



Manual Para Miembros de CHIP

Amerigroup Texas, Inc.
Áreas de servicio de Bexar, Dallas, Harris, Jefferson y Tarrant

Julio de 2023

800-600-4441 (TTY 711)
myamergroup.com/tx



TEXAS
Health and Human
Services



Amerigroup Manual Para Miembros de CHIP

Amerigroup Texas, Inc.
Áreas de servicio de Bexar, Dallas, Harris, Jefferson y Tarrant

800-600-4441 (TTY 711)
myamerigroup.com/TX

Julio de 2023

Información importante del plan



Actualización al manual del miembro

Lea esta información con atención y consérvela junto con su manual del miembro.

Un cambio a los beneficios adicionales de su hijo comienza el 1 de septiembre de 2023.

A continuación hay una actualización al cuadro en la sección **¿Qué beneficios adicionales obtiene mi hijo como miembro de Amerigroup? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo?** del manual:

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Esto es dejarlo (This is Quitting) *: Un programa interactivo de mensajes de texto para ayudar a que los adolescentes de 13 a 17 años dejen de vapear o usar cigarrillos electrónicos. El programa se enfoca en consejería por la web por hasta 12 semanas.	Envíe la palabra clave VAPEOUTTX al 88709 para inscribirse.

*Solo cambio del nombre del programa.

¿Tiene preguntas?

Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. hora del Centro.

Los miembros de Amerigroup en el Área de Servicio Rural de Medicaid y el programa STAR Kids son atendidos por Amerigroup Insurance Company. Todos los otros miembros de Amerigroup en Texas son atendidos por Amerigroup Texas, Inc.

¡Bienvenido a Amerigroup! ¡Nos complace que nos haya elegido!

Estas son algunas cosas que debe hacer para comenzar:

Busque su tarjeta de identificación de Amerigroup en el correo. Conserve la tarjeta con usted. La usará para recibir todos sus servicios, como visitas al doctor, recetas y más. Si tiene seguro privado, también tendrá otra tarjeta del plan de salud para mostrarla cuando visite a su proveedor.

Si no recibe su tarjeta de identificación de miembro en su primer día como miembro, llámenos al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m.

Manténgase conectado con su salud. Descargue hoy la aplicación gratuita Sydney Health para acceder a su tarjeta de identificación, buscar un doctor y más.

Regístrese en nuestro sitio web seguro. Visite **myamergroup.com/TX** y regístrese para tener acceso seguro. Al crear una cuenta, obtendrá herramientas útiles a su alcance:

- Elegir o cambiar su proveedor de cuidado primario
- Actualizar su dirección o número telefónico
- Enviarnos un mensaje seguro
- Solicitar que le devuelvan una llamada
- ¡Y más!

¿Quiere cambiar su proveedor de cuidado primario? Elija de un extenso grupo de doctores que trabajan con nuestro plan. Para cambiar su proveedor de cuidado primario en línea:

- Vaya a **myamergroup.com/TX**.
- Use nuestra herramienta **Find a Doctor (Encontrar un doctor)** para buscar proveedores del plan que le queden cerca de su casa, hablen su idioma y puedan satisfacer sus necesidades.
- Inicie sesión en su cuenta.
- Seleccione **Your Account (Su cuenta)**.
- Seleccione **Change Your Primary Care Provider (Cambiar su proveedor de cuidado primario)**.

También puede encontrar doctores en nuestro plan usando el directorio de proveedores de CHIP para su ubicación en la página **Find a Doctor (Encontrar un doctor)** en **myamergroup.com/TX**. Para recibir una copia impresa sin costo del directorio de proveedores o si necesita ayuda para cambiar su proveedor de cuidado primario, llame al Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Estamos a su disposición cuando nos necesite. Si tiene preguntas sobre sus beneficios o su cuidado de la salud, puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m. hora del Centro. Puede llamar al mismo número de nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas para hablar con un enfermera a cualquier hora, de día o de noche.

Ameritips: Consejos para mantener la buena salud ¡Su hijo tiene que ir al doctor ahora!

¿Cuándo es momento de una visita de chequeo de niño sano?

Su hijo debe hacerse chequeos regulares. De esta forma, el proveedor de cuidado primario de su hijo puede ver si hay algún problema antes de que se vuelva un problema grave. Una vez que su hijo es miembro de Amerigroup, llame a su proveedor de cuidado primario y programe la primera cita antes de los 90 días.

Chequeos de niño sano para niños

Los niños necesitan más chequeos de bienestar que los adultos. Su hijo debe acudir a los chequeos a las edades que se indican a continuación.

Programa de chequeos de niño sano	
Nacimiento	9 meses
3 a 5 días	12 meses
1 mes	15 meses
2 meses	18 meses
4 meses	24 meses
6 meses	30 meses
Después de los dos años y medio, su hijo debería visitar al doctor una vez al año. Amerigroup alienta y cubre los chequeos anuales para miembros de 3 a 18 años.	

Asegúrese de programar estas citas y de llevar a su hijo al doctor cuando esté programado. Descubra los problemas de salud antes de que empeoren y sea más difícil tratarlos. Prevenga los problemas de salud que le dificultan a su hijo aprender y crecer.

Si el doctor de su hijo encuentra un problema de salud durante un chequeo, su hijo puede obtener los cuidados que necesita, como exámenes de la vista y anteojos, pruebas de audición y audífonos, o cuidado dental.

¿Qué pasa si mi hija se embaraza?

Si cree que su hija está embarazada, llame ya a su doctor o ginecoobstetra. Esto puede ayudarla a tener un bebé sano.

No necesita un referido para ver a un ginecoobstetra. Su hija puede visitar a un solo ginecoobstetra en un mes, pero puede visitar al mismo ginecoobstetra más de una vez durante ese mes, en caso de ser necesario.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para concertar una cita con el doctor u ginecoobstetra de su hija, llame a Servicios para Miembros de Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¡ALERTA! NO PIERDA LOS BENEFICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD DE SU HIJO: RENUEVE A TIEMPO SU ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS DE CHIP

Manual del miembro de Amerigroup
Para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinatal

2505 N. Highway 360
Suite 300
Grand Prairie, TX 77050
800-600-4441

myamerigroup.com/TX

ÍNDICE

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE SALUD DE SU HIJO	1
SU MANUAL DEL MIEMBRO DE AMERIGROUP	1
NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES	1
LÍNEA GRATUITA DE SERVICIOS PARA MIEMBROS DE AMERIGROUP	1
LÍNEA DE AYUDA DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS DE AMERIGROUP	2
LÍNEA DE SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO Y TRASTORNO POR EL USO DE SUSTANCIAS	2
OTROS NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES	3
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP.....	3
¿CÓMO ES LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP DE MI HIJO?	3
¿CÓMO LEO Y USO LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP DE MI HIJO?	3
PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL	4
¿QUÉ ES UN PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO?	4
PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES.....	6
CÓMO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD	6
¿QUÉ HAGO SI QUIERO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD?	6
¿CUÁNTAS VECES PUEDO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD?	6
¿CUÁNDO ENTRARÁ EN VIGENCIA EL CAMBIO DE MI PLAN DE SALUD?	6
¿AMERIGROUP PUEDE PEDIR QUE MI HIJO ABANDONE EL PLAN DE SALUD POR INCUMPLIMIENTO?	7
COBERTURA PARA RECIÉN NACIDOS	7
BENEFICIOS PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL.....	7
¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA CHIP O MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATE PARA MI HIJO?.....	7
¿QUÉ SON LOS COPAGOS?	9
¿QUÉ SON LOS TOPES DE COSTOS COMPARTIDOS DE CHIP?	11
¿CUÁNDO OBTENDRÉ UNA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS?	11
¿QUÉ BENEFICIOS ADICIONALES OBTIENE MI HIJO COMO MIEMBRO DE AMERIGROUP? ¿CÓMO PUEDO OBTENER ESTOS BENEFICIOS PARA MI HIJO?	11
¿QUÉ CLASES DE EDUCACIÓN SOBRE LA SALUD OFRECE AMERIGROUP?	15
¿QUÉ ES ADMINISTRACIÓN DE ENFERMEDADES?	16
¿QUÉ ES UN MIEMBRO CON NECESIDADES ESPECIALES DE CUIDADO DE LA SALUD (MSHCN)?	18

¿QUÉ ES LA ADMINISTRACIÓN DE CASOS?	20
CUIDADO DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATE	20
¿QUÉ SIGNIFICA NECESARIO POR MOTIVOS MÉDICOS?	20
¿CÓMO SE EVALÚA LA NUEVA TECNOLOGÍA?	21
¿QUÉ ES EL CUIDADO MÉDICO DE RUTINA?	21
¿QUÉ ES EL CUIDADO MÉDICO DE URGENCIA?	21
¿QUÉ ES EL CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA?	22
¿QUÉ ES LA POSESTABILIZACIÓN?	23
¿CON QUÉ FRECUENCIA PUEDE VER MI HIJO A UN DOCTOR?	23
¿CÓMO OBTIENE MI HIJO CUIDADO MÉDICO FUERA DEL HORARIO NORMAL?	24
¿QUÉ HAGO SI MI HIJO NOS ENFERMAMOS CUANDO ESTAMOS FUERA DE LA CIUDAD O DE VIAJE?	25
¿QUÉ HAGO SI MI HIJO NECESITA VER A UN DOCTOR ESPECIAL (ESPECIALISTA)?	25
¿QUÉ ES UN REFERIDO?	26
¿QUÉ SERVICIOS NO NECESITAN UN REFERIDO?	26
¿CON QUÉ FRECUENCIA PUEDO ESPERAR QUE UN ESPECIALISTA VEA A MI HIJO?	26
¿CÓMO PUEDO PEDIR UNA SEGUNDA OPINIÓN?	26
¿CÓMO OBTENGO AYUDA SI MI HIJO TIENE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, ALCOHOL O DROGAS?	26
¿QUÉ TENGO QUE HACER PARA QUE ME SURTAN LAS RECETAS DE MI HIJO?	26
¿QUÉ PASA SI MI HIJA NECESITA PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS?	29
¿CÓMO OBTENGO SERVICIOS DE CUIDADO DE LA VISTA PARA MI HIJO?	29
¿CÓMO OBTENGO SERVICIOS DENTALES PARA MI HIJO?	29
¿QUÉ ES EARLY CHILDHOOD INTERVENTION?	29
¿QUÉ ES HEAD START?	30
¿QUÉ PASA SI MI HIJO NO PUEDE USAR EL TRANSPORTE ESTÁNDAR PARA LLEGAR A LAS CITAS DE CUIDADO DE LA SALUD?	30
¿ALGUIEN PUEDE REALIZAR UNA INTERPRETACIÓN PARA MÍ CUANDO HABLO CON EL DOCTOR DE MI HIJO?	30
¿QUÉ PASA SI MI HIJA NECESITA CUIDADO DE UN GINECOOBSTETRA? ¿TIENE DERECHO A ELEGIR UN GINECOOBSTETRA?	31
¿QUÉ PASA SI MI HIJA ESTÁ EMBARAZADA?	32
¿A QUIÉN DEBO LLAMAR SI MI HIJO TIENE NECESIDADES DE CUIDADO DE LA SALUD ESPECIALES Y NECESITO ALGUIEN QUE ME AYUDE?	34
¿QUÉ PASA SI RECIBO UNA FACTURA DEL DOCTOR DE MI HIJO? ¿A QUIÉN LLAMO?	34
¿QUÉ TENGO QUE HACER SI ME MUDA MI HIJO?	35
VUELVA A CERTIFICAR LOS BENEFICIOS DE CHIP DE SU HIJO A TIEMPO	35
¿CUÁLES SON MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES?	35
¿QUÉ SON DIRECTIVAS ANTICIPADAS?	38
ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD	38
¿QUÉ HACE LA ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD POR USTED?	38
¿QUÉ SON LAS GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS?	39
CÓMO TOMAMOS LAS DECISIONES RELACIONADAS CON SU CUIDADO	39
PROCESO DE RECLAMO.....	39
¿QUÉ HAGO SI TENGO UNA QUEJA? ¿A QUIÉN LLAMO?	39
¿ALGUIEN DE AMERIGROUP PUEDE AYUDARME A PRESENTAR UN RECLAMO?	40

¿CUÁNTO LLEVARÁ PROCESAR MI RECLAMO?.....	40
¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS Y LOS PLAZOS PARA PRESENTAR UN RECLAMO?	40
SI NO ESTOY SATISFECHO CON EL RESULTADO, ¿CON QUIÉN MÁS PUEDO COMUNICARME?	40
¿TENGO DERECHO A REUNIRME CON UN COMITÉ DE APELACIÓN DE RECLAMOS?	40
PROCESO PARA APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA (DENEGACIÓN) DE CHIP.....	41
¿QUÉ PUEDO HACER SI EL DOCTOR DE MI HIJO SOLICITA UN SERVICIO O MEDICAMENTO PARA MI HIJO QUE ESTÁ CUBIERTO, PERO AMERIGROUP LO NIEGA O LO LIMITA?.....	41
¿CÓMO ME ENTERARÉ SI DENIEGAN ALGÚN SERVICIO?.....	41
¿CUÁLES SON LOS PLAZOS DEL PROCESO DE APELACIÓN?	41
¿QUÉ ES UNA REVISIÓN DE ESPECIALIDAD?	42
¿CUÁNDO TENGO DERECHO A SOLICITAR UNA APELACIÓN?	42
¿MI SOLICITUD TIENE QUE SER POR ESCRITO?	42
¿ALGUIEN DE AMERIGROUP PUEDE AYUDARME A PRESENTAR UNA APELACIÓN?.....	43
APELACIONES ACELERADAS	43
¿QUÉ ES UNA APELACIÓN ACELERADA?.....	43
¿CÓMO SOLICITO UNA APELACIÓN ACELERADA? ¿MI SOLICITUD TIENE QUE SER POR ESCRITO?	43
¿CUÁLES SON LOS PLAZOS PARA UNA APELACIÓN ACELERADA?	43
¿QUÉ OCURRE SI AMERIGROUP DENIEGA LA SOLICITUD DE APELACIÓN ACELERADA?	43
¿QUIÉN PUEDE AYUDARME A PRESENTAR UNA APELACIÓN ACELERADA?	43
PROCESO DE LA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE	44
¿QUÉ ES UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE?	44
¿PUEDO SOLICITAR UNA REVISIÓN EXTERNA DE UNA IRO ANTES DE AGOTAR EL PROCESO DE APELACIÓN INTERNA DE AMERIGROUP?	44
¿CÓMO SOLICITO UNA REVISIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE?.....	44
¿CUÁLES SON LOS PLAZOS PARA ESTE PROCESO?	46
INFORMACIÓN DE FRAUDE Y ABUSO	46
¿QUIERE DENUNCIAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE?	46
GUÍA DEL MIEMBRO PARA TÉRMINOS DE CUIDADO ADMINISTRADO.....	48
ANEXO A - EVIDENCIA DE COBERTURA Y TABLA DE BENEFICIOS Y EXCLUSIONES.....	51

BIENVENIDO A AMERIGROUP

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE SALUD DE SU HIJO

¡Bienvenido! Amerigroup tiene el compromiso de llevarle a su hijo el cuidado adecuado cerca de su casa. Como miembro de Children's Health Insurance Program (CHIP) o miembros recién nacidos de CHIP Perinatal, el proveedor de cuidado primario de su hijo trabajará con usted para ayudarle a mantener a su hijo saludable. Para buscar doctores y hospitales en su área, visite myamerigroup.com/TX y vaya a la página **Find a Doctor** (Buscar un doctor). También puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Su manual del miembro de Amerigroup

Este manual del miembro le ayudará a entender su plan de salud de Amerigroup. Si tiene preguntas o necesita ayuda para entender o leer su manual del miembro, llame a Servicios para Miembros. Puede solicitar este manual en letras grandes, audio, braille u otro idioma.

Este manual del miembro es para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinatal. Cuando haya diferencias en los beneficios del plan entre miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinatal (como en la sección de copagos), explicaremos esas diferencias. Este manual le ayudará a entender el plan de salud de Amerigroup de su hijo y los beneficios de CHIP que le brindamos. Sus beneficios de Amerigroup son sus beneficios de CHIP más los beneficios de valor agregado adicionales que obtiene su hijo por elegirnos. Las referencias a "usted", "mi" o "yo" aplican si es miembro de CHIP. Las referencias a "mi hijo" aplican si su hijo es un miembro de CHIP o de miembros recién nacidos de CHIP Perinatal.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup

Si tiene alguna pregunta sobre el plan de salud de Amerigroup de su hijo, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. Puede llamarnos de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., hora del Centro; excepto en feriados aprobados por el estado. Si llama después de las 6 p.m. o en un fin de semana o feriado, deje un mensaje de voz. Un representante de Servicios para Miembros lo llamará de vuelta al siguiente día hábil.

Estas son algunas de las cosas con las que le puede ayudar Servicios para Miembros:

- Este manual del miembro
- Tarjetas de identificación de miembro
- Los doctores de su hijo
- Las citas con los doctores incluyendo llamadas de conferencia con usted y el consultorio del doctor
- El transporte
- Los beneficios de cuidado de la salud
- Obtener servicios
- Qué hacer en caso de una emergencia o crisis
- Información de costo compartido
- Bienestar
- Tipos especiales de cuidado de la salud
- Vida sana
- Reclamos y apelaciones de carácter médico
- Derechos y responsabilidades

En el caso de miembros que no hablen inglés, podemos ayudarlos en diversos idiomas y dialectos, incluido el español. Podemos conseguirle un intérprete para las visitas con el doctor de su hijo, sin costo para usted. Infórmenos si necesita un intérprete por lo menos 24 horas antes de su cita. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Si tiene sordera o problemas de audición, llame al 711, y Amerigroup pondrá a su disposición una persona que conozca el lenguaje de señas para que lo ayude durante las visitas al doctor y cubriremos los gastos. Infórmenos si necesita un intérprete por lo menos 24 horas antes de su cita.

Si pide un intérprete menos de 24 horas antes de su cita, aún haremos nuestro mejor esfuerzo para tener un intérprete a su disposición.

Si su hijo tiene una emergencia, llame al 911 o vaya inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si necesita asesoramiento, llame al proveedor de cuidado primario de su hijo o a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas, disponible los siete días de la semana, al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Para recibir cuidado de urgencia, (consulte la sección **¿Qué es el cuidado médico de urgencia?** de este manual), debe llamar al proveedor de cuidado primario de su hijo, incluso por la noche o el fin de semana. Si llama al consultorio del proveedor de cuidado primario cuando está cerrado, deje un mensaje con su nombre y un número de teléfono donde le puedan localizar. Le devolverán la llamada en 30 minutos para indicarle qué hacer. También puede llamarnos para encontrar una clínica de cuidado de urgencia cerca de usted, o a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas disponible los siete días de la semana, al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener asesoramiento en cualquier momento, de día o de noche.

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup

La Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas se encuentra disponible para todos los miembros las 24 horas, los 7 días de la semana. Llámenos a la línea gratuita al **800-600-4441 (TTY 711)** si necesita asesoramiento sobre:

- Qué tan pronto necesita cuidados su hijo
- Qué tipo de cuidados necesita su hijo
- Cómo puede cuidar a su hijo antes de ir al doctor
- Cómo puede obtener cuidados para su hijo

Línea de Servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias

La línea de Servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias se encuentra disponible para los miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana: **800-600-4441 (TTY 711)**. La llamada es gratuita y puede hablar con el personal en inglés o en español. También hay servicios de interpretación disponibles para otros idiomas. Puede llamar a la línea de Servicios de salud del comportamiento y trastorno por el uso de sustancias para obtener ayuda para conseguir los servicios.

