es una disposición de “derecho de subrogación”. Según nuestro derecho de subrogación, nos reservamos el derecho a recuperar el costo de los beneficios médicos pagados cuando otra parte es (o puede ser) responsable de causarle la enfermedad o lesión. Podemos pedirle que nos devuelva el costo de los gastos médicos si los recibe de otra parte.

Glosario

Apelación: solicitud para que su organización de atención médica administrada revise una denegación o una queja nuevamente.

Reclamo: queja que transmita a su plan o seguro médico.

Copago: monto fijo (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de atención médica cubierto, en general, cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (DME): equipos y suministros solicitados por un proveedor de atención médica para que se los use a diario o a largo plazo. La cobertura del DME puede incluir equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras de análisis de sangre para diabéticos.

Afección médica de emergencia: enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia terrestre o aérea para tratar una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias: servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

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

Servicios excluidos: servicios de atención médica que su plan o seguro médico no paga ni cubre.

Queja: reclamo a su aseguradora o plan médico.

Dispositivos y servicios de habilitación: servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

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

Atención médica en casa: servicios de atención médica que una persona recibe en una casa.

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

Hospitalización: atención en un hospital para la que se ingresa como paciente internado y, en general, se debe pasar la noche.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, en general, para la que no se debe pasar la noche.

Medicamento necesario: servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas, que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

Red: las instalaciones, los proveedores y los abastecedores a los que la aseguradora o el plan médicos han contratado para brindar servicios de atención médica.

Proveedor no participante: proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o plan médicos para brindarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de la aseguradora o plan médicos para obtener servicios de un proveedor no participante, en lugar de un proveedor participante. En pocas ocasiones, por ejemplo, en el caso que no haya otros proveedores, su aseguradora médica puede contratar el pago de un proveedor no participante.

Proveedor participante: proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan médico para brindarle servicios cubiertos.

Servicios médicos: servicios de atención médica que proporciona o coordina un médico autorizado (médico general u osteópata).

Plan: beneficio, como Medicaid, para pagar sus servicios de atención médica.

Preautorización: decisión del plan o aseguradora médicos que establece, antes de que usted los reciba, que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces, se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa. La preautorización no es una promesa que su plan o seguro médico cubrirá el costo.

Prima: monto que debe pagarse por el plan o seguro médico.

Cobertura de medicamentos recetados: plan o seguro médico que brinda ayuda para pagar los medicamentos recetados.

Medicamentos recetados: medicamentos que, por ley, se entregan con receta.

Médico de atención primaria: médico (médico general u osteópata) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de atención primaria: un médico (médico general u osteópata), enfermero con práctica médica, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor: un médico (médico general u osteópata), profesional de la atención médica o centro de atención médica con licencia, certificación o acreditación según lo requiera la ley estatal.

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o se han deteriorado debido a la enfermedad, herida o discapacidad de una persona.

Atención de enfermería especializada: servicios de enfermeros autorizados en su propia casa o en una casa de reposo.

Especialista: médico que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Atención de urgencia: atención por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para acudir a una sala de emergencias para recibir atención.



Parkland
Community Health Plan