Si su hijo tiene una emergencia, llame al 911 o vaya inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Otros números de teléfono importantes

- Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, llame a CHIP al **800-964-2777**.
- Si necesita ponerse en contacto con CHIP para hacer otras preguntas, marque **2-1-1**, elija un idioma y después presione 2.
- Si tiene problemas para surtir las recetas, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al **833-235-2022 (TTY 711)**.
- Si necesita ayuda con el cuidado de la vista, llame a Superior Vision de Texas al **800-428-8789**.
- Si tiene preguntas sobre salud dental, llame al plan dental de CHIP de su hijo:
 - DentaQuest: **800-508-6775**
 - MCNA Dental: **800-494-6262**
 - UnitedHealthcare Dental at **877-901-7321**
- Si tiene preguntas sobre el desarrollo de su hijo, llame a la HHS Office of the Ombudsman al **877-787-8999**.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE AMERIGROUP

¿Cómo es la tarjeta de identificación de Amerigroup de mi hijo?

Si aún no tiene la tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo, la recibirá pronto. Llévela con usted todo el tiempo. Muéstrela a cualquier doctor u hospital que visite. **No tiene que mostrar la tarjeta de identificación de su hijo antes de recibir cuidados de emergencia.** Así es la tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo:



¿Cómo leo y uso la tarjeta de identificación de Amerigroup de mi hijo?

La tarjeta indica a los proveedores y hospitales que su hijo es un miembro de Amerigroup. También indica que Amerigroup pagará los beneficios necesarios por motivos médicos que figuran en la sección **Beneficios para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinatal** de este manual.

En la tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo figuran las cantidades de copago y los números de teléfono importantes que necesita saber.

¿Cómo reemplazo la tarjeta de identificación de Amerigroup de mi hijo en caso de pérdida o robo?

Si pierde o le roban la tarjeta de identificación de su hijo, llame a Amerigroup de inmediato y le enviaremos una nueva. También puede imprimir una tarjeta de identificación nueva desde nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX. Tendrá que registrarse e iniciar sesión en el sitio web para acceder a la información de la tarjeta de identificación de su hijo.

PROVEEDORES DE CUIDADO PRIMARIO PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un proveedor de cuidado primario es el doctor principal que le brinda la mayor parte del cuidado de la salud periódica a su hijo. Su proveedor de cuidado primario debe formar parte del plan de salud de Amerigroup. El proveedor de cuidado primario proporcionará un servicio médico de cabecera. En virtud del servicio médico de cabecera, el doctor de su hijo se familiarizará con él/ella, conocerá su historial médico y lo ayudará a recibir el mejor cuidado posible. El proveedor de cuidado primario también lo enviará a otros doctores, especialistas u hospitales cuando necesite cuidados o servicios especiales.

Cuando se inscribió en Amerigroup, debe haber escogido un proveedor de cuidado primario para su hijo. Si no lo hizo, le asignamos uno. Seleccionamos uno que debe estar localizado cerca de usted. El nombre y número de teléfono del proveedor de cuidado primario figuran en la tarjeta de identificación.

¿Qué tengo que llevar a la cita con el doctor de mi hijo?

Usted debe llevar:

- La tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo.
- Cualquier medicamento que esté tomando su hijo.
- El registro de vacunas de su hijo.
- Cualquier pregunta que quiera hacerle al doctor.

¿Una clínica puede ser mi proveedor de cuidado primario?

Sí, las Clínicas rurales de salud (RHC) y los Centros de salud con acreditación federal (FQHC) en nuestro plan pueden ser proveedores de cuidado primario.

¿Cómo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi hijo?

Puede cambiar su proveedor de cuidado primario de las siguientes maneras:

- Llame a Servicios para Miembros
- Buscando la sección **Tools & Resources (Herramientas y recursos)** en la parte inferior de la página de inicio de nuestro sitio web myamerigroup.com/TX y seleccionando **Change primary care provider (Cambiar proveedor de cuidado primario)**

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

No hay límite en el número de veces que puede cambiar el proveedor de cuidado primario de su hijo. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamándonos gratis al **800-600-4441 (TTY 711)** o escribiendo a la dirección que se encuentra al principio de este manual.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de proveedor de cuidado primario de mi hijo?

Podemos cambiar el proveedor de cuidado primario de su hijo el mismo día que usted solicita el cambio. El cambio comenzará de inmediato. Llame al consultorio del doctor si desea concertar una cita. Si necesita ayuda para eso, llame a Servicios para Miembros. Organizaremos una llamada de conferencia con usted y su doctor. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. También puede iniciar sesión en el sitio web seguro **myamerigroup.com/TX** para enviarnos un correo electrónico, y nosotros nos encargaremos del resto.

¿Existe alguna razón por la cual se puede denegar mi solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario de mi hijo?

No podrá cambiar el doctor de su hijo si:

- El doctor que elige no puede tomar más pacientes.
- El nuevo doctor no está en nuestro plan.

¿Un proveedor de cuidado primario puede derivar a mi hijo a otro proveedor de cuidado primario por incumplimiento?

Su proveedor de cuidado primario puede pedir que su hijo se cambie a otro proveedor de cuidado primario si:

- Usted no sigue las indicaciones médicas del proveedor reiteradamente.
- Su doctor está de acuerdo con que un cambio es lo mejor para su hijo.
- Su doctor no tiene la experiencia adecuada para tratar a su hijo.
- Se le asignó el doctor por error (por ejemplo, se asignó un niño a un doctor que solo trata adultos).

¿Qué pasa si elijo ir a un doctor que no es el proveedor de cuidado primario de mi hijo?

Primero hable con el proveedor de cuidado primario de su hijo acerca del cuidado que necesita de otros doctores. El le puede informar sobre otros doctores en nuestro plan y puede ayudarlo a coordinar todo el cuidado que necesita su hijo.

¿Cómo recibo cuidado de la salud después de que cierra el consultorio del proveedor de cuidado primario de mi hijo? ¿Cómo obtengo cuidados fuera del horario de atención?

Si su hijo necesita cuidado de urgencia después de que cierra el consultorio del proveedor de cuidado primario de su hijo, llame al número de teléfono del proveedor de cuidado primario que figura en su tarjeta de identificación, incluso de noche y durante los fines de semana. Si llama al consultorio del proveedor de cuidado primario cuando está cerrado, deje un mensaje con su nombre y un número de teléfono donde le puedan localizar. Le devolverán la llamada en 30 minutos para indicarle qué hacer.

También puede llamar a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas del día, los 7 días de la semana, para obtener asesoramiento y ayuda para encontrar una clínica de cuidado de urgencia cerca de usted. Para obtener más información acerca del cuidado de urgencia, consulte la sección **¿Qué es el cuidado médico de urgencia?** de este manual.

Si su hijo tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana de inmediato. Si no está seguro de si se trata de una emergencia, lea la sección **¿Qué es el cuidado médico de emergencia?** o llame a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas.

¿Qué ocurre si Amerigroup no tiene un proveedor para uno de mis beneficios cubiertos?

Si su hijo no puede obtener un beneficio cubierto de un proveedor de nuestro plan de salud, arreglaremos que su hijo reciba el servicio de un doctor que no esté en nuestro plan. Le pagaremos al proveedor de acuerdo con las normas del estado. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para coordinar este servicio.

No tiene que llamarnos para obtener cuidado de emergencia de un doctor que no esté en nuestro plan.

PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

Amerigroup no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los servicios médicamente necesarios cubiertos para los miembros. Usted tiene el derecho de saber si el proveedor de cuidado primario (doctor de cabecera) de su hijo participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al **800-600-4441 (TTY 711)** para más información.

CÓMO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Usted puede cambiar de plan de salud:

- Por cualquier motivo dentro de 90 días de inscribirse en CHIP.
- Por motivo justificado en cualquier momento.
- Si usted se muda a un área de servicio diferente.
- Durante su periodo anual de reinscripción en CHIP.

¿A quién llamo?

Para más información, llame gratis a CHIP al **800-964-2777**.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Puede cambiar de plan de salud por cualquier motivo, dentro de los 90 días de inscribirse en CHIP; y por motivo justificado, en cualquier momento. También puede cambiar de plan de salud si usted se muda a un área de servicio diferente y durante su periodo anual de reinscripción en CHIP.

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

Si llama para cambiar el plan de salud de su hijo hasta el 15 del mes, el cambio se llevará a cabo el primer día del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio se producirá el primer día del segundo mes después de ello. Por ejemplo:

- Si llama antes del 15 de abril, el cambio entra en vigor el 1.º de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entra en vigor el 1.º de junio.

¿Amerigroup puede pedir que mi hijo abandone el plan de salud por incumplimiento?

Existen varios motivos por los cuales se podría cancelar su inscripción o sacarlo de Amerigroup. Estos motivos se indican a continuación. Si usted o su hijo han hecho algo que puede llevar a la cancelación de la inscripción, lo contactaremos. Le pediremos que nos diga lo que sucedió.

Se podría cancelar la inscripción de su hijo a Amerigroup si:

- Su hijo ya no es elegible para CHIP.
- Usted permite que otra persona use la tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo.
- Usted o su hijo intenta herir a un proveedor, a un miembro del personal o a un asociado de Amerigroup.
- Usted o su hijo roba o destruye la propiedad del proveedor o de Amerigroup.
- Va a la sala de emergencias, en repetidas ocasiones, cuando su hijo no tiene una emergencia.
- Visita, en repetidas ocasiones, a doctores o centros médicos fuera del plan de Amerigroup.
- Usted o su hijo intenta herir a otros pacientes o dificulta que otros pacientes reciban el cuidado necesario.

Si tiene preguntas sobre la inscripción de su hijo, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

COBERTURA PARA RECIÉN NACIDOS

Si su bebé nace en una familia con un ingreso superior al umbral de elegibilidad de Medicaid, recibirá la misma cobertura que un miembro de CHIP desde el nacimiento. Su bebé tendrá 12 meses de cobertura continua a través de su plan de salud, desde el mes de inscripción en el programa CHIP Perinatal como bebé por nacer. Por ejemplo: si un bebé por nacer se inscribe cuando la madre tiene tres meses de embarazo, el bebé tendrá seis meses de cuidado prenatal y seis meses de beneficios CHIP completos como miembro recién nacido de CHIP Perinate, después del nacimiento.

Los cargos de inscripción y los copagos no se aplican a los miembros recién nacidos de CHIP Perinate, pero se seguirán aplicando para los hermanos inscritos en el programa CHIP. La familia recibirá un formulario de renovación de CHIP al décimo mes de la cobertura de miembros recién nacidos de CHIP Perinate del niño. Para continuar con los beneficios, debe completar y presentar el formulario de renovación.

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

¿Cuáles son los beneficios del programa CHIP o miembros recién nacidos de CHIP Perinate para mi hijo?

La siguiente lista enumera algunos beneficios de cuidado de la salud de su hijo:

- Chequeos regulares y visitas al consultorio
- Medicamentos recetados y vacunas
- Acceso a especialistas médicos y cuidado de salud mental

- Cuidado y servicios hospitalarios
- Suministros médicos, radiografías y pruebas de laboratorio
- Tratamiento para necesidades especiales
- Tratamiento para afecciones preexistentes

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

Para obtener una lista completa de beneficios, consulte **Evidencia de cobertura y Tabla de beneficios y exclusiones** en el **Anexo A** que se encuentra en la parte posterior de este manual.

¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?

El proveedor de cuidado primario de su hijo le proporcionará la mayoría de los cuidados de rutina. Si necesita cuidado especializado u otro cuidado que el proveedor de cuidado primario no puede proporcionarle, él lo remitirá a un especialista o a otro proveedor de su plan. Si tiene preguntas o no está seguro de si ofrecemos un beneficio determinado, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.

¿Hay límites para los servicios cubiertos?

Sí. Los servicios cubiertos deben ser necesarios por motivos médicos y, en algunos casos, deben estar aprobados previamente.

¿Qué es una autorización previa?

Algunos tratamientos, cuidados o servicios pueden requerir nuestra aprobación antes de que el doctor de su hijo pueda brindarlos. Esto se denomina autorización previa. El doctor de su hijo trabajará directamente con nosotros para obtener la autorización. Los siguientes servicios requieren autorización previa:

- La mayoría de las cirugías, incluso algunas cirugías ambulatorias
- Todas las admisiones y los servicios en internación que no sean de urgencia y sean electivos
- Servicios quiroprácticos
- La mayoría de los servicios de salud del comportamiento y para el trastorno por el uso de sustancias (excepto servicios de rutina ambulatorios y de emergencia)
- Ciertas recetas
- Ciertos equipos médicos duraderos, incluso prótesis y órtesis
- Ciertos procedimientos de gastroenterología
- Audífonos digitales
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de hospicio
- Terapia de rehabilitación (terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla)
- Estudios del sueño
- Atención fuera del área o fuera de la red; excepto en una emergencia
- Imagenología avanzada (como angiografía por resonancia magnética MRA, resonancia magnética MRI, tomografía computarizada CT y angiografía por tomografía computarizada CTA)
- Ciertas pruebas y procedimientos para el control del dolor

Esta lista está sujeta a cambios sin aviso previo y no es una lista completa de los beneficios cubiertos

por el plan. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre servicios específicos.

¿Cuáles son los beneficios de miembros recién nacidos de CHIP Perinate? ¿Qué beneficios recibe mi bebé cuando nace?

Si su bebé es elegible como recién nacido de CHIP Perinate, recibirá la misma cobertura que un miembro de CHIP desde el nacimiento. Su bebé tendrá 12 meses de cobertura continua a través de su plan de salud, desde el mes de inscripción en el programa CHIP Perinate como bebé por nacer. Por ejemplo: si un bebé por nacer se inscribe cuando la madre tiene tres meses de embarazo, el bebé tendrá seis meses de cuidado prenatal y seis meses de beneficios de CHIP completos, como miembro recién nacido de CHIP Perinate, después del nacimiento.

¿Qué servicios no están cubiertos?

Para obtener una lista completa de servicios que no están cubiertos, consulte **Evidencia de cobertura y Tabla de beneficios y exclusiones** en el **Anexo A**, en la parte posterior de este manual. Si tiene preguntas sobre los servicios no cubiertos por Amerigroup, comuníquese con Servicios para Miembros.

¿Cuáles son los beneficios de los medicamentos recetados de mi hijo?

Su hijo puede obtener tantas recetas como sean necesarias por motivos médicos. Usamos la lista de medicamentos del Vendor Drug Program (VDP) para que su médico pueda escoger. Algunas recetas pueden tener un copago. Obtenga más información sobre copagos en la sección **¿Qué son los copagos?** de este manual. Algunas recetas necesitarán autorización previa.

Usted puede ir a cualquier farmacia de nuestro plan para que le surtan las recetas. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Qué son los copagos?

Los copagos son la cantidad que debe pagar un miembro por determinados servicios cubiertos por CHIP. Esto también se conoce como costos compartidos: el miembro comparte el costo de algunos servicios. Las cantidades se basan en los ingresos familiares y el tipo de servicio.

Estos servicios no tienen copagos:

- Consulta de control del niño o el bebé y vacunaciones (vacunas)
- Cuidado preventivo
- Servicios relacionados con el embarazo
- Visita al consultorio por salud mental o trastorno por el uso de sustancias
- Servicio de tratamiento residencial por salud mental o trastorno por el uso de sustancias

La tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo enumera las cantidades de copago para su hijo. Cuando visite a un médico o le surtan una receta, muestre la tarjeta de identificación del miembro de su hijo. No tiene que mostrar la tarjeta de identificación del miembro de su hijo para recibir atención de emergencia. Si el costo de un servicio cubierto es menor que la cantidad de copago, usted no pagará nada más que el costo del servicio cubierto.

¿Cuánto cuestan y cuándo debo pagarlos?

La siguiente tabla muestra el programa de copagos, o los costos compartidos de CHIP, de acuerdo con los ingresos familiares y el tipo de servicio. Usted debe pagar la cantidad de copago al momento de recibir los servicios.

Tenga en cuenta: Los cargos de inscripción y los copagos no se aplican a miembros de CHIP Perinate Newborn y de CHIP que son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Si su hijo es indígena estadounidense o nativo de Alaska y en la tarjeta de identificación del miembro figuran requisitos de copago, llame a Servicios para Miembros para obtener una nueva tarjeta de identificación del miembro con la información correcta.

Nivel federal de pobreza	Cantidades de copago					Límites anuales de costos compartidos /copago
	Visitas al consultorio (no preventivas)	Visitas a la ER que no sean de emergencia	Estadía en centro, hospitalización (por admisión)	Medicamentos genéricos recetados	Medicamentos de marca recetados	
En o por debajo del 151%	\$5*	\$5	\$35*	\$0	\$5	5% del límite de los ingresos brutos anuales familiares
Por encima del 151%, hasta e incluyendo el 186%	\$20*	\$75	\$75*	\$10	\$25 para insulina, \$35 para todos los demás medicamentos**	5% del límite de los ingresos brutos anuales familiares
Por encima del 186%, hasta e incluyendo el 201%	\$25*	\$75	\$125*	\$10	\$25 para insulina, \$35 para todos los demás medicamentos**	5% del límite de los ingresos brutos anuales familiares
<p>* No hay cantidad de copago adeudado para una visita al consultorio o servicio de tratamiento residencial de salud mental o trastorno por el uso de sustancias.</p> <p>** Los copagos para insulina no pueden exceder \$25 por receta para un suministro para 30 días.</p>						

¿Qué son los topes de costos compartidos de CHIP?

La guía para miembros que recibió de CHIP cuando se inscribió incluye un formulario que debe usar para controlar los gastos de CHIP. Para asegurarse de no exceder su límite de costos compartidos, lleve un registro de sus gastos relacionados con CHIP en este formulario. En la carta de bienvenida del paquete de inscripción, se le informa exactamente cuánto debe gastar antes de ser elegible para devolver el formulario a CHIP por correo. Si extravió su carta de bienvenida, llame a CHIP al **800-964-2777**, y le dirán cuál es su límite de costo compartido anual.

Cuando alcance el tope anual, envíe el formulario a CHIP, y ellos notificarán a Amerigroup. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro. Esta nueva tarjeta indicará que no debe hacer copagos cuando su hijo obtiene servicios por el resto del año.

¿Cuándo obtendrá una explicación de beneficios?

En ocasiones, deberá pagarle a un proveedor todo o parte del costo de un servicio que recibe su hijo. También puede tener que pagar parte del costo de un medicamento recetado. Esto sucederá si debe un copago. También deberá pagarle a un proveedor por servicios que recibe su hijo y que no son beneficios incluidos en CHIP.

Le enviamos una Explicación de Beneficios (EOB) solamente si el servicio no es un beneficio de CHIP. La EOB le indicará cuánto le debe al proveedor. Allí se le explicará porqué le debe un pago al proveedor. También le diremos al proveedor cuánto le debe. Deberá pagarle directamente al proveedor.

No recibirá una EOB si solamente tiene que pagar un copago. Esto es porque debe pagarse un copago en el momento en que ve al proveedor o que obtiene la receta.

¿Qué beneficios adicionales obtiene mi hijo como miembro de Amerigroup?

¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo?

Amerigroup otorga a su hijo beneficios adicionales solamente por ser nuestro miembro. Estos beneficios adicionales tienen por objeto marcar una diferencia en la vida de su hijo. Entregamos estos beneficios a su hijo para ayudarlo a que se mantenga sano y para agradecerle a usted por elegir a Amerigroup como plan de cuidado de la salud de su hijo. En la tabla a continuación, se explica cómo puede obtener estos beneficios adicionales. Llame a Servicios para Miembros para conocer más acerca de estos beneficios adicionales o visite nuestro sitio web myamerigroup.com/TX.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Tarjeta de regalo de Healthy Rewards por completar estas actividades saludables: <ul style="list-style-type: none">• \$120 por completar 6 chequeos de niño sano según el programa recomendado de la American Academy of Pediatrics para niños en edades de 0 a 15 meses (vea la sección de Chequeos de niño sano para niños de este	Para recibir una recompensa: <ul style="list-style-type: none">• Ingrese al programa Healthy Rewards dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Amerigroup.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>manual)</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por consulta para chequeos de niño sano a los 18, 24 o 30 meses • \$20 cada año por completar chequeos de niño sano, para niños de 3 a 18 años • \$20 por ponerse una serie completa de las vacunaciones contra el rotavirus (inyecciones u otro tipo de vacuna) (2 a 3 consultas en días distintos dependiendo del tipo de vacuna), para niños de 42 días hasta 24 meses • \$25 para una miembro que se haga un chequeo prenatal en el primer trimestre de embarazo o dentro de los 42 días de ingresar al plan médico • \$50 para una miembro que se haga un chequeo después del parto en un periodo de 7 a 84 días después de dar a luz • \$20 para miembros con un diagnóstico reciente de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que tengan una consulta de seguimiento con su profesional que receta en un plazo de 30 días después de comenzar su tratamiento con medicamentos, para miembros de 6 a 12 años • \$20 por tener una consulta ambulatoria de seguimiento con un proveedor de salud conductual dentro de 7 días del alta del hospital por una estadía de salud conductual, hasta 4 veces por año • \$20 por ponerse una serie completa de la vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano) (2 vacunas por lo menos 146 días aparte o 3 vacunas en días distintos), para miembros de 9 a 13 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Su proveedor informará la mayoría de las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su consulta. • Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad. <p>Para ingresar al programa Healthy Rewards o encontrar información sobre el programa y las recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o • Llame a la Línea del Servicio de Atención al Cliente de Healthy Rewards al 888-990-8681 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro
<p>Asignación de tarjeta de regalo de Healthy Rewards para productos de venta libre por completar estas actividades saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por ponerse una serie completa de vacunas contra la gripe (influenza) (2 vacunas en días distintos), para niños de 6 meses hasta 24 meses • \$20 cada año por ponerse una vacuna contra la gripe, para miembros de 3 años en 	<p>Para recibir una recompensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese al programa Healthy Rewards dentro de los 30 días después de completar una actividad saludable elegible mientras es miembro de Amerigroup. • Su proveedor informará las actividades saludables enviando una reclamación dentro de los 95 días de su consulta.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>adelante</p> <p>Excluye cualquier producto cubierto por los beneficios de CHIP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si no ha recibido una recompensa, debe solicitarla dentro de los 6 meses después de la fecha de su actividad. <p>Para ingresar al programa Healthy Rewards o encontrar información sobre el programa y las recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o • Llame a la Línea del Servicio de Atención al Cliente de Healthy Rewards al 888-990-8681 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 7 p.m. hora del Centro
<p>Salud emocional en línea: sitio web seguro y herramientas móviles que puede usar las 24 horas, los 7 días de la semana para ayudar a mejorar su salud emocional</p>	<p>Acceda a los recursos para el bienestar emocional, organizados por Learn to Live, ingresando en learntolive.com/welcome/TXAmerigroup. Escriba TXAmerigroup en el campo del código y haga clic en “enviar” (submit). Luego, ingrese su número de identificación del miembro.</p> <p>Para miembros de 13 años en adelante.</p>
<p>Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas: hay enfermeros disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para sus preguntas de atención de la salud</p>	<p>Llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
<p>Ayuda para conseguir traslados para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al médico para miembros que tienen enfermedades crónicas • Clases sobre embarazo, parto o recién nacidos para miembros embarazadas • Oficinas del programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) • Reuniones del Grupo asesor de miembros 	<p>Llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p> <p>Para traslados a las oficinas de WIC y a reuniones del Grupo asesor de miembros, cada miembro puede obtener un traslado por mes, con hasta 12 traslados cada año.</p>
<p>Hasta \$100 para una membresía básica en el Boys & Girls Club para miembros de 6 a 18 años, sujeto a disponibilidad (\$50 por semestre)</p>	<p>Vaya a su Boys & Girls Club local.</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
<p>Un examen físico para deportes o escolar cada año para miembros de 4 a 18 años</p>	<p>Vea a su proveedor de atención primaria.</p> <p>Un enfermero practicante o asistente médico que sea proveedor de atención primaria puede hacerle a su hijo el examen físico para deportes o la escuela.</p>
<p>Kit de primeros auxilios y un plan personal para desastres (1 kit por miembro de por vida)</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
<p>Programa Taking Care of Baby and Me® (Cuidando de Mí y de Mi Bebé): ayuda a las miembros embarazadas, madres primerizas y a sus bebés a estar y mantenerse saludables.</p> <p>Las miembros embarazadas recibirán materiales educativos para el embarazo, posparto y el recién nacido para ayudarlas a aprender acerca del cuidado para el embarazo y posparto. Esto incluye la importancia de las visitas prenatales y continuas al médico.</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>
<p>Teléfono celular/teléfono inteligente gratuito a través del programa Lifeline con minutos mensuales, Internet y mensajes de texto. Si califica, también recibirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamadas ilimitadas a Servicios para Miembros y defensores del miembro para llamadas hechas mediante Servicios para Miembros. • 200 minutos de bonificación al ingresar. • 100 minutos de bonificación para su cumpleaños. 	<p>Llame al 800-600-4441 (TTY 711) o vaya a myamerigroup.com/TX para obtener más información.</p> <p>Los minutos de bonificación por cumpleaños comienzan el mes después de ingresar.</p> <p>Para ver si usted califica para el programa federal Lifeline Assistance, vaya a safelinkwireless.com y llene la solicitud.</p>
<p>Funda de almohada libre de alergias (1 por año) para miembros que han sido diagnosticados con asma y participan en un programa de administración de enfermedades o casos</p>	<p>Inicie sesión en su cuenta en myamerigroup.com/TX para acceder al Benefit Reward Hub (Centro de recompensas de beneficios) desde la página Benefits (Beneficios) o llame al 800-600-4441 (TTY 711).</p>

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Ayuda con el control del peso mediante un programa con acceso en línea las 24 horas, los 7 días de la semana a recursos, herramientas y actividades sobre meriendas saludables, control de porciones, metas de peso, calorías adicionales y consejos para ejercicios	Acceda a la plataforma de la Biblioteca CommonGround iniciando sesión en su cuenta segura en myamerigroup.com/TX . Para miembros de 13 años en adelante.
Programa para el embarazo y la paternidad temprana en línea las 24 horas, los 7 días de la semana, a través del sitio web o la aplicación móvil para brindar apoyo a los padres futuros o recientes	Acceda a la plataforma de la Biblioteca CommonGround iniciando sesión en su cuenta segura en myamerigroup.com/TX . Para miembros de 13 años en adelante.
Programa Dejar el hábito para adolescentes: un programa interactivo basado en mensajería de texto que ayuda a jóvenes de entre 13 y 17 años a dejar de vapear o usar cigarrillos electrónicos. El programa se enfoca en brindar consejería en línea por hasta 12 semanas.	Envíe un mensaje de texto con la palabra VAPEOUTTX al 88709 para inscribirse.
Directorio en línea de recursos para servicios sociales con el fin de ayudar a ubicar apoyos comunitarios tales como servicios de alimentos y nutrición, vivienda, educación y empleo	Para encontrar servicios cerca de usted, visite myamerigroup.com/TX y seleccione Community Support (Ayuda comunitaria) bajo <i>Get Help (Obtener ayuda)</i> .

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece Amerigroup?

Trabajamos para ayudarlo a mantenerse sano con eventos educativos que realizamos en su área y ayudándolo a encontrar programas de educación sobre la salud comunitarios cerca de usted. Estos eventos y programas comunitarios pueden incluir:

- Servicios de Amerigroup y cómo obtenerlos.
- Nacimiento.
- Cuidado del bebé.
- Ser padres.
- Embarazo.
- Técnicas para dejar de fumar.
- Protección personal contra la violencia.
- Otras clases o eventos sobre temas de salud.

Para obtener información sobre eventos en su área, consulte la página **Community Support (Ayuda comunitaria)** en **myamerigroup.com/TX** bajo la pestaña Get Help (Obtener ayuda). Para obtener ayuda para encontrar un programa comunitario, llame a Servicios para Miembros o marque **2-1-1**. Tenga en cuenta que algunas organizaciones comunitarias pueden cobrar una tarifa por sus programas.

¿Qué es Administración de enfermedades?

Administración de enfermedades

Un programa de Administración de enfermedades (DM) puede ayudarle a sacar mejor provecho de la vida. Como parte de sus beneficios de Amerigroup estamos a su disposición para ayudarle a aprender más acerca de su salud, teniéndolo en cuenta a usted y sus necesidades en cada paso.

Nuestro equipo incluye enfermeras certificadas llamadas administradoras de casos de DM. Ellas le ayudarán a aprender cómo manejar mejor su condición o problema de salud. Usted puede elegir ingresar a un programa de DM sin costo para usted.

¿Qué programas ofrecemos?

Puede ingresar a un programa de Administración de enfermedades para recibir cuidado de la salud y servicios de apoyo en caso de tener una de estas condiciones:

- Asma
- Trastorno bipolar
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Insuficiencia cardiaca congestiva (CHF)
- Enfermedad arterial coronaria (CAD)
- Diabetes
- HIV/AIDS
- Hipertensión
- Trastorno depresivo grave – adultos
- Trastorno depresivo grave – niños y adolescentes
- Esquizofrenia
- Trastorno por el uso de sustancias

Cómo funciona

Cuando usted ingresa a uno de nuestros programas de DM, un administrador de casos de DM hará lo siguiente:

- Le ayudará a crear metas de salud y hacer un plan para lograrlas.
- Lo orientará y le dará apoyo mediante llamadas telefónicas personalizadas.
- Controlará su progreso.
- Le dará información sobre apoyo local y cuidadores.
- Responderá preguntas sobre su condición y/o plan de tratamiento (formas de ayudar con problemas de salud).
- Le enviará materiales para aprender acerca de su condición, su salud en general y bienestar.
- Coordinará su cuidado con sus proveedores de cuidado de la salud, como ayudarle con:
 - Hacer citas.
 - Llegar a sus visitas al proveedor de cuidado de la salud.
 - Referirlo a especialistas en nuestro plan de salud, de ser necesario.
 - Conseguir cualquier equipo médico que pueda necesitar.
- Ofrecer materiales educativos y herramientas para el control de peso y dejar de usar tabaco (cómo dejar de usar tabaco como dejar de fumar).

Nuestro equipo de DM y su proveedor de cuidado primario están a su disposición para ayudarle con sus necesidades de cuidado de la salud.

Cómo ingresar

Le enviaremos a su hijo una carta dándole la bienvenida a un programa de DM, si su hijo califica. O llámenos a la línea gratuita al **888-830-4300 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local.

Cuando llame:

- Ubicaremos a su hijo con un administrador de casos de DM para dar los primeros pasos.
- Le haremos algunas preguntas acerca de la salud de su hijo.
- Comenzaremos a trabajar en conjunto para crear el plan de su hijo.

También enviarnos un correo electrónico a dmsself-referral@amerigroup.com.

Sepa que los correos electrónicos enviados por la internet son usualmente seguros, pero existe cierto riesgo de que terceros puedan acceder (o conseguir) estos correos electrónicos sin que usted lo sepa. Al enviar su información por correo electrónico, usted acepta (o sabe, entiende) que terceros tal vez accedan a estos correos electrónicos sin que usted lo sepa.

Usted puede elegir excluirse (sacaremos a su hijo del programa) en cualquier momento. Llámenos a la línea gratuita al **888-830-4300 (TTY 711)** de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local de lunes a viernes para ser excluido. También puede llamar a este número para dejar un mensaje privado para su administrador de casos de DM las 24 horas del día.

Números telefónicos útiles

En una emergencia, llame al **911**.

Administración de enfermedades

Línea gratuita: **888-830-4300 (TTY 711)**

De lunes a viernes

De 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local

Deje un mensaje privado para su administrador de casos las 24 horas del día.

Después el horario de atención regular:

Llame a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas del día, los 7 días de la semana

800-600-4441 (TTY 711)

Derechos y responsabilidades de administración de enfermedades

Al ingresar a un programa de Administración de enfermedades, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener detalles acerca de nosotros, tales como:
 - Los programas y servicios que ofrecemos.
 - Nuestro personal y sus calificaciones (habilidades o educación).
 - Cualquier relación contractual (tratos que tenemos con otras compañías).
- Excluirse de servicios de DM.
- Saber cuál administrador de casos de DM está manejando sus servicios de DM y cómo pedir un cambio.

- Obtener apoyo de nosotros para tomar decisiones de cuidado de la salud con sus proveedores de cuidado de la salud.
- Preguntar sobre todas las opciones de tratamiento relacionadas con DM (opciones de formas para mejorar) mencionadas en las pautas clínicas (incluso si un tratamiento no es parte de los beneficios de su plan de salud) y hablar acerca de las opciones con los proveedores de cuidado de la salud tratantes.
- Que sus datos personales y su información médica se mantengan en privado.
- Saber quién tiene acceso a su información y cómo nos aseguramos de que su información permanezca, segura, privada y confidencial.
- Recibir tratamiento cortés y respetuoso de parte de nuestro personal.
- Recibir información que sea clara y fácil de entender.
- Presentarle reclamos a Amerigroup llamando a la línea gratuita al **888-830-4300 (TTY 711)**, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. hora local de lunes a viernes y:
 - Recibir ayuda sobre cómo usar el proceso de reclamo.
 - Saber cuánto tiempo tiene Amerigroup para responder y resolver asuntos de calidad y reclamos.
 - Darnos comentarios acerca del programa de Administración de enfermedades.

Usted también tiene la responsabilidad de:

- Seguir el plan de cuidado acordado por usted y su administrador de casos de DM.
- Brindarnos la información que necesitamos para llevar a cabo nuestros servicios.
- Decirnos a nosotros y a sus proveedores de cuidado de la salud de su si decide excluirse (abandonar el programa).

El programa de Administración de enfermedades no mercadea productos o servicios de compañías externas a nuestros miembros. El programa de DM no posee o se beneficia de compañías externas sobre los bienes y servicios que ofrecemos.

¿Qué es un miembro con necesidades especiales de cuidado de la salud (MSHCN)?

Un miembro con necesidades especiales de cuidado de la salud (MSHCN) es aquel que:

- Está padeciendo una enfermedad grave, tiene una afección crónica o compleja, o una discapacidad que probablemente durará un largo periodo.
- Requiere tratamiento y evaluación regulares y continuos para la afección por parte de personal de cuidado de la salud apropiado.

Ejemplos son:

- Miembros diagnosticados con enfermedades respiratorias (tales como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), asma crónica o fibrosis quística), diabetes, enfermedad cardiaca, enfermedad renal, virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) o del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS).
- Niños miembros que reciben servicios de terapia continua, que pueden incluir terapia física, terapia del habla o terapia ocupacional (como por más de seis meses).

- Miembros que reciben servicios de cuidado personal, servicios privados de enfermería o servicios de Centro de cuidado ampliado pediátrico recetado.

MSHN también incluye lo siguiente:

- Participantes del programa de intervención a edad temprana (ECI).
- Mujeres embarazadas que tienen un embarazo de alto riesgo incluyendo:
 - Tienen de 35 años en adelante o 15 años o menos
 - Tienen diagnóstico de preeclampsia, presión arterial alta o diabetes
 - Tienen diagnóstico de trastornos de salud mental o uso de sustancias
 - Tienen un parto prematuro anterior, según lo identifica el informe de riesgo perinatal
- Personas que tienen una enfermedad mental con trastorno por el uso de sustancias.
- Personas que tienen problemas de salud del comportamiento, incluyendo trastornos por el uso de sustancias o trastorno emocional grave (SED) o enfermedad mental persistente y graves (SPMI), que afecta su salud física y su capacidad para seguir planes de tratamiento.
- Miembros con casos catastróficos de alto costo o alta utilización de servicios tales como alto volumen de visitas a la sala de emergencias o al hospital.

Disponemos de un sistema para identificar y ponernos en contacto con MSHCN. También puede solicitar una evaluación para determinar si su hijo cumple con los criterios de un MSHCN.

¿Qué es coordinación de servicios para miembros con necesidades de cuidado médico especiales? ¿Cómo puedo obtener coordinación de servicios para mi hijo?

Llamamos coordinación de servicios para MSHCN al trabajo que hace usted junto con un coordinador de servicios que le ayuda a obtener cuidados y servicios cubiertos para tratar una condición médica. Un coordinador de servicios calificado trabajará con usted para desarrollar un plan de servicio y asegurar que todos los cuidados y servicios de su hijo funcionen en conjunto. Su coordinador de servicios trabajará con usted y el médico de su hijo para asegurar que reciba el cuidado y los servicios que su hijo necesita. También puede tener un especialista que actúe como el proveedor de atención primaria de su hijo.

¿Qué hará por mí hijo un coordinador de servicios?

Le ayudará a obtener los servicios que su hijo necesita de esta manera:

- Identificará las necesidades de cuidado de salud de su hijo a través de una evaluación.
- Creará un plan de servicios para satisfacer esas necesidades.
- Analizará el plan con usted, su familia y su representante (si fuese necesario) para asegurar que usted lo entienda y lo acepte.
- Le ayudará a recibir los servicios necesarios.
- Trabjará en equipo con usted y los médicos de su hijo.
- Garantizará que todos los cuidados de salud y otros servicios que pueda obtener fuera de Amerigroup estén coordinados.

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

No necesita una referido de un médico para hablar con un coordinador de servicios. Llame a

Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** y solicite hablar con uno. Los coordinadores de servicios están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Si no hay uno disponible, puede dejar un mensaje de voz confidencial.

¿Qué es la administración de casos?

Si su hijo no reúne los requisitos para la coordinación de servicios de MSHCN, también contamos con un programa de administración de casos.

A través de este programa, contamos con administradores de casos que pueden ayudarle a manejar los eventos críticos y los problemas de salud que pueden prolongarse por un tiempo. Un administrador de casos le ayudará a manejar las necesidades de cuidado de salud de su hijo. Para comunicarse con un administrador de casos, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** y solicite hablar con uno. Están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local. Si necesita dejar un mensaje, tienen un correo de voz confidencial disponible las 24 horas del día. Puede cancelar (abandonar) su inscripción en este programa, en cualquier momento.

CUIDADO DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATE

¿Qué significa necesario por motivos médicos?

Los servicios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate tienen que ajustarse a la definición de “medicamente necesario” de CHIP. **Medicamente necesario** significa:

Servicios de atención médica no relacionados con la salud del comportamiento que:

- Son razonables y se necesitan para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o tratar padecimientos médicos que provocan dolor o sufrimiento, causan deformidades físicas o limitación de alguna función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, provocan enfermedad o ponen en riesgo la vida del miembro.
- Se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro.
- Cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno.
- Son consecuentes con el diagnóstico del miembro.
- Son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficacia.
- No son experimentales ni de estudio.
- No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

Servicios de salud mental y abuso de sustancias que:

- Son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren.
- Cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental.
- Se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo donde se puedan brindar los servicios sin ningún riesgo.
- Se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos.
- No se pueden negar sin verse afectada negativamente la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada.
- No son experimentales ni de estudio.
- No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

Si tiene preguntas sobre una autorización, una solicitud de servicios o una denegación de servicios, puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?

El director médico de Amerigroup y nuestros prestadores analizan los avances en la tecnología médica y las nuevas formas de utilizar tecnología médica existente. Analizamos avances en:

- Procedimientos médicos.
- Procedimientos de salud del comportamiento.
- Medicamentos.
- Dispositivos.

Revisamos información científica y aprobaciones del gobierno para averiguar si el tratamiento funciona y es seguro. Consideraremos la cobertura de nueva tecnología solo si la tecnología ofrece resultados iguales o mejores que el tratamiento o terapia cubierta existente.

¿Qué es el cuidado médico de rutina?

El cuidado de rutina incluye chequeos regulares, cuidado y tratamientos preventivos para lesiones y enfermedades menores. Su hijo visita a un proveedor de cuidado primario cuando no se siente bien, pero eso es solo una parte del trabajo del proveedor de cuidado primario. El proveedor de cuidado primario cuida a su hijo antes de que se enferme. Esto se conoce como cuidado de bienestar.

¿Con qué frecuencia puedo esperar que vean a mi hijo?

Su hijo debe poder ver a su proveedor de cuidado primario en un lapso de dos semanas para cuidados de rutina.

¿Qué es el cuidado médico de urgencia?

Otro tipo de cuidado es **el cuidado de urgencia**. Hay algunas enfermedades y lesiones que probablemente no son emergencias, pero se pueden convertir en emergencias si no se tratan en un plazo de 24 horas. Estos son algunos ejemplos:

- Quemaduras o cortes menores.
- Dolor de oídos.
- Dolor de garganta.
- Esguince/distensión muscular.

¿Qué debo hacer si mi hijo necesita cuidado médico de urgencia?

Para recibir cuidados de urgencia, debe llamar al consultorio del proveedor de cuidado primario de su hijo, incluso por la noche o el fin de semana. El proveedor de cuidado primario le indicará qué hacer. En algunos casos, le pueden decir que vaya a una clínica de cuidados de urgencia. Si el proveedor de cuidado primario le dice que vaya a una clínica de cuidados de urgencia, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que trabaje con CHIP de Amerigroup. Para obtener ayuda, llame a la línea gratuita al **800-600-4441 (TTY 711)**. También puede llamar a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas, al mismo número, para recibir ayuda sobre cómo obtener el cuidado que necesita.

¿Con qué frecuencia puedo esperar que vean a mi hijo?

Su hijo debería poder ver a su proveedor de cuidado primario en un plazo de 24 horas para una cita de atención urgente. Si el proveedor de cuidado primario de su hijo le dice que vaya a una clínica de cuidados de urgencia, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Debe usar una clínica de cuidado de urgencia que acepte CHIP de Amerigroup.

¿Qué es el cuidado médico de emergencia?

Además del cuidado de rutina y de urgencia, el tercer tipo de cuidado es el **cuidado de emergencia**. Si necesita ayuda para decidir si tiene que ir a la sala de emergencia, llame a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas. Lo más importante es obtener cuidado médico lo antes posible.

¿Qué son una emergencia, un padecimiento médico de emergencia y un padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia?

La atención de emergencia es un servicio cubierto. Se presta la atención de emergencia para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia. Un “padecimiento médico de emergencia” se caracteriza por síntomas repentinos y agudos de tal severidad (inclusive dolor muy fuerte) que una persona que tenga conocimientos promedio de la salud y la medicina podría deducir de manera razonable que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

- Poner en grave peligro la salud del miembro.
- Ocasionar problemas graves en las funciones corporales.
- Ocasionar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- Sufrir desfiguración grave, o

- En el caso de una mujer embarazada que es miembro de CHIP, poner en grave peligro la salud del miembro de CHIP o del niño por nacer.

“Padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia” significa cualquier padecimiento (sin importar la naturaleza o causa del padecimiento), que, según la opinión de una persona con conocimientos promedio de la salud y la medicina:

- Requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría presentar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas, o
- Hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

¿Qué son servicios de emergencia o atención de emergencia?

“Servicios de emergencia” y “atención de emergencia” significan los servicios de atención médica que se prestan dentro o fuera de la red de los doctores, los proveedores o el personal del departamento de emergencias de un hospital, institución independiente o un centro comparable, para evaluar y estabilizar padecimientos médicos o de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen exámenes de detección u otras evaluaciones exigidos por leyes estatales o federales, que sean necesarios para determinar si existe un padecimiento médico, de salud mental o de abuso de sustancias de emergencia.

Debe llamar al proveedor de cuidado primario de su hijo dentro de un plazo de 24 horas después de acudir a la sala de emergencias. Si no puede llamar, pida a otra persona que lo haga. El proveedor de cuidado primario de su hijo le dará o coordinará cualquier cuidado de seguimiento que necesite.

¿Con qué frecuencia puedo esperar que vean a mi hijo?

Su hijo debe poder ver a su doctor inmediatamente para obtener cuidado de emergencia.

¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Qué es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por CHIP que mantienen al miembro en una condición estable después de recibir atención médica de emergencia.

¿Con qué frecuencia puede ver mi hijo a un doctor?

Sabemos lo importante que es que su hijo visite a su doctor. Trabajamos con los proveedores de nuestro plan para asegurarnos de que nuestros miembros puedan ver a un doctor cuando lo necesiten. Nuestros proveedores deben seguir los estándares de acceso que se indican

a continuación.

Tipo de cuidado	Amerigroup
Servicios de emergencia	Apenas llegue del proveedor para recibir cuidado
Cuidado de urgencia	Dentro de 24 horas desde la solicitud
Cuidado primario de rutina	Dentro de 14 días desde la solicitud
Cuidado de especialidad de rutina	Dentro de 3 semanas desde la solicitud
Visita de seguimiento de cuidado primario después de una visita a la sala de emergencias o un alta hospitalaria	Dentro de 14 días de la visita o del alta
Cuidado fuera del horario normal	Los proveedores de cuidado primario están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, directamente o a través de un servicio de contestador automático. Consulte la sección ¿Cómo obtiene mi hijo cuidado médico fuera del horario normal? de este manual.
Salud preventiva	
Chequeos para niños de 6 meses y mayores	Dentro de 60 días desde la solicitud
Chequeos para niños menores de 6 meses	Dentro de 14 días desde la solicitud
Cuidado prenatal	
Visita inicial	Dentro de 14 días desde la solicitud
Visita inicial por alto riesgo o tercer trimestre	Dentro de 5 días desde la solicitud o de inmediato si es una emergencia
Después de la visita inicial	Según el plan de tratamiento del proveedor
Salud del comportamiento	
Emergencia que no amenaza la vida	Dentro de 6 horas desde la solicitud
Cuidado de urgencia	Dentro de 24 horas desde la solicitud
Visita inicial para cuidado de rutina	Dentro de 10 días hábiles o 14 días calendario desde la solicitud, lo que ocurra antes
Visita de seguimiento para cuidado de rutina	Dentro de 3 semanas desde la solicitud
Visita de seguimiento después de una hospitalización	Dentro de 7 días del alta

Debe llamar al proveedor de cuidado primario de su hijo dentro de 24 horas después de su visita a la sala de emergencias. El proveedor de cuidado primario de su hijo le dará o coordinará cualquier cuidado de seguimiento necesario.

¿Cómo obtiene mi hijo cuidado médico fuera del horario normal?

Salvo en el caso de una emergencia (consulte las secciones anteriores), siempre debe llamar primero al proveedor de cuidado primario de su hijo antes de que reciba cuidado médico. La

ayuda del proveedor de cuidado primario de su hijo está disponible las 24 horas del día. Si llama al consultorio del proveedor de cuidado primario cuando está cerrado, deje un mensaje con su nombre y número de teléfono donde lo puedan localizar. Le devolverán la llamada en 30 minutos para indicarle qué hacer. También puede llamar a nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas para hablar con un enfermero en cualquier momento.

Si cree que su hijo necesita cuidado de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana de inmediato. Consulte la sección **¿Qué es el cuidado médico de emergencia?** de este manual para decidir si su hijo necesita cuidado de emergencia.

¿Qué hago si mi hijo nos enfermamos cuando estamos fuera de la ciudad o de viaje?

Si su hijo necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al **800-600-4441 (TTY 711)** y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si su hijo necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Qué hago si mi hijo está fuera del estado?

Si se encuentra fuera de Texas y necesita cuidado médico, llámenos a la línea gratuita, al **800-600-4441 (TTY 711)**. Si necesita cuidado de emergencia, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al 911.

¿Qué hago si mi hijo está fuera del país?

CHIP no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué hago si mi hijo necesita ver a un doctor especial (especialista)?

El proveedor de cuidado primario de su hijo puede ocuparse de la mayoría de sus necesidades de cuidado de salud, pero su hijo, en ocasiones, puede necesitar cuidado de otros tipos de doctores. Estos doctores se denominan especialistas porque están capacitados en un área especial de la medicina.

Ejemplos de especialistas:

- Alergistas (doctores que tratan alergias)
- Dermatólogos (doctores de la piel)
- Cardiólogos (doctores del corazón)
- Podiatras (doctores de los pies)
- Oncólogos (doctores de cáncer)

Cubrimos servicios de muchos tipos de doctores diferentes que ofrecen cuidados especializados. Si el proveedor de cuidado primario de su hijo no puede proporcionarle el cuidado necesario, puede indicarle los especialistas en nuestro plan.

¿Qué es un referido?

Un referido es cuando el proveedor de cuidado primario de su hijo lo envía a otro doctor o servicio para que lo atiendan. El proveedor de cuidado primario puede referir a su hijo a un especialista en nuestro plan si no puede brindarle a su hijo el cuidado necesario.

¿Qué servicios no necesitan un referido?

Usted no necesita un referido del proveedor de cuidado primario de su hijo para obtener los cuidados necesarios de proveedores en nuestro plan. Siempre es mejor hablar primero con su proveedor de cuidado primario acerca de cualquier cuidado adicional que necesita su hijo. Su proveedor de cuidado primario puede darle información acerca de otros doctores en nuestro plan y ayudarlo a coordinar todo el cuidado que su hijo recibe.

¿Con qué frecuencia puedo esperar que un especialista vea a mi hijo?

Su hijo podrá ver a un especialista dentro de las tres semanas desde que llamó al consultorio del especialista.

¿Cómo puedo pedir una segunda opinión?

Tiene derecho a pedir una segunda opinión sobre los servicios de cuidado de la salud que necesita su hijo. Esto no tiene costo para usted. Puede obtener una segunda opinión de un proveedor de nuestro plan. Si no hay disponible un proveedor de nuestro plan para pedirle una segunda opinión, el proveedor de cuidado primario de su hijo puede presentar una solicitud para que autoricemos una visita a un proveedor que no forme parte de nuestro plan.

¿Cómo obtengo ayuda si mi hijo tiene problemas de salud mental, alcohol o drogas?

A veces, el estrés de la vida puede causar depresión, ansiedad, problemas familiares, o llevar al abuso del alcohol y de las drogas. Si su hijo está experimentando estos tipos de problemas, tenemos doctores que lo pueden ayudar. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para encontrar un doctor que ayudará a su hijo. Todos los servicios y tratamientos son estrictamente confidenciales.

¿Necesito un referido para esto?

No necesita un referido del proveedor de cuidado primario de su hijo para obtener ayuda con problemas de salud mental, alcohol o drogas.

¿Qué tengo que hacer para que me surtan las recetas de mi hijo?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez enviará la receta a la farmacia.

Las exclusiones son, entre otras: medicamentos anticonceptivos recetados solo para propósitos de la prevención de embarazo y medicamentos para aumentar o bajar de peso.

Es posible que tenga que hacer un copago por cada receta surtida, según sus ingresos. No hay copagos obligatorios para los miembros recién nacidos de CHIP Perinate.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Para encontrar una farmacia que acepte nuestro plan de salud:

- Visite nuestro sitio web myamerigroup.com/TX y use la herramienta de búsqueda **Find a Doctor (Buscar un doctor)**.
- Pídale ayuda al farmacéutico.
- Llame a Servicios para Miembros.

¿Qué hago si voy a una farmacia que no pertenece a la red?

El farmacéutico le explicará que no aceptan Amerigroup. Deberá llevar la receta a una farmacia en nuestro plan.

Para obtener ayuda para encontrar una farmacia en nuestro plan o si tiene una emergencia llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**. Si por alguna razón tiene que pagar sus medicamentos, puede enviarnos una solicitud de reembolso. Lea **¿Qué ocurre si pago de mi bolsillo un medicamento y deseo que me lo reembolsen?** para obtener más información acerca de cómo enviar una solicitud de reembolso.

¿Qué llevo a la farmacia?

Cuando va a la farmacia, debe llevar:

- La(s) receta(s) o frasco(s) de medicamentos de su hijo.
- La tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo.

¿Qué ocurre si necesito que me envíen los medicamentos de mi hijo?

Muchas farmacias proporcionan servicios de entrega a domicilio. Llame a su farmacéutico y pregunte si hacen entregas a domicilio. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia que envíe sus medicamentos, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿A quién llamo si tengo problemas para obtener los medicamentos de mi hijo?

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos cubiertos por Amerigroup, llámenos al **833-235-2022 (TTY 711)**. Podemos trabajar con usted y la farmacia para asegurar que obtenga el medicamento que su hijo necesita.

¿Qué pasa si no aprueban la receta que el doctor de mi hijo pidió?

Algunos medicamentos requieren la autorización previa de Amerigroup. Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que le den un suministro de emergencia para tres días del medicamento de su hijo.

Llame a Amerigroup al **833-235-2022 (TTY 711)**, para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos de su hijo. Pídale al farmacéutico que le dé un suministro para tres días.

¿Qué hago si pierdo el medicamento de mi hijo?

Si pierde o le roban el medicamento de su hijo, solicite al farmacéutico que llame a Servicios de proveedores al **800-454-3730**.

¿Qué hago si mi hijo necesita un medicamento sin receta?

La farmacia no puede darle un medicamento sin receta como parte de los beneficios de CHIP de su hijo. Si su hijo necesita un medicamento sin receta, tendrá que pagar por él.

¿Cómo averiguo qué medicamentos están cubiertos?

Su doctor puede escoger medicamentos de la lista de medicamentos del Vendor Drug Program (VDP). Esta incluye todos los medicamentos que cubre CHIP.

Para ver la lista, visite Texas Formulary Drug Search (Búsqueda de medicamentos en el formulario de Texas) en txvendordrug.com/formulary.

El medicamento de su hijo puede estar disponible como un medicamento genérico. Un medicamento genérico es aquel aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) que tiene la misma indicación de la FDA que el medicamento de marca correspondiente. Esto significa que ambos medicamentos están aprobados para el tratamiento de las mismas afecciones. Por lo general, su farmacia le dará el medicamento genérico si está en el formulario del Vendor Drug Program (VDP). Si la receta dice que su hijo necesita el medicamento de marca, en lugar de cubrir el medicamento genérico, cubriremos el medicamento de marca.

¿Cómo transfiero las recetas de mi hijo a una farmacia de la red?

Si necesita transferir las recetas de su hijo, todo lo que usted tiene que hacer es lo siguiente:

- Llame a la farmacia del plan más cercana y brinde la información necesaria al farmacéutico
- O bien, lleve el frasco del medicamento recetado a la nueva farmacia y nosotros nos ocupamos del resto.

¿Cómo obtengo el medicamento de mi hijo cuando estoy de viaje?

Si su hijo necesita un resurtido cuando esté de vacaciones, llame a su doctor para solicitar una nueva receta para llevarla con usted. Si obtiene el medicamento de una farmacia que no forma parte del plan de Amerigroup, deberá pagarlo. Si paga por un medicamento, puede enviar una solicitud de reembolso si el medicamento está cubierto por CHIP. Para averiguar qué medicamentos están cubiertos por CHIP, consulte **¿Cómo averiguo qué medicamentos están cubiertos?**

Lea la sección siguiente para obtener información sobre cómo obtener un formulario de reembolso y presentar una reclamación.

¿Qué ocurre si pago de mi bolsillo un medicamento y deseo que me lo reembolsen?

Si tuvo que pagar por un medicamento que está cubierto por CHIP, puede enviar una solicitud de reembolso. Para averiguar qué medicamentos están cubiertos por CHIP, consulte **¿Cómo**

averiguo qué medicamentos están cubiertos?

Llámenos al **833-235-2022 (TTY 711)** para obtener información sobre cómo obtener un formulario de reembolso y presentar una reclamación. El formulario de reembolso también está disponible en línea, en myamerigroup.com/TX. Elija **Pharmacy (Farmacia)** bajo la pestaña **Benefits (Beneficios)**.

¿Qué pasa si mi hija necesita píldoras anticonceptivas?

La farmacia no puede darle a su hija píldoras anticonceptivas para prevenir el embarazo. Su hija solo puede obtener píldoras anticonceptivas si son para tratar un padecimiento médico.

¿Cómo obtengo servicios de cuidado de la vista para mi hijo?

Su hijo tiene beneficios de la vista. No necesita un referido de un doctor para estos servicios. Llame a Superior Vision of Texas al **800-428-8789**, para obtener ayuda para encontrar un oftalmólogo (optometrista) en su área.

¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?

Amerigroup pagará algunos servicios dentales de emergencia en el hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Amerigroup pagará los siguientes servicios:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento de lesiones traumáticas en los dientes y estructuras de soporte
- Extracción de quistes
- Tratamiento dental originado por un absceso en la boca o en las encías
- Tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales

Amerigroup cubre servicios relacionados con el hospital, el doctor y los servicios médicos para los condiciones anteriores. Esto incluye servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo podría necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

El beneficio médico de CHIP ofrece cobertura limitada para servicios dentales de emergencia para mandíbula dislocada, golpes en los dientes y la extirpación de quistes; tratamiento dental originado por un absceso en la boca o en las encías; tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales; y medicamentos.

El plan dental de CHIP de su hijo ofrece todos los demás servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Llame al plan dental del niño para aprender más sobre los servicios dentales que ofrecen.

¿Qué es Early Childhood intervention?

Early Childhood Intervention (ECI) es un programa estatal para familias con hijos, desde el nacimiento hasta los tres años, con discapacidades y retrasos en el desarrollo. El programa ECI ayuda a las familias a apoyar a sus hijos a través de servicios para el desarrollo. El ECI evalúa y

valora, sin costo alguno para las familias, para ver si es elegible y cuáles servicios necesitará. Las familias y los profesionales trabajan juntos para planificar los servicios basados en las necesidades únicas del niño y la familia.

La Health and Human Services Commission (HHSC) es la agencia estatal responsable por el ECI. Un programa ECI local determinará si un niño puede recibir servicios del ECI y desarrollará un plan de servicio individual para el niño. Amerigroup es responsable de pagar los servicios en el plan.

¿Mi hijo necesita un referido para esto?

No necesita un referido del proveedor de cuidado primario de su hijo para recibir estos servicios.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Para obtener información sobre los servicios de ECI y otros recursos, llame a la HHS Office of the Ombudsman al **877-787-8999**. También puede buscar en línea un programa de ECI cerca de usted. Visite la página de búsqueda del Programa ECI en <https://citysearch.hhsc.state.tx.us>.

La participación en un programa de ECI es voluntaria. Si elige no usar un programa de ECI local, Amerigroup debe proporcionar los servicios necesarios por motivos médicos para su hijo. Llámenos al **800-600-4441 (TTY 711)** si necesita ayuda para obtener estos servicios.

¿Qué es Head Start?

Head Start es un programa para ayudar a su hijo, menor de 5 años, a prepararse para la escuela. Este programa puede ayudar con lo siguiente:

- Lenguaje.
- Alfabetización.
- Desarrollo social y emocional.

Para encontrar un programa Head Start que le quede cerca, llame a la línea gratuita al **866-763-6481** o visite benefits.gov/benefit/616.

¿Qué pasa si mi hijo no puede usar el transporte estándar para llegar a las citas de cuidado de la salud?

El problema de trasladarse hasta el consultorio del doctor nunca debería ser un obstáculo para la salud de su hijo. Si su hijo tiene una afección médica que hace que necesite una ambulancia para llegar a las citas de cuidado de la salud, su doctor puede enviar una solicitud a Amerigroup. Para obtener más información acerca de cómo puede su doctor enviar una solicitud, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Si necesita una ambulancia para una emergencia, su doctor no tiene que enviar una solicitud.

¿Alguien puede realizar una interpretación para mí cuando hablo con el doctor de mi hijo?

Este servicio se encuentra disponible para las visitas con el doctor de su hijo, sin costo para usted.

¿A quién llamo para pedir un intérprete?

Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**, y le conseguiremos uno.

¿Con cuánta antelación debo llamar?

Infórmenos al menos 24 horas antes de la cita en caso de que necesite un intérprete. Si pide un intérprete menos de 24 horas antes de su cita, aún haremos nuestro mejor esfuerzo para tener un intérprete a su disposición.

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

Llame a Servicios para Miembros si necesita un intérprete cuando hable con el proveedor de su hijo en el consultorio.

¿Qué pasa si mi hija necesita cuidado de un ginecoobstetra? ¿Tiene derecho a elegir un ginecoobstetra?

AVISO IMPORTANTE PARA LA MUJER

Usted tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra para su hija sin un envío a servicios del proveedor de cuidado primario de ella. Un ginecoobstetra le puede brindar:

- Un examen preventivo para la mujer cada año.
- Atención relacionada con el embarazo.
- Tratamiento de los problemas médicos de la mujer.
- Envíos para ver a un especialista de la red.

Amerigroup le permite a su hija escoger a cualquier ginecoobstetra de Amerigroup, esté o no el doctor es en la misma red que el proveedor de cuidado primario de su hija.

¿Cómo escojo un ginecoobstetra?

No es necesario que escoja un ginecoobstetra. Sin embargo, si su hija está embarazada, debe tener un ginecoobstetra que se encargue de su embarazo y de las necesidades prenatales.

Puede escoger cualquier ginecoobstetra que figure en el directorio de proveedores de Amerigroup o mediante el uso de la herramienta **Find a Doctor (Buscar un doctor)** en nuestro sitio web. Si necesita ayuda para escoger uno, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Si no escojo un ginecoobstetra, ¿tengo acceso directo?

Si no desea que su hija vaya a un ginecoobstetra, su proveedor de cuidado primario puede tratarla por sus necesidades relacionadas con la salud de la mujer. Pregunte a su proveedor de cuidado primario si puede brindarle cuidados de ginecología y obstetricia. De no ser así, deberá consultar a un ginecoobstetra. Puede buscar uno en nuestro sitio web **myamerigroup.com/TX**, en la página **Find a Doctor (Buscar un doctor)**; o consulte el directorio de proveedores de CHIP para su área de servicio en esa misma página.

¿Necesitaré un referido?

No necesita un referido para ver a una ginecoobstetra. Su hija puede visitar a un solo ginecoobstetra en un mes, pero puede visitar al mismo ginecoobstetra más de una vez durante ese

mes, en caso de ser necesario.

Mientras su hija esté embarazada, su ginecoobstetra puede ser su proveedor de cuidado primario. Los enfermeros de nuestra Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas pueden ayudarla a decidir si debe visitar a su proveedor de cuidado primario o a un ginecoobstetra.

¿Qué tan rápido pueden ver a mi hija después de contactar a la ginecoobstetra para una cita?

Un ginecoobstetra debe ver a su hija dentro de las dos semanas de la solicitud.

¿Mi hija puede quedarse con un ginecoobstetra que no forme parte de Amerigroup?

Su hija puede haber estado viendo a un doctor que no está en nuestro plan de salud para obtener cuidado ginecoobstétrico. En algunos casos, puede seguir visitando a este ginecoobstetra. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

¿Qué pasa si mi hija está embarazada?

Si cree que su hija está embarazada, llame al proveedor de cuidado primario o ginecoobstetra de su hija de inmediato. No necesita un referido para ver a un ginecoobstetra en nuestro plan.

¿A quién debo llamar?

Llámenos al **800-600-4441 (TTY 711)** tan pronto como se entere de que su hija está embarazada. Necesita inscribirse ahora mismo para obtener los servicios de Medicaid. Si se inscribe en Medicaid mientras está embarazada, el bebé puede tener Medicaid por un año después del nacimiento. Si su hija no se inscribe en Medicaid mientras está embarazada, deberá solicitar cobertura para el recién nacido una vez que el bebé nazca. Esto podría causar un periodo sin cobertura para su bebé. Si su hija es miembro de CHIP cuando nace su hijo, el bebé tendrá beneficios de CHIP.

¿Qué otros servicios/actividades/educación ofrece Amerigroup a las mujeres embarazadas?

Es muy importante ver a un doctor o ginecoobstetra para obtener cuidados durante el embarazo. Este tipo de cuidado se denomina cuidado prenatal. Puede ayudar a su hija a tener un bebé sano.

Nuestro programa Taking Care of Baby and Me® (Cuidando de mí y mi bebé) le brinda a las mujeres embarazadas información y recompensas por obtener cuidado prenatal y de posparto. A su hija se le asigna un administrador de cuidado para que la ayude a obtener el cuidado y los servicios que necesita durante el embarazo y hasta el chequeo de posparto. Es posible que el administrador de casos llame a su hija para ver cómo está y responder preguntas. También puede ayudarla a encontrar recursos prenatales en su comunidad. Para obtener más información sobre el programa Taking Care of Baby and Me, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro programa también ayuda a las miembros embarazadas que tienen necesidades complicadas de cuidado de la salud. Enfermeras administradoras de casos trabajan estrechamente con estas miembros para proporcionar:

- Educación.
- Apoyo emocional.

- Ayuda para seguir el plan de cuidados de su doctor.
- Información sobre servicios y recursos en la comunidad, tales como transporte, programa Women, Infants, and Children (WIC), lactancia materna y consejería.

Nuestras enfermeras trabajan con doctores para ayudar a que las madres se mantengan sanas y den a luz bebés sanos.

My Advocate™

Como parte de Taking Care of Baby and Me, su hija también forma parte de My Advocate™ que ofrece educación acerca de la salud prenatal, el posparto y para niños sanos por teléfono, por la Internet y mediante una aplicación para teléfonos inteligentes que es útil y divertida. Su hija podrá conocer a Mary Beth, la personalidad automatizada de My Advocate™. Mary Beth dará respuesta a las cambiantes necesidades de su hija a medida que su bebé crece y se desarrolla. Su hija puede contar con lo siguiente:

- Educación que puede poner en práctica.
- Comunicación con el administrador de casos de su hija mediante los mensajes por My Advocate™ en caso de que surjan preguntas o problemas.
- Un sencillo programa de comunicación.
- Sin costo para su hija.

Con My Advocate™, se conserva la seguridad y privacidad de la información de su hija. Cada vez que Mary Beth la llame, le preguntará el año de nacimiento de su hija. No dude en decírselo. Necesita ese dato para asegurarse de hablar con la persona correcta.

Ayudar a que su hija y su bebé se mantengan sanos

My Advocate le da respuestas a sus preguntas, además de apoyo médico si su hija lo necesita. Habrá una llamada importante de examen de detección de salud seguida por un alcance educativo continuo. Todo lo que debe hacer es escuchar, aprender y contestar una o dos preguntas por teléfono. Si usted le dice a Mary Beth que tiene un problema, recibirá una llamada de vuelta de un administrador de casos. Los temas de My Advocate incluyen:

- Cuidado para el embarazo y posparto.
- Cuidado de niño sano.
- Depresión postparto.
- Inmunizaciones.
- Consejos para una vida saludable.

Para saber más sobre My Advocate, visite www.myadvocatehelps.com.

Mientras su hija esté embarazada, es especialmente importante que cuide su salud. Puede obtener alimentos saludables del programa Women, Infants, and Children (WIC). Servicios para Miembros puede darle el número de teléfono del programa WIC más cercano. Solo llámenos.

Cuando su hija está embarazada, debe ir a su doctor o ginecoobstetra al menos:

- Cada 4 semanas durante los primeros 6 meses.
- Cada 2 semanas durante el 7.º y 8.º mes.

- Cada semana durante el último mes.

Es posible que su doctor o ginecoobstetra quiera que lo visite con más frecuencia, según sus necesidades de salud.

Programas de NICU

Para padres de infantes admitidos a la unidad neonatal de cuidados intensivos (NICU), les ofrecemos el programa Usted y su bebé en la NICU y un programa para Trastorno por estrés postraumático de la NICU (NICU PTSD). Los padres reciben educación y apoyo para estar involucrados en el cuidado de sus bebés, visitan la NICU, interactúan con los proveedores de cuidado del hospital y se preparan para el alta. A los padres les dan un recurso educativo que detalla estrategias exitosas que pueden usar para trabajar con el equipo de cuidados. El programa NICU PTSD busca mejorar los resultados para las familias y los bebés que están en la NICU evaluando y ayudando a hacer referido a tratamiento para PTSD en los padres. Este programa apoya a las madres y familias en riesgo de PTSD debido a la experiencia estresante de tener un bebé en la NICU.

¿Cómo y cuándo informo a Amerigroup?

Recuerde llamar a Servicios para Miembros de Amerigroup tan pronto como pueda para informar al administrador de casos sobre el nacimiento del bebé. Necesitaremos información sobre el bebé. Quizá usted ya eligió a un proveedor de cuidado primario para el bebé antes de que nazca. Si no es así, podemos ayudarla a escoger uno.

¿A quién debo llamar si mi hijo tiene necesidades de cuidado de la salud especiales y necesito alguien que me ayude?

Los miembros con discapacidad, necesidades de cuidado de la salud especiales o afecciones crónicas complejas tienen derecho a un acceso directo a un especialista. Este especialista puede ser el proveedor de cuidado primario de su hijo. Para coordinar esto, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Qué pasa si recibo una factura del doctor de mi hijo? ¿A quién llamo?

Siempre muestre la tarjeta de identificación de Amerigroup de su hijo cuando visita al doctor, va al hospital o se hace análisis. Incluso si su doctor le indica que vaya, debe mostrar la tarjeta de identificación de Amerigroup para asegurarse de que no le facturen por los servicios cubiertos por Amerigroup. **No tiene que mostrar una tarjeta de identificación de Amerigroup antes de que su hijo obtenga cuidado de emergencia.** Si recibe una factura, envíe la factura en la ubicación de Amerigroup al principio de este manual. Incluya una carta con su factura. Lea la próxima sección **¿Qué información necesitan?** para saber qué debe incluir en la carta. También puede llamarnos al **800-600-4441 (TTY 711)**, y lo ayudaremos.

¿Qué información necesitan?

En la carta, incluya:

- El nombre de su hijo.
- Su número de teléfono.

- El número de identificación de Amerigroup de su hijo.

Si no puede enviar la factura, asegúrese de incluir en la carta:

- El nombre del proveedor.
- La fecha de servicio.
- El número de teléfono del proveedor.
- El monto cobrado.
- El número de cuenta, si lo conoce.

También puede llamarnos al **800-600-4441 (TTY 711)**, y lo ayudaremos.

¿Qué tengo que hacer si me muda mi hijo?

Tan pronto como usted sepa su nueva dirección, avise a la HHSC llamando al **2-1-1**, actualizando su cuenta en YourTexasBenefits.com o llamando al Servicios para Miembros de Amerigroup al **800-600-4441 (TTY 711)**. Antes de recibir servicios de CHIP en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Amerigroup, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Amerigroup, hasta que la HHSC cambie su dirección.

Vuelva a certificar los beneficios de CHIP de su hijo a tiempo

¡No pierda los beneficios de cuidado de la salud de su hijo! Deberá renovar los beneficios de su hijo cada 12 meses. Si no lo hace, su hijo podría perder los beneficios, incluso si aún califica. La Health and Human Services Commission (HHSC) le enviará un paquete al menos 60 días antes de la fecha de renovación para avisarle que debe renovar los beneficios de CHIP de su hijo. Este paquete tendrá instrucciones sobre cómo hacer la renovación. Si no realiza la renovación antes de la fecha establecida, perderá los beneficios de cuidado de la salud de su hijo.

Puede solicitar o renovar los beneficios en línea, en YourTexasBenefits.com. Seleccione **Manage your account or applications (Administrar su cuenta y aplicaciones)** y cree una cuenta para tener fácil acceso al estado de los beneficios de su hijo.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al **2-1-1**, elegir un idioma y luego seleccionar la opción 2, o visitar la oficina de beneficios de la HHSC más cercana. Para encontrar la oficina más cercana a su casa, llame al **2-1-1**, elija un idioma y luego seleccione la opción 2, o ingrese en YourTexasBenefits.com y seleccione **Find an Office (Buscar una oficina)** en la parte inferior de la página.

Deseamos que su hijo siga recibiendo beneficios de cuidado de la salud si aún califica. Para renovar, vaya a YourTexasBenefits.com y seleccione **Manage your account or applications (Administrar su cuenta o aplicaciones)**. Siga las instrucciones que se muestran allí para renovar.

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos del miembro

1. Usted tiene el derecho de obtener información correcta y fácil de entender para ayudarle a tomar mejores decisiones sobre el plan de salud y los doctores, hospitales y otros proveedores de su hijo.

2. Usted tiene el derecho de recibir información del plan de salud si utiliza una red limitada de proveedores. Esta red consiste en un grupo de doctores y otros proveedores que solo envían a los pacientes a otros doctores del mismo grupo. Red limitada de proveedores quiere decir que usted no puede ver a todos los doctores que forman parte del plan de salud. Si el plan de salud utiliza “redes limitadas”, asegúrese de que el proveedor de cuidado primario de su hijo y cualquier especialista que quiera ver estén en la misma red limitada.
3. Usted tiene el derecho de saber cómo se les paga a los doctores. Algunos reciben un pago fijo sin importar las veces que usted tenga cita. Otros reciben pagos basados en los servicios que prestan a su hijo. Usted tiene el derecho de saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
4. Usted tiene el derecho de saber cómo decide el plan de salud si un servicio está cubierto o es médicamente necesario. Usted tiene el derecho de saber qué personas en el plan de salud deciden esas cosas.
5. Usted tiene el derecho de saber el nombre y dirección de los hospitales y otros proveedores del plan de salud.
6. Usted tiene el derecho de escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente larga para que su hijo pueda obtener la atención adecuada cuando la necesita.
7. Si un doctor dice que su hijo tiene necesidades médicas especiales o una discapacidad, es posible que pueda tener a un especialista como el proveedor de cuidado primario del niño. Pregunte al plan de salud acerca de esto.
8. Los niños a quienes les diagnostican necesidades médicas especiales o una discapacidad tienen el derecho de recibir atención especializada.
9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el doctor que lo atiende sale del plan de salud, su hijo tal vez pueda seguir viendo a ese doctor durante tres meses, y el plan de salud tiene que continuar pagando esos servicios. Pregunte al plan cómo funciona esto.
10. Su hija tiene el derecho de ver a cualquier ginecoobstetra (OB/GYN) participante sin un envío a servicios de su proveedor de cuidado primario y sin preguntar primero al plan de salud. Pregunte al plan cómo funciona esto. Algunos planes exigen que escoja a un OB/GYN antes de verlo sin un envío a servicios.
11. Su hijo tiene el derecho de recibir servicios de emergencia si usted tiene motivos razonables para creer que la vida del niño corre peligro, o que el niño podría sufrir algún daño grave si no recibe atención cuanto antes. La cobertura de emergencias está disponible sin antes preguntar al plan de salud. Quizás tenga que hacer un copago según sus ingresos. No se aplican copagos al Miembros de CHIP Perinatal.
12. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en las decisiones sobre la atención médica de su hijo.
13. Usted tiene el derecho de hablar en nombre de su hijo en todas las decisiones de tratamiento.
14. Usted tiene el derecho de pedir una segunda opinión de otro doctor del plan de salud sobre el tipo de tratamiento que necesita su hijo.
15. Usted tiene el derecho de recibir un trato justo del plan de salud y de los doctores,

hospitales y otros proveedores.

16. Usted tiene el derecho de hablar en privado con los doctores y otros proveedores de su hijo, y de que los expedientes dentales de su hijo se mantengan confidenciales. Usted tiene el derecho de ver y copiar los expedientes médicos de su hijo y de pedir que se hagan cambios a esos expedientes.
17. Usted tiene derecho a un trámite imparcial y rápido para resolver los problemas con el plan de salud y con los doctores, hospitales y otros proveedores del plan que brindan servicios a su hijo. Si el plan de salud dice que no pagará un servicio o beneficio cubierto que el doctor del niño piensa que es médicamente necesario, usted tiene el derecho de conseguir que otro grupo, aparte del plan de salud, le diga si el doctor o el plan de salud tenía la razón.
18. Usted tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que atienden a su hijo pueden aconsejarle sobre el estado de salud, la atención médica y el tratamiento de su hijo. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
19. Tiene el derecho de saber que es responsable de pagar sólo los copagos aprobados por servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
20. Tiene el derecho de no ser sujetado a la fuerza ni aislado si es por conveniencia de otra persona, o para forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o para castigarlo.

Responsabilidades del miembro

Usted y el plan de salud tienen interés en que la salud de su hijo mejore. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades:

1. Usted tiene que tratar de tener hábitos sanos. Anime a su hijo a evitar el tabaco y a tener una dieta saludable.
2. Usted tiene que participar en las decisiones del doctor sobre los tratamientos de su hijo.
3. Usted tiene que trabajar con los doctores y otros proveedores del plan de salud para escoger tratamientos para su hijo que todos han aceptado.
4. Si tiene algún desacuerdo con el plan de salud, usted tiene que tratar de resolverlo primero por medio del trámite de quejas del plan de salud.
5. Usted tiene que aprender qué es lo que el plan de salud cubre y no cubre. Lea el Manual para Miembros para entender cómo funcionan las reglas.
6. Si hace una cita para su hijo, tiene que tratar de llegar al consultorio del doctor 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 doctor y a otros proveedores los copagos que les debe. Si su hijo recibe servicios de CHIP Perinatal, no tendrá ningún copago para ese niño.
8. Usted tiene que denunciar el mal uso de los servicios de CHIP o CHIP Perinatal por los proveedores de atención médica, otros miembros o los planes de salud.
9. Usted tiene que hablar con el proveedor sobre los medicamentos que le recete.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al **800-368-1019**. También puede

ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en www.hhs.gov/ocr.

¿Qué son directivas anticipadas?

Los menores emancipados y los miembros de 18 años en adelante tienen derechos especificados en las leyes de directivas anticipadas. Una directiva anticipada habla sobre la preparación de un testamento en vida. Un testamento en vida establece que usted posiblemente no desee recibir cuidado de la salud en caso de que sufra una enfermedad o lesión grave y no se recupere. Para asegurarse de recibir el tipo de cuidado que desea si está muy enfermo para decidirlo usted mismo, puede firmar un testamento en vida. Este es un tipo de directiva anticipada. Es un documento escrito que les dice a su doctor y a su familia qué tipos de cuidado no desea recibir en caso de que esté muy enfermo o lesionado.

¿Cómo consigo una directiva anticipada?

Puede obtener un formulario de directiva anticipada pidiéndoselo a su doctor o llamando a Servicios para Miembros. Los asociados de Amerigroup no pueden ofrecer consejos legales o servir como testigos. De acuerdo con las leyes de Texas, debe tener ya sea dos testigos o notarizar su formulario. Después de completar el formulario, llévelo o envíelo por correo a su doctor. Su doctor sabrá entonces la clase de cuidado que usted desea recibir.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento después de haber firmado una directiva anticipada. Llame a su doctor para retirar la directiva anticipada de su registro médico. También puede realizar cambios en la directiva anticipada llenando y firmando uno nuevo.

También puede firmar un documento llamado poder notarial duradero. Este documento le permitirá designar una persona para que tome decisiones por usted, cuando no pueda hacerlo usted mismo. Pregunte a su doctor sobre estos formularios.

ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD

¿Qué hace la administración de la calidad por usted?

El programa Quality Management de Amerigroup está aquí para asegurar que su hijo reciba cuidados. Analizamos los servicios que ha recibido su hijo para ver si está recibiendo el mejor cuidado de la salud preventivo. Si su hijo tiene una enfermedad crónica, constatamos que esté recibiendo ayuda para controlar la afección.

El Quality Management Department desarrolla programas para ayudarle a obtener más información sobre su cuidado de la salud. Tenemos equipos de contacto a miembros para que le ayuden a programar citas para el cuidado que su hijo necesita y coordinar transporte en caso de que lo necesite. Estos servicios son gratuitos porque queremos ayudarle a que esté y se mantenga sano.

Trabajamos con nuestros proveedores del plan para educarlos y ayudarlos a cuidar de su hijo. Puede recibir correos nuestros sobre cómo tomar medidas preventivas para la salud o

controlar una enfermedad. Queremos que nos ayude a mejorar, para ello debe decirnos cómo podemos hacerlo mejor. Para obtener más información sobre nuestro programa Quality Management, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Qué son las guías de prácticas clínicas?

Amerigroup utiliza estándares nacionales de prácticas clínicas para el cuidado de su hijo. Las guías de prácticas clínicas son aquellos estándares de cuidado comprobados científicamente y que gozan de reconocimiento nacional. Estas guías son recomendaciones para médicos y otros proveedores de cuidado de la salud destinadas a diagnosticar y controlar la afección específica de su hijo. Si desea una copia de estas guías, contacte a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

CÓMO TOMAMOS LAS DECISIONES RELACIONADAS CON SU CUIDADO

Algunas veces, necesitamos tomar decisiones sobre cómo cubrir cuidados y servicios. Esto se denomina Administración de utilización (UM). Todas las decisiones de UM están basadas en sus necesidades médicas y los beneficios actuales de su hijo.

No alentamos a los doctores a subutilizar los servicios. Tampoco creamos barreras para impedir que los miembros accedan al cuidado de la salud. Los proveedores y otras personas involucradas en las decisiones de UM no son recompensados por limitar o negar el cuidado. Cuando contratamos, ascendemos o despedimos proveedores o personal, no se basa en la probabilidad de que nieguen beneficios. Los doctores de nuestro plan utilizan guías de prácticas clínicas, políticas médicas y los beneficios del plan de su hijo para determinar los tratamientos y servicios necesarios.

Cuando usted o el doctor de su hijo solicitan un cuidado determinado que requiere autorización previa, nuestro equipo de revisión de la utilización decide si el servicio es necesario por motivos médicos y es parte de los beneficios de su hijo. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted o el doctor pueden pedir una apelación.

Para hablar con alguien de nuestro equipo de UM, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m., hora del Centro.

PROCESO DE RECLAMO

¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién llamo?

Estamos aquí para ayudar. Si tiene una queja, llámenos gratis por favor al **800-600-4441 (TTY 711)** para explicarnos el problema. Un representante de Servicios para Miembros o un defensor del miembro de Amerigroup puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al **800-600-4441 (TTY 711)**. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos pocos días. El MCO no puede tomar ninguna acción negativa contra usted como resultado de su denuncia.

¿Alguien de Amerigroup puede ayudarme a presentar un reclamo?

Sí. Un defensor del miembro de Amerigroup puede ayudarlo a presentar un reclamo ante nosotros o el programa estatal correspondiente. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Cuánto llevará procesar mi reclamo?

Amerigroup responderá su reclamo dentro de los 30 días desde la fecha en que lo recibamos. Si su reclamo se trata de una estadía de emergencia u hospitalaria en curso, se resolverá lo más rápido posible conforme sea necesario según la urgencia de su caso y, a más tardar, en un día hábil desde que recibimos su reclamo.

¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar un reclamo?

Puede informarnos sobre su reclamo por teléfono o por correo. Le enviaremos una carta dentro de cinco días hábiles de la fecha de recepción de su reclamo para informarle que lo recibimos y que comenzamos a revisarlo. Si su reclamo se hizo por teléfono, incluiremos un formulario de reclamo con la carta. Debe llenar este formulario y enviarlo de vuelta por correo. Si necesita ayuda para llenar el formulario de reclamo, llame a Servicios para Miembros.

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?

Si no está satisfecho con la respuesta a su queja, puede quejarse ante el Departamento de Seguros de Texas llamando gratis al **800-252-3439**. Si quiere presentar la queja por escrito, envíela por favor a:

**Consumer Protection, MC: CO-CP
Texas Department of Insurance
PO Box 12030
Austin, TX 78711-2030**

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja a www.tdi.texas.gov.

¿Tengo derecho a reunirme con un comité de apelación de reclamos?

Sí. Si no está conforme con la respuesta a su reclamo, puede solicitarnos que la volvamos a revisar. Debe solicitar un comité de apelación de reclamos por escrito. Escribanos a:

**Member Advocates
Amerigroup
2505 N. Highway 360, Suite 300
Grand Prairie, TX 75050**

Cuando recibamos su solicitud, le enviaremos una carta en cinco días hábiles. Esto significa que recibimos su solicitud y empezamos a trabajar en ella. También puede llamarnos al **800-600-4441 (TTY 711)** para solicitar un formulario de solicitud de comité de apelación

de reclamos. Debe completar el formulario y enviárnoslo de vuelta.

Nos reuniremos con el personal de Amerigroup, los proveedores del plan de salud y otros miembros de Amerigroup para revisar su reclamo. Trataremos de encontrar un día y una hora para que pueda asistir a la reunión. Puede traer a alguien a la reunión si lo desea. No es necesario que asista a la reunión. Le enviaremos una carta al menos cinco días hábiles antes de la reunión del panel de apelación de reclamos. Esta carta indicará la fecha, hora y lugar de la reunión. Le enviaremos toda la información que revisará el comité durante la reunión. Le enviaremos una carta dentro de 30 días desde la recepción de su solicitud por escrito. En esta carta, se le indicará la decisión final del comité de apelación de reclamos. En esta carta, también se le brindará la información que utilizó el comité para tomar la decisión.

PROCESO PARA APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA (DENEGACIÓN) DE CHIP

¿Qué puedo hacer si el doctor de mi hijo solicita un servicio o medicamento para mi hijo que está cubierto, pero Amerigroup lo niega o lo limita?

En ocasiones, es posible que Amerigroup diga que no pagaremos la totalidad o parte del cuidado que recomienda su doctor. Tiene derecho a solicitar una apelación. Una apelación es cuando usted o una persona que actúa en su nombre nos solicita que volvamos a revisar el cuidado que el doctor de su hijo solicitó y que nosotros rechazamos. Debe presentar la apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha de la primera carta de denegación (la carta donde se indica que no pagaremos un servicio).

Puede apelar nuestra decisión de dos maneras:

- Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**
- Enviarnos una carta y cualquier información que quiera que revisemos a:
Amerigroup Appeals
PO Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Otra persona puede ayudarlo durante el proceso de apelación. Esta persona puede ser un familiar, un amigo, su doctor, abogado u otra persona de su elección.

¿Cómo me enteraré si deniegan algún servicio?

Si denegamos algún servicio, le enviaremos una carta al mismo tiempo que se determine la denegación.

¿Cuáles son los plazos del proceso de apelación?

Usted, o una persona que actúe en su nombre, debe presentar una apelación dentro de los 60 días de la fecha de la primera carta de Amerigroup donde se indica que no pagaremos la totalidad o una parte del cuidado recomendado.

Cuando recibamos su carta o llamada pidiendo una apelación, le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles. En esta carta, se le informará que recibimos su apelación. También le informaremos si necesitamos algo más para procesar su apelación. Amerigroup se pondrá en contacto con el doctor de su hijo si necesitamos información médica sobre el servicio.

A su apelación la revisará un médico certificado que no haya visto su caso antes y tomará una decisión. Le enviaremos una carta con la decisión de apelación dentro de 30 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación.

¿Qué es una revisión de especialidad?

Una revisión de especialidad es una donde un proveedor que se especializa en el tipo de cuidado que pidió el proveedor de su hijo revisará el caso de su hijo. El proveedor de su hijo puede pedirla, ya sea:

- Como parte de su apelación después de nuestra primera carta que dice que no pagaremos por todo o parte del cuidado solicitado. El proveedor de su hijo debe pedirla en un plazo de 10 días hábiles desde la fecha en que recibimos su solicitud de apelación.
- Si su apelación es denegada y no se solicitó una revisión de especialidad con la apelación. El proveedor de su hijo puede pedir una revisión de especialidad en un plazo de 10 días hábiles de la fecha de la carta de denegación de la apelación.

Cuando recibamos la solicitud de revisión de especialidad le enviaremos una carta dentro de cinco días hábiles. En esta carta, se le informará que recibimos su solicitud de revisión de especialidad. Le enviaremos una carta con la decisión dentro de 15 días hábiles desde la recepción de su solicitud. Esta carta contiene nuestra decisión final. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una revisión independiente externa.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Debe solicitar una apelación dentro de 60 días de la fecha de nuestra primera carta donde se indica que no pagaremos la totalidad o una parte del servicio. Si usted, su representante, o el proveedor no están conformes con la respuesta a su apelación, el proveedor puede enviarnos una carta solicitando una revisión de especialidad, si no fue solicitada como parte de su apelación. Debe enviar esta carta dentro de los 10 días hábiles de la fecha de la carta con nuestra respuesta a su apelación.

Si presenta una apelación, Amerigroup no tomará represalias contra usted. Seguiremos aquí para proporcionarle cuidado de calidad.

¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?

No. Puede solicitar una apelación llamando a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Alguien de Amerigroup puede ayudarme a presentar una apelación?

Sí. Si necesita ayuda para presentar una apelación, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

APELACIONES ACELERADAS

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada ocurre cuando el plan de salud tiene que tomar rápidamente una decisión debido a su estado de salud de su hijo, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su hijo vida o salud.

Puede solicitar una apelación acelerada si usted o el doctor de su hijo cree que su hijo necesita servicios para una emergencia, una enfermedad que pone en riesgo su vida, prevención de daño grave a su hijo, o si su hijo está en el hospital.

¿Cómo solicito una apelación acelerada? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?

Puede solicitar una apelación acelerada de forma oral o por escrito:

- Puede llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**

- Puede enviarnos una carta a:

Amerigroup Appeals

PO Box 62429

Virginia Beach, VA 23466-2429

Otra persona puede ayudarlo durante el proceso de apelación. Esta persona puede ser un familiar, un amigo, su doctor, un abogado u otra persona de su elección.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Luego de recibir su carta o llamada, y aceptar que su solicitud de apelación debería acelerarse, le informaremos nuestra decisión dentro del plazo que sea más corto de un día hábil desde la fecha en la que obtuvimos toda la información necesaria para tomar una decisión o en un plazo de 72 horas desde que recibimos la solicitud de apelación. Le informaremos por teléfono o de forma electrónica, y enviaremos una notificación escrita dentro de 72 horas desde que recibimos la solicitud de apelación.

¿Qué ocurre si Amerigroup deniega la solicitud de apelación acelerada?

Si no aceptamos que su solicitud de apelación debe ser acelerada, lo llamaremos de inmediato. Le enviaremos una carta en dos días calendario para informarle cómo se tomó la decisión y que su apelación se revisará mediante el proceso de revisión estándar.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?

Un defensor del miembro o representante de Servicios para Miembros puede ayudarlo a presentar una apelación acelerada. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

PROCESO DE LA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE

¿Qué es una organización de revisión independiente?

Una Organización de revisión independiente (IRO) es una organización independiente de Amerigroup que puede revisar su apelación. Si denegamos la solicitud de cuidado luego de una apelación o una revisión de especialidad y la decisión involucró juicios médicos, usted, la persona que actúa en su nombre o el proveedor de su hijo pueden solicitar una revisión externa de una IRO.

¿Puedo solicitar una revisión externa de una IRO antes de agotar el proceso de apelación interna de Amerigroup?

Usted puede pedir una revisión externa acelerada:

- Si usted pide una apelación acelerada después de nuestra denegación inicial y esperar hasta 72 horas pondría en riesgo grave la vida, salud o capacidad de recuperar la función máxima de su hijo, puede solicitar una revisión externa acelerada al mismo tiempo.
- Cuando esperar hasta 45 días calendario para una revisión externa estándar pondría en riesgo grave la vida, salud o capacidad de recuperar la función máxima de su hijo.
- Si la decisión de la apelación es acerca de una admisión, disponibilidad de cuidado, estadía continua, o servicio de cuidado de la salud para la cual se recibieron servicios de emergencia, pero el miembro no ha sido dado de alta del centro.

¿Cómo solicito una revisión de una organización de revisión independiente?

Usted, una persona que actúa en su nombre, un abogado o su proveedor puede pedir una revisión externa dentro de cuatro meses de recibir la decisión de la apelación. No hay costo para usted por una revisión externa. MAXIMUS Federal Services, Inc. es la organización de revisión independiente que realizará la revisión externa. Usted puede usar formularios de MAXIMUS para pedir una revisión externa o enviar un solicitud por escrito, incluyendo cualquier información adicional para revisión.

Puede obtener los formularios de MAXIMUS haciendo una de estas cosas:

- Llamar a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.
- Llamar a MAXIMUS al **888-866-6205**.
- Visitar externalappeal.cms.gov.

Llene uno o ambos formularios de MAXIMUS según quién pedirá una revisión externa.

Complete:

- El Formulario de solicitud de revisión externa federal administrada por la HHS para solicitar una revisión externa usted mismo.
- El Formulario de solicitud de revisión externa federal administrada por la HHS y el

Formulario de designación de representante si quiere que el proveedor de su hijo u otra persona pida la revisión externa en su nombre.

- Tanto usted y su representante autorizado tienen que completar este formulario.
- Si está pidiendo una revisión acelerada, el proveedor puede hacer la solicitud sin este formulario.

O envíe la solicitud por escrito con:

- Nombre
- Dirección
- Teléfono
- Dirección de correo electrónico
- Si la solicitud es urgente
- Firma del miembro, padre, tutor legal o representante autorizado
- Una descripción breve del motivo por el que no está de acuerdo con nuestra decisión

Envíenos sus formularios o la solicitud por escrito a:

Amerigroup Appeals
PO Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

También puede enviarle su solicitud directamente a MAXIMUS en una de estas formas:

En línea:

Externalappeal.cms.gov bajo el encabezado “Request a Review Online (Solicitar una revisión en línea)”

Correo:

MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Ave., Suite 705
Pittsford, NY 14534

Fax: 888-866-6190

Si le envía información adicional a MAXIMIS para la revisión, esta será compartida con Amerigroup de modo que podamos reconsiderar la denegación. Si tiene preguntas durante el proceso de revisión externa, póngase en contacto con MAXIMUS al **888-866-6205** o vaya a externalappeal.cms.gov.

Cómo solicitar una revisión externa acelerada

- En línea: Puede seleccionar “expedited (acelerada)” al enviar la solicitud de revisión
- Correo electrónico: FERP@maximus.com
- Llame a: Proceso de revisión externa federal al **888-866-6205**

¿Cuáles son los plazos para este proceso?

MAXIMUS le enviará una carta con su decisión dentro de 45 días después de que su examinador recibió su solicitud. Para una revisión externa acelerada, se tomará una decisión lo más pronto posible según la necesidad de la condición médica de su hijo, pero no más de 72 horas después de que el examinador recibió la solicitud para la revisión acelerada. El aviso de la decisión de una revisión acelerada se lo pueden dar verbalmente, pero será seguido por un aviso por escrito dentro de 48 horas.

INFORMACIÓN DE FRAUDE Y ABUSO

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de CHIP.
- Está usando la tarjeta de identificación de CHIP de otra persona.
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al **800-436-6184**
- Visite oig.hhs.texas.gov y oprima el cuadro rojo "Report Fraud" para llenar una forma en línea
- Denúncielo directamente al plan de salud:
Compliance Officer
Amerigroup
2505 N. Highway 360, Suite 300
Grand Prairie, TX 75050
800-839-6275

Otras opciones para denunciar son:

- Línea directa de investigaciones especiales de fraudes: **866-847-8247**
(la denuncia puede ser anónima)
- Servicios para Miembros de Amerigroup: **800-600-4441**

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

- Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:
 - El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor
 - El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.)

- El número de Medicaid del proveedor o centro, si lo sabe
- El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
- Las fechas de los sucesos
- Un resumen de lo ocurrido
- Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:
 - El nombre de la persona
 - La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe
 - La ciudad donde vive la persona
 - Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude

GUÍA DEL MIEMBRO PARA TÉRMINOS DE CUIDADO ADMINISTRADO

Término	Definición
Apelación	Una solicitud para que su organización de cuidado administrado revise otra vez una denegación o una queja.
Reclamo	Una queja que usted le comunica a su aseguradora o plan.
Copago	Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de cuidado de la salud cubierto, usualmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar por el tipo de servicio de cuidado de la salud cubierto.
Equipos médicos duraderos (DME)	Equipos ordenados por un proveedor de cuidado de la salud para uso diario o prolongado. La cobertura para DME podría incluir, pero no se limita a: equipo para oxígeno, sillas de rueda, muletas o suministros diabéticos.
Condición médica de emergencia	Una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan grave que una persona razonable buscaría cuidados inmediatamente para evitar daños.
Transporte médico de emergencia	Servicios o ambulancia terrestre o aérea para una condición médica de emergencia.
Cuidado en la sala de emergencias	Servicios de emergencia que obtiene en una sala de emergencias.
Servicios de emergencia	Evaluación de una condición médica de emergencia y tratamiento para evitar que la condición empeore.
Servicios excluidos	Servicios de cuidado de la salud que su seguro o plan de salud no paga o cubre.
Queja	Un reclamo para su aseguradora o plan de salud.
Servicios y dispositivos de habilitación	Servicios de cuidado de la salud tal como terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento del diario vivir.
Seguro de salud	Un contrato que requiere que su aseguradora pague los costos cubiertos de su cuidado de la salud a cambio de una prima.
Cuidado de la salud en el hogar	Servicios de cuidado de la salud que una persona recibe en un hogar.
Servicios de hospicio	Servicios para brindarle consuelo y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.
Hospitalización	Cuidado en un hospital que exige de una admisión como paciente hospitalizado que generalmente requiere una estadía por la noche.
Cuidado ambulatorio en el hospital	Cuidado en un hospital que generalmente no requiere de una estadía por la noche.
Necesario por motivos médicos	Servicios de cuidado de la salud o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición,

Término	Definición
	padecimiento o sus síntomas y que cumple estándares médicos aceptados.
Red	Los centros, proveedores y suplidores que su aseguradora o plan de salud han contratado para que proporcionen servicios de cuidado de la salud.
Proveedor no participante	Un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para ofrecerle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener autorización de su aseguradora o plan de salud para obtener servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En casos limitados, tales como cuando no hay otros proveedores, su aseguradora puede hacer un contrato para pagarle a un proveedor no participante.
Proveedor participante	Un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para ofrecerle servicios cubiertos.
Servicios médicos	Servicios de cuidado de la salud que ofrece o coordina un médico autorizado (M.D - Médico o D.O. - Doctor de Medicina Osteopática).
Plan	Un beneficio, como Medicaid, el cual proporciona y paga sus servicios de cuidado de la salud.
Autorización previa	Una decisión de su aseguradora o plan de que un servicio de cuidado de la salud, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipos médicos duraderos que usted o su proveedor han solicitado, es necesario por motivos médicos. Esta decisión o aprobación, llamada a veces autorización previa, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.
Prima	El monto que debe ser pagado por su seguro o plan de salud.
Cobertura de medicamentos recetados	Seguro o plan de salud que ayuda a pagar las drogas o los medicamentos recetados.
Medicamentos recetados	Drogas o medicamentos que por ley requieren una receta.
Médico de cuidado primario	Un médico (M.D. - Médico o D.O. - Doctor de Medicina Osteopática) que proporciona directamente o coordina una gama de servicios de cuidado de la salud para un paciente.
Proveedor de cuidado primario	Un médico (M.D. - Médico o D.O. - Doctor de Medicina Osteopática), enfermera profesional, 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 gama de servicios de cuidado de la salud.
Proveedor	Un médico (M.D. - Médico o D.O. - Doctor de Medicina Osteopática), proveedor de cuidado de la salud o centro de cuidado de la salud autorizado, certificado o acreditado según lo requiere la ley estatal.

Término	Definición
Servicios y dispositivos de rehabilitación	Servicios de cuidado de la salud tales como terapia física u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y funcionamiento del diario vivir que han sido perdidos o deteriorados debido a que la persona estaba enferma, herida, o discapacitada.
Cuidado de enfermería especializada	Servicios de enfermeras autorizadas en su propio hogar o en un asilo de ancianos.
Especialista	Un médico especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones.
Cuidados de urgencia	Cuidado para una enfermedad, lesión, o condición lo suficiente grave que una persona razonable buscaría atención inmediatamente, pero no tan severa en cuanto a requerir el cuidado de la sala de cuidado de emergencias.

ANEXO A - EVIDENCIA DE COBERTURA Y TABLA DE BENEFICIOS Y EXCLUSIONES

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DEL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS EVIDENCIA DE COBERTURA ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD PLAN NO CALIFICADO FEDERALMENTE

ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA (CONTRATO) ES EMITIDA A USTED, CUYO HIJO HA SIDO INSCRITO EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE **AMERIGROUP** A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP). USTED ACEPTA ACATAR ESTAS DISPOSICIONES PARA SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS COMPLETANDO EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN, PAGANDO LA PRIMA CORRESPONDIENTE Y ACEPTANDO ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA. ESTE DOCUMENTO DESCRIBE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON QUE SU HIJO RECIBA SERVICIOS Y BENEFICIOS DE SALUD CUBIERTOS DE PARTE DE **AMERIGROUP** A TRAVÉS DEL PROGRAMA CHIP.

Emitida por

Amerigroup Texas, Inc.
800-600-4441

En asociación con:

Children's Health Insurance Program
PO Box 149276
Austin, TX 78714-9983
800-647-6558

HAVE A COMPLAINT OR NEED HELP?

If you have a problem with a claim or your premium, call your insurance company or HMO first. If you can't work out the issue, the Texas Department of Insurance may be able to help.

Even if you file a complaint with the Texas Department of Insurance, you should also file a complaint or appeal through your insurance company or HMO. If you don't, you may lose your right to appeal.

Amerigroup Texas, Inc.

To get information or file a complaint with your insurance company or HMO:

Call: Member Services at **800-600-4441 (TTY 711)**

Toll-free: **800-600-4441 (TTY 711)**

Online: **myamerigroup.com/TX**

Email: **dl-txmemberadvocates@anthem.com**

Mail: Member Advocates

Amerigroup

2505 N. Highway 360, Suite 300

Grand Prairie, TX 75050

The Texas Department of Insurance

To get help with an insurance question or file a complaint with the state:

Call with a question: **800-252-3439**

File a complaint: **www.tdi.texas.gov**

Email: **ConsumerProtection@tdi.texas.gov**

Mail: Consumer Protection, MC: CO-CP

Texas Department of Insurance

PO Box 12030

Austin, TX 78711-2030

¿TIENE UNA QUEJA O NECESITA AYUDA?

Si tiene un problema con una reclamación o con su prima de seguro, llame primero a su compañía de seguros o HMO. Si no puede resolver el problema, es posible que el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, por su nombre en inglés) pueda ayudar.

Aun si usted presenta una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una queja a través del proceso de quejas o de apelaciones de su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, podría perder su derecho para apelar.

Amerigroup Texas, Inc.

Para obtener información o para presentar una queja ante su compañía de seguros o HMO:

Llame a: Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**

Teléfono gratuito: **800-600-4441 (TTY 711)**

En línea: **myamerigroup.com/TX**

Correo electrónico: **dl-txmemberadvocates@anthem.com**

Dirección postal: Member Advocates
Amerigroup
2505 N. Highway 360, Suite 300
Grand Prairie, TX 75050

El Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta relacionada con los seguros o para presentar una queja ante el estado:

Llame con sus preguntas al: **800-252-3439**

Presente una queja en: **www.tdi.texas.gov**

Correo electrónico: **ConsumerProtection@tdi.texas.gov**

Dirección postal: Consumer Protection, MC: CO-CP
Texas Department of Insurance
PO Box 12030
Austin, TX 78711-2030

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

- A. La cobertura de SU HIJO bajo Amerigroup
- B. SU contrato con CHIP

II. DEFINICIONES

III. ¿CUÁNDO QUEDA CUBIERTO UN NIÑO INSCRITO?

IV. PAGO POR LA COBERTURA DE SU HIJO

V. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO

- A. Cancelación de inscripción debida a pérdida de elegibilidad de CHIP
- B. Cancelación de inscripción por parte de Amerigroup

VI. MIEMBROS EMBARAZADAS E INFANTES

VII. LA COBERTURA DE SALUD DE SU HIJO

- A. Selección del médico de cuidado primario o proveedor de cuidado primario de SU HIJO
- B. Cambio del médico de cuidado primario o proveedor de cuidado primario de SU HIJO
- C. Niños con enfermedades crónicas, discapacitantes o que amenazan la vida
- D. Servicios de emergencia
- E. Servicios fuera de la red
- F. Continuidad de tratamiento
- G. Notificación de reclamos
- H. Coordinación de beneficios
- I. Subrogación

VIII. ¿CÓMO HAGO UN RECLAMO?

- A. Proceso de reclamo
- B. Apelaciones ante Amerigroup
- C. Apelación interna de determinación adversa
- D. Revisión externa por parte de una organización de revisión independiente
- E. Presentación de reclamos ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI)
- F. Prohibición de represalias

IX. DISPOSICIONES GENERALES

- A. Acuerdo completo, enmiendas
- B. Divulgación y confidencialidad de registros médicos
- C. Error administrativo
- D. Notificación
- E. Validez
- F. Conformidad con las leyes estatales

X. MÁXIMO DE COPAGO PARA EL PERIODO DE INSCRIPCIÓN

XI. TABLA DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS

I. INTRODUCCIÓN

A. La cobertura de SU HIJO bajo Amerigroup

Amerigroup provee beneficios a SU HIJO para servicios de salud cubiertos bajo CHIP y determina si servicios de salud particulares son servicios de salud cubiertos, según lo descrito en la **Sección XI. TABLA DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS** a continuación. Si está inscrito apropiadamente, SU HIJO es elegible para los beneficios descritos en la **Sección XI**. Todos los servicios deben ser provistos por médicos y proveedores participantes excepto por servicios de emergencia y por servicios fuera de la red que están autorizados por Amerigroup. USTED tiene un contrato con Amerigroup con respecto a asuntos establecidos en esta Sección I.A, como están descritos más plenamente en este Contrato.

B. SU contrato con CHIP

CHIP ha determinado que SU HIJO es elegible para recibir cobertura y bajo cuáles circunstancias finalizará la cobertura. CHIP también ha determinado la elegibilidad de SU HIJO para otros beneficios bajo el programa CHIP.

II. DEFINICIONES

ADMINISTRATOR (ADMINISTRADOR): El contratista con el estado que administra funciones de inscripción para miembros de CHIP de Amerigroup.

Adverse Determination (Determinación adversa): Una decisión que es tomada por NOSOTROS o NUESTRO agente de revisión de utilización de que los servicios de cuidado de la salud suministrados o que se proponga suministrar a un NIÑO no son necesarios por motivos médicos o no son apropiados.

CHILD (NIÑO): Cualquier niño que CHIP haya determinado que es elegible para cobertura y quien está inscrito en este plan.

CHIP (CHIP): El programa de Seguro de Salud para Niños el cual provee cobertura a cada NIÑO de conformidad con un acuerdo entre Amerigroup y la Comisión de Salud y Servicios Humanos del estado de Texas.

Copayment (Copago): El monto que se le requiere pagar cuando su HIJO usa ciertos servicios de salud cubiertos dentro del plan de beneficios de salud. Una vez se hace el copago, no se le requiere hacer pagos adicionales por estos servicios de salud cubiertos.

Covered Health Services or Covered Services or Coverage (Servicios de salud cubiertos o servicios cubiertos o cobertura): Aquellos servicios necesarios por motivos médicos que están listados en la Sección XI. TABLA DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS, de este plan de beneficios de salud. Los servicios cubiertos también incluyen cualquier servicio adicional ofrecido por Amerigroup como Servicios de valor agregado (VAS) en la Sección XI. TABLA DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS, de este plan de beneficios de salud.

Disability (Discapacidad): Un trastorno físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades vitales importantes de una persona, tal como cuidarse por sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, aprender y/o trabajar.

Emergency Behavioral Health Condition (Condición de salud del comportamiento de emergencia): Cualquier condición, independientemente de la naturaleza o causa de la condición, que en la opinión de una persona común prudente que posea un conocimiento promedio de salud y medicina:

1. Requiere intervención inmediata y/o atención médica sin la cual un NIÑO presentaría un peligro inmediato para sí mismo u otras personas o
2. Incapacita al NIÑO para controlar, conocer o entender las consecuencias de sus acciones.

Emergency Condition (Condición de emergencia): Significa una condición médica de emergencia o una condición de salud del comportamiento de emergencia.

Emergency Medical Condition (Condición médica de emergencia): Una condición médica que se manifieste por síntomas agudos de aparición reciente y gravedad suficiente (incluyendo dolor agudo), que una persona común prudente, que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de cuidado médico inmediato podría producir:

1. Colocar en riesgo grave la salud del paciente
2. Deterioro grave de las funciones corporales
3. Disfunción grave de cualquier órgano corporal o parte del cuerpo
4. Deformidad grave
5. En el caso de una embarazada, riesgo grave a la salud de una mujer o su niño nonato

Emergency Services and Emergency Care (Servicios de emergencia y cuidado de emergencia): Servicios en hospitalización o ambulatorios cubiertos suministrados por un proveedor que está calificado para prestar dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia y/o condición de salud del comportamiento de emergencia, incluyendo servicios de cuidado de postestabilización.

Experimental and/or Investigational (Experimental y/o investigativo): Un servicio o suministro es experimental y/o investigativo si NOSOTROS determinamos que uno o más de los siguientes es cierto:

1. El servicio o suministro está bajo estudio o en un ensayo clínico para evaluar su toxicidad, seguridad o eficacia para un diagnóstico o conjunto de indicaciones en particular. Los ensayos clínicos incluyen pero no están limitados a ensayos clínicos de Fase I, II y III.

2. La opinión predominante dentro de la especialidad apropiada de la profesión médica de Estados Unidos es que el servicio o suministro necesita mayor evaluación para el diagnóstico o conjunto de indicaciones particular antes que sea usado fuera de ensayos clínicos u otros entornos de investigación. NOSOTROS determinaremos si este elemento 2 es cierto basados en:
 - a. Informes publicados en literatura médica autorizada, y
 - b. Regulaciones, informes, publicaciones y evaluaciones emitidas por agencias gubernamentales tales como la Agencia para Políticas e Investigación del Cuidado de la Salud, los Institutos Nacionales de Salud y la FDA
3. En el caso de un medicamento, un dispositivo u otro suministro que esté sujeto a aprobación de la FDA:
 - a. No tiene aprobación de la FDA o
 - b. Tiene aprobación de la FDA bajo su regulación de Nuevo Medicamento Investigativo para Tratamiento o una regulación similar
 - c. Tiene aprobación de la FDA, pero está siendo usado para una indicación o a una dosis que no es un uso aceptado fuera de la etiqueta. Los usos fuera de la etiqueta de medicamentos aprobados por la FDA no son considerados experimentales o investigativos si se determina que:
 - i) Están incluidos en uno o más de los siguientes compendios médicos: Evaluaciones de Medicamentos de la American Medical Association, Información de Medicamento del American Hospital Formulary Service, Información de la Farmacopea de Estados Unidos y otros compendios autorizados según lo identificado de vez en cuando por el Secretario de Salud y Servicios Humanos o
 - ii) además, la aptitud médica de usos fuera de la etiqueta no incluidos en los compendios puede ser establecida en base a evidencia clínica de apoyo en publicaciones médicas revisadas por colegas
4. La junta de revisión institucional del médico o proveedor reconoce que el uso del servicio o suministro es experimental o investigativo y está sujeto a la aprobación de la junta.
5. Los protocolos de investigación indican que el servicio o suministro es experimental o investigativo. Este elemento 5, aplica para protocolos usados por el médico o proveedor del NIÑO al igual que para protocolos usados por otros médicos o proveedores que estudian sustancialmente el mismo servicio o suministro.

Health Benefit Plan or Plan (Plan de beneficios de salud o plan): La cobertura provista al NIÑO emitida por Amerigroup que provee servicios de salud cubiertos.

Amerigroup (Amerigroup): [Nombre de la organización para el mantenimiento de la salud] mencionada de otra forma como NOSOTROS, NOS o NUESTRO.

Home Health Services (Servicios de salud en el hogar): Servicios de salud provistos en la casa de un NIÑO por personal de cuidado de la salud, según lo prescrito por el médico responsable u otra autoridad designada por Amerigroup.

Hospital (Hospital): Una institución pública o privada autorizada según lo definido por el Capítulo 241, del Código de Salud y Seguridad de Texas, o en el Subtítulo C, Título 7, del Código de Salud y Seguridad de Texas.

Illness (Enfermedad): Una dolencia o afección física o mental.

Independent Review Organization (Organización de revisión independiente): Una entidad que está certificada por el Comisionado de Seguros bajo el Capítulo 4202 para realizar una revisión independiente de Determinaciones Adversas.

Injury or Accidental Injury (Lesión o lesión accidental): Trauma o daño accidental sufrido por el NIÑO a una parte o sistema del cuerpo que no sea el resultado de enfermedad, padecimiento corporal o cualquier otra causa.

Life-threatening (Que amenaza la vida): Una enfermedad o condición para la cual la probabilidad de muerte es probable a menos que el curso de la enfermedad o condición sea interrumpido.

Medically Necessary Services (Servicios necesarios por motivos médicos): Servicios de salud que:

Physical (Físicos):

- Sean razonables y necesarios para prevenir enfermedades o condiciones médicas o dar un diagnóstico temprano, intervenciones y/o tratamientos para condiciones que causan sufrimiento o dolor, causan deformaciones físicas o limitan la función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, causan enfermedad o padecimiento de un NIÑO ponen en riesgo la vida
- Sean proporcionados en centros adecuados y a los niveles apropiados de cuidado para el tratamiento de las condiciones médicas del NIÑO
- Sean consistentes con normas y estándares de la práctica de cuidado de la salud que sean emitidas por organizaciones de cuidado de la salud con reconocimiento profesional o agencias gubernamentales
- Sean consistentes con diagnósticos de las condiciones
- No sean más intrusivos o restrictivos que lo necesario para dar un balance adecuado de seguridad, efectividad y eficiencia
- No sean experimentales o investigativos y
- No sean principalmente para la conveniencia del NIÑO o el proveedor de cuidado de la salud

Behavioral (Del comportamiento):

- Sean razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o dependencia química o para mejorar, mantener o evitar un deterioro del funcionamiento resultante del trastorno
- Sean provistos de acuerdo con normas y estándares clínicos aceptados profesionalmente de práctica en cuidado de la salud del comportamiento

- No sean experimentales o investigativos y
- No sean principalmente para la conveniencia del NIÑO o el proveedor de cuidado de la salud

Los servicios necesarios por motivos médicos deben ser suministrados en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el cual los servicios puedan ser provistos con seguridad y deben ser provistos al nivel más apropiado de suministro o servicio que pueda ser provisto con seguridad y no podrían ser omitidos sin afectar adversamente la salud física y/o mental del NIÑO o la calidad de cuidado provisto.

Member (Miembro): Cualquier NIÑO cubierto, hasta los 19 años de edad, que sea elegible para beneficios bajo el Título XXI de la Ley del Seguro Social y que esté inscrito en el programa CHIP de Texas.

Out-of-Area (Fuera del área): Cualquier lugar fuera del área de servicio de CHIP de Amerigroup.

Pediatrician (Pediatra): Un médico que tenga elegibilidad/certificación de la junta médica en pediatría por parte de la American Board of Pediatrics.

Physician (Médico): Cualquier persona autorizada para practicar la medicina en el estado de Texas.

Primary Care Physician or Primary Care Provider (Médico de cuidado primario o proveedor de cuidado primario): Un médico o proveedor que haya acordado con Amerigroup proveer un hogar médico a un NIÑO y que es responsable por proveer cuidado inicial y primario a pacientes, manteniendo la continuidad de cuidado al paciente e iniciando referido para cuidado.

Provider (Proveedor): Cualquier institución, organización o persona, que no sea un médico, que está certificada para o de otra forma autorizada para proveer servicio de cuidado de la salud en este estado. El término incluye, pero no está limitado a un hospital, médico de quiropráctica, farmacéuta, enfermera certificada, optómetra, oculista certificado, farmacia, centro de enfermería especializado o agencia de salud en el hogar.

Serious Mental Illness (Enfermedad mental grave): Las siguientes enfermedades psiquiátricas según lo definido por la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas (DSM):

1. Esquizofrenia
2. Paranoia y otros trastornos psicóticos
3. Trastornos bipolares (hipomaniaco, maniaco, depresivo y mixto)
4. Trastornos depresivos importantes (episodio único o recurrente)
5. Trastornos esquizoafectivos (bipolares o depresivos)
6. Trastornos generalizados del desarrollo
7. Trastornos obsesivos - compulsivos y
8. Depresión en la niñez y adolescencia

Service Area (Área de servicio): Área de servicio de proveedor CHIP según lo definido por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Specialist Physician (Médico especialista): Un médico participante, distinto a un médico de cuidado primario, bajo contrato con Amerigroup para proveer servicios de salud cubiertos por referido del médico de cuidado primario o proveedor de cuidado primario.

Urgent Behavioral Health Care (Cuidado de la salud del comportamiento urgente): Una condición de salud del comportamiento que requiere atención y evaluación en un plazo de 24 horas, pero que no coloca al NIÑO en peligro inmediato para él mismo u otras personas y el NIÑO puede cooperar con el tratamiento.

Urgent Care (Cuidado urgente): Una condición de salud incluyendo un cuidado de la salud del comportamiento urgente que no es una emergencia, pero es lo suficientemente grave o dolorosa para causar que una persona común prudente, que posea un conocimiento promedio de medicina, piense que su condición requiere evaluación de tratamiento médico o tratamiento en un plazo de 24 horas por parte del PCP del NIÑO o quien este designe para evitar deterioro grave de la condición o salud del NIÑO.

Usual and Customary Charge (Cargo usual y acostumbrado): El cargo usual hecho por un grupo, entidad, o persona que presta o suministra servicios, tratamientos o suministros cubiertos; siempre y cuando el cargo no sea en exceso del nivel general de cargos hechos por otros que prestan o suministran el mismo o similares servicios, tratamientos o suministros.

Utilization Review (Revisión de utilización): El sistema de revisión retrospectiva, concurrente o prospectiva de la necesidad y adecuación médica de servicios de salud cubiertos provistos, que se está proveyendo o que se propongan proveer a un NIÑO. El término no incluye solicitudes electivas de aclaración de cobertura.

Utilization Review Agent (Agente de revisión de utilización): Una entidad que está certificada por el Comisionado de Seguros para realizar una revisión de utilización.

YOU and YOUR (USTED y SU): La familia o el tutor del NIÑO.

III. ¿CUÁNDO QUEDA CUBIERTO UN NIÑO INSCRITO?

Los niños que se inscriben en CHIP por primera vez o que regresan a CHIP después de la cancelación de su inscripción serán inscritos el 1er día del mes siguiente a la finalización del proceso de inscripción. Los niños cubiertos por seguro privado en un plazo de 90 días de la solicitud pueden estar sujetos a un periodo de espera, el cual se extiende por un periodo de 90 días después de la última fecha en que el solicitante fue cubierto bajo un plan de beneficios de salud.

IV. PAGO POR LA COBERTURA DE SU HIJO

Si se le exige pagar una cuota de inscripción para la cobertura de CHIP de su HIJO, la cuota es pagadera con SU formulario de inscripción.

V. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO

A. Cancelación de inscripción debida a pérdida de elegibilidad de CHIP

La cancelación de la inscripción puede ocurrir si SU HIJO pierde elegibilidad para CHIP.

SU HIJO puede perder elegibilidad para CHIP por los siguientes motivos:

1. “Sobrepasar la edad” cuando el NIÑO cumple diecinueve años
2. No re-inscribirse para finales del periodo de cobertura de 12 meses
3. Cambio en estado del seguro de salud, por ejemplo: el NIÑO se inscribe en un plan patrocinado por el empleador
4. Muerte del NIÑO
5. El NIÑO se muda permanentemente fuera del estado
6. El NIÑO es inscrito en Medicaid o Medicare
7. No abandonar el seguro actual si se determinó que el NIÑO era elegible para CHIP debido a que el costo del seguro de salud bajo el plan actual de Amerigroup totalizaba 10 por ciento o más de los ingresos netos de la familia
8. El padre o representante autorizado del NIÑO solicita (por escrito) la cancelación de inscripción voluntaria del NIÑO
9. No responder a una solicitud de verificación de ingresos durante el mes seis del periodo de inscripción (solo requerido para ciertas familias) o si la información de ingresos proporcionada indica que los ingresos de la familia exceden los límites de ingresos de CHIP

B. Cancelación de inscripción por parte de Amerigroup

La inscripción de SU HIJO puede ser cancelada por NOSOTROS, sujeto a la aprobación de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, por los siguientes motivos:

1. Fraude o falsa declaración material intencional hecha por USTED después de 15 días de notificación por escrito
2. Fraude en el uso de servicios o instalaciones después de 15 días de notificación por escrito
3. Mala conducta que sea perjudicial para las operaciones seguras del plan y la prestación de servicios
4. El NIÑO ya no vive o reside en el área de servicio
5. El NIÑO es negativo, rebelde, amenazador o poco cooperador hasta el grado que la afiliación del NIÑO deteriora gravemente la capacidad de Amerigroup o el proveedor de proveer servicios al NIÑO o de obtener nuevos miembros y la conducta del NIÑO no es causada por una condición de salud física o mental

6. El NIÑO se rehúsa categóricamente a acatar las restricciones de Amerigroup (por ejemplo: usar repetidamente la sala de emergencias en combinación con rehusarse a permitir que Amerigroup trate la condición médica subyacente)

No cancelaremos la inscripción de un NIÑO basado en un cambio en el estado de salud del NIÑO, capacidad mental disminuida, o debido a la cantidad de servicios necesarios por motivos médicos que son usados para tratar la condición del NIÑO. Tampoco cancelaremos la inscripción de un NIÑO debido a conducta poco cooperadora o negativa que sea el resultado de sus necesidades especiales, a menos que esta conducta deteriore gravemente NUESTRA capacidad para suministrar servicios al NIÑO o a otros inscritos.

VI. MIEMBROS EMBARAZADAS E INFANTES

Cuando NOSOTROS recibimos notificación de USTED, SU HIJA o el médico o proveedor de SU HIJA de que se ha diagnosticado un embarazo, NOSOTROS notificaremos a la organización de servicio administrativo de la HHSC.

Dependiendo de SUS ingresos y tamaño familiar, la organización de servicio administrativo de la HHSC puede notificar a USTED y a SU HIJA acerca de su elegibilidad potencial para Medicaid y su capacidad para solicitar Medicaid. En esa situación, el Administrador también dará información apropiada sobre recursos. Un miembro que es potencialmente elegible para Medicaid debe solicitar Medicaid. Un miembro que se determina que es elegible para Medicaid ya no será elegible para CHIP.

Si SU HIJA no es elegible para Medicaid, el Administrador extenderá el periodo de elegibilidad de SU HIJA, si su elegibilidad de otro modo vencería, para garantizar que continúe la cobertura durante su embarazo y hasta el final del segundo mes completo luego del mes de nacimiento del bebé.

Los recién nacidos de miembros de CHIP son inscritos automáticamente en el plan CHIP de la madre. Los infantes que son elegibles para Medicaid no son elegibles para CHIP.

VII. LA COBERTURA DE SALUD DE SU HIJO

A. Selección del médico de cuidado primario o proveedor de cuidado primario de SU HIJO

USTED deberá, al momento de inscribirse en Amerigroup, seleccionar al médico de cuidado primario o proveedor de cuidado primario de SU HIJO. Un miembro femenino puede seleccionar un obstetra/ginecólogo (OB/GYN) para proveer servicios de salud cubiertos dentro del alcance de la práctica de la especialidad profesional del OB/GYN. La selección deberá ser hecha de entre aquellos médicos y proveedores listados en la lista publicada de Amerigroup de médicos y proveedores. USTED tiene la opción de elegir como PCP a un médico de familia con experiencia en tratar a niños, un pediatra u otro proveedor calificado de cuidado de la salud y apropiado para la edad.

USTED deberá confiar en el PCP seleccionado para que dirija y coordine el cuidado del NIÑO y recomiende procedimientos y/o tratamiento.

B. Cambio del médico de cuidado primario o proveedor de cuidado primario de SU HIJO

USTED puede solicitar un cambio del médico de cuidado primario o proveedor de cuidado primario de SU HIJO y un cambio del obstetra/ginecólogo de SU HIJA. SU solicitud debe ser hecha a Amerigroup por lo menos 30 días antes de la fecha efectiva del cambio solicitada.

C. Niños con enfermedades crónicas, discapacitantes o que amenazan la vida

Un NIÑO que tenga una enfermedad crónica, discapacitante o que amenaza la vida puede ser elegible para recibir servicios por encima y más allá de los normalmente provistos. Si se identifica que SU HIJO tiene necesidades especiales de cuidado de la salud, SU HIJO puede ser elegible para servicios de manejo de casos para niños con necesidades especiales de cuidado de la salud (CSHCN) a través del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas.

Un NIÑO que tiene una enfermedad crónica, discapacitante o que amenaza la vida puede solicitar al director médico de Amerigroup el uso de un médico especialista no primario como médico de cuidado primario. El médico especialista debe aceptar el arreglo y aceptar coordinar todas las necesidades de cuidado de la salud del NIÑO.

D. Servicios de emergencia

Cuando SU HIJO es llevado al departamento de emergencias de un hospital, centro médico de emergencias independiente o a un centro de emergencias comparable, el médico/proveedor tratante realizará un examen médico de detección para determinar si existe una emergencia médica y proveerá el tratamiento y estabilización de una condición de emergencia.

Si se requiere cuidado adicional después de que el paciente es estabilizado, el médico/proveedor tratante debe contactar a Amerigroup. Amerigroup debe responder en un plazo de una hora después de recibir la llamada para aprobar o denegar cobertura del cuidado adicional solicitado por el médico/proveedor tratante.

Si Amerigroup está de acuerdo en el cuidado según lo propuesto por el médico/proveedor tratante o si Amerigroup no aprueba o deniega el cuidado propuesto en un plazo de una hora después de recibir la llamada, el médico/proveedor tratante podrá proceder con el cuidado propuesto.

USTED debe notificar a Amerigroup en un plazo de 24 horas de cualquier servicio de emergencia fuera de la red o lo más pronto que sea razonablemente posible.

E. Servicios fuera de la red

Si no hay disponibles servicios de salud cubiertos para SU HIJO a través de médicos o proveedores de la red, Amerigroup, a petición de un médico o proveedor de la red, deberá permitir un referido a un médico o proveedor fuera de la red y deberá reembolsar totalmente al médico o proveedor fuera de la red al cargo usual y acostumbrado o a una tarifa acordada. Amerigroup posteriormente debe proveer una revisión por parte de un especialista de la mismo o similar especialidad que el tipo de médico o proveedor a quien se solicita el referido antes que Amerigroup pueda denegar un referido.

F. Continuidad de tratamiento

El contrato entre Amerigroup y un médico o proveedor debe contemplar que le den a USTED notificación por anticipado razonable de la terminación inminente del plan de un médico o proveedor que esté tratando actualmente a SU HIJO. El contrato también debe contemplar que la terminación del contrato del médico o proveedor, excepto por motivos de competencia médica o conducta profesional, no libera a Amerigroup de su obligación de reembolsar al médico o proveedor que esté tratando a SU HIJO de circunstancia especial, tal como un NIÑO que tiene una discapacidad, una condición aguda, una enfermedad que amenaza la vida, o pasa de la 24th semana de gestación, por el cuidado de SU HIJO a cambio de continuidad de tratamiento actual para SU HIJO que está recibiendo entonces tratamiento necesario por motivos médicos de acuerdo con los dictados de la prudencia médica.

Circunstancia especial significa una condición tal que el médico o proveedor tratante crea razonablemente que la discontinuación del cuidado por parte del médico o proveedor tratante podría causar daño a SU HIJO. La circunstancia especial deberá ser identificada por el médico o proveedor tratante quien debe solicitar que a SU HIJO se le permita continuar tratamiento bajo el cuidado del médico o proveedor y acepta no buscar pago de USTED por ningún monto para el cual USTED no sería responsable si el médico o proveedor estuviera todavía en la red de Amerigroup. Amerigroup deberá reembolsar al médico o proveedor terminado por el tratamiento actual de SU HIJO por 90 días desde la fecha efectiva de la terminación, o por 90 meses si SU HIJO ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal. Para un NIÑO quien al momento de la terminación pase de la 24th semana de gestación, Amerigroup deberá reembolsar al médico o proveedor cesado por tratamiento que se extienda a través del parto, cuidado postparto inmediato y chequeos de seguimiento en un plazo de 6 semanas del parto.

G. Notificación de reclamos

USTED no debe tener que pagar ningún monto por servicios de salud cubiertos excepto por copagos o deducibles. Si USTED recibe una factura de un médico o proveedor que sea por más de sus montos autorizados de copago o deducible, contacte a Amerigroup.

H. Coordinación de beneficios

La cobertura de su HIJO bajo CHIP es secundaria cuando se están coordinando beneficios con cualquier otra cobertura de seguro. Esto significa que la cobertura provista bajo CHIP pagará beneficios por servicios cubiertos que permanecen sin pagar después que cualquier otra cobertura de seguro haya pagado.

I. Subrogación

Amerigroup recibe todos los derechos de recuperación adquiridos por USTED o SU HIJO contra cualquier persona u organización por negligencia o cualquier acto intencionado que resulte en enfermedad o lesión cubierta por Amerigroup, pero solo hasta el grado de dichos beneficios. Al recibir dichos beneficios de parte de Amerigroup, se considera que USTED y SU HIJO han cedido dichos derechos de recuperación a Amerigroup y USTED acepta dar a Amerigroup cualquier ayuda razonable requerida para asegurar la recuperación.

VIII. ¿CÓMO HAGO UN RECLAMO?

A. Proceso de reclamo

Reclamo significa cualquier insatisfacción expresada por USTED oralmente o por escrito a NOSOTROS con cualquier aspecto de NUESTRA operación, incluyendo, pero sin limitarse a, insatisfacción con la administración del plan, procedimientos relacionados con revisión o apelación de una determinación adversa, la denegación, reducción o terminación de un servicio por motivos no relacionados con necesidad médica; la forma en que se provee un servicio o decisiones de cancelación de inscripción.

Si USTED NOS notifica un reclamo oralmente o por escrito, NOSOTROS le enviaremos, a más tardar el quinto día laboral después de la fecha del recibo del reclamo, una carta reconociendo la fecha en que NOSOTROS recibimos SU reclamo. Si el reclamo fue recibido oralmente, NOSOTROS adjuntaremos un formulario de reclamo de una página declarando claramente que el formulario de reclamo debe ser devuelto a NOSOTROS para una resolución pronta.

Después de recibir el reclamo por escrito o el formulario de reclamo de una página de parte de USTED, NOSOTROS investigaremos y enviaremos a USTED una carta con NUESTRA resolución. El tiempo total para reconocer, investigar y resolver su reclamo no excederá 30 días calendario después de la fecha en que NOSOTROS recibimos SU reclamo.

SU reclamo con respecto a una emergencia o denegación de estadía continuada por hospitalización será resuelta en un día laboral después de recibir SU reclamo. La investigación y resolución deberá ser concluida de acuerdo con la inmediatez médica del caso.

USTED puede usar el proceso de apelaciones para resolver una disputa con respecto a la resolución de SU reclamo.

B. Apelaciones ante Amerigroup

1. Si el reclamo no es resuelto a SU satisfacción, USTED tiene derecho ya sea a aparecer en persona ante un panel de apelación de reclamo donde USTED recibe normalmente servicios de cuidado de la salud, a menos que USTED acepte otro sitio, o dirigir una apelación por escrito al panel de apelación de reclamos. NOSOTROS completaremos de proceso de apelaciones a más tardar el trigésimo (30^{mo}) día calendario después de la fecha del recibo de la solicitud de apelación.
2. NOSOTROS enviaremos a USTED una carta de acuse de recibo a más tardar el quinto día después de la fecha del recibo de la solicitud de apelación.
3. NOSOTROS debemos nombrar miembros para el panel de apelación de reclamos, el cual NOS aconsejará sobre la resolución de la disputa. El panel de apelación de reclamos deberá estar compuesto por un número igual de NUESTRO personal, médicos u otros proveedores e inscritos. Un miembro del panel de apelación puede no haber estado involucrado previamente en la decisión disputada.
4. A más tardar el quinto día laboral antes de la reunión programada del panel, a menos que USTED acuerde lo contrario, NOSOTROS le proveeremos a USTED o a SU representante designado:
 - a. Cualquier documentación a ser presentada al panel por NUESTRO personal
 - b. La especialización de cualquier médico o proveedor consultado durante la investigación y
 - c. El nombre y afiliación de cada uno de NUESTROS representantes en el panel
5. USTED o SU representante designado si USTED es un menor o tiene una discapacidad, tienen derecho a:
 - a. Aparecer en persona ante del panel de apelación de reclamo
 - b. Presentar testimonio experto alternativo y
 - c. Solicitar la presencia de y cuestionar a cualquier persona responsable por tomar la determinación previa que resultó en la apelación
6. La investigación o resolución de apelaciones relacionadas con emergencias continuas o denegación de estadías continuadas por hospitalización deberá ser concluida de acuerdo con la inmediatez médica del caso, pero en ningún caso excederá un día laboral después de SU solicitud de apelación.

Debido a la emergencia continua o estadía en el hospital y a petición SUYA, NOSOTROS deberemos proveer, en lugar de un panel de apelación de reclamo, una revisión por un médico o proveedor que no haya revisado el caso anteriormente y que sea de la misma o similar especialidad que maneja regularmente la condición médica, procedimiento, o tratamiento bajo discusión para revisión de la apelación.

7. La notificación de NUESTRA decisión final sobre la apelación debe incluir una declaración de la determinación médica específica, base clínica y criterios contractuales usados para llegar a la decisión final.

C. Apelación interna de determinación adversa

Una determinación adversa es una decisión que es hecha por NOSOTROS o NUESTRO agente de revisión de utilización de que los servicios de cuidado de la salud suministrados o que se proponga suministrar a un NIÑO no son necesarios por motivos médicos o no son apropiados.

Si USTED, SU representante designado o el médico o proveedor registrado de SU HIJO están en desacuerdo con la determinación adversa, USTED, SU representante designado o el médico o proveedor de SU HIJO pueden apelar la determinación adversa oralmente o por escrito.

En un plazo de 5 días laborales después de recibir una apelación escrita de la determinación adversa, NOSOTROS o NUESTRO agente de revisión de utilización le enviarán a USTED, SU representante designado o al médico o proveedor de SU HIJO, una carta reconociendo la fecha de recibo de la apelación. La carta también incluirá una lista de documentos que USTED, SU representante designado o el médico o proveedor de SU HIJO deben enviarnos a NOSOTROS o a NUESTRO agente de revisión de utilización para la apelación.

Si USTED, SU representante designado o el médico o proveedor de SU HIJO apelan oralmente la determinación adversa, NOSOTROS o NUESTRO agente de revisión de utilización le enviarán a USTED, a SU representante designado o al médico o proveedor de SU HIJO un formulario de apelación de una página. No se requiere que USTED devuelva el formulario completado, pero lo exhortamos a hacerlo porque NOS ayudará a resolver SU apelación.

Las apelaciones de determinaciones adversas que involucran emergencias continuas o denegaciones de estadías continuadas en un hospital serán resueltas a más tardar en 1 día laboral desde la fecha en que se reciba toda la información necesaria para completar la apelación. Todas las otras apelaciones serán resueltas a más tardar en 30 días calendario después de la fecha en que NOSOTROS o NUESTRO agente de revisión de utilización recibe la apelación.

D. Revisión externa por parte de una organización de revisión independiente

Si la apelación de la determinación adversa es denegada, USTED, SU representante designado o el médico o proveedor registrado de SU HIJO tienen derecho a solicitar una revisión de esa decisión por parte de una organización de revisión independiente (IRO). Cuando NOSOTROS o NUESTRO agente de revisión de utilización denegamos la apelación, USTED, SU representante designado o el médico o proveedor de SU HIJO recibirán información sobre cómo solicitar una revisión de una IRO de la denegación y los formularios que deben ser completados y devueltos para iniciar el proceso de revisión independiente.

En circunstancias que involucren una condición que amenaza la vida, SU HIJO tiene derecho a una revisión inmediata por parte de una IRO sin tener que cumplir con los procedimientos para apelaciones internas de determinaciones adversas. En situaciones que amenazan la vida, USTED, SU representante designado o el médico o proveedor registrado de SU HIJO pueden contactarnos a NOSOTROS o a NUESTRO agente de revisión de utilización por teléfono para solicitar la revisión por parte de la IRO; y NOSOTROS o NUESTRO agente de revisión de utilización proveerán la información requerida.

Cuando la IRO complete su revisión y emita su decisión, NOSOTROS acataremos la decisión de la IRO. NOSOTROS pagaremos por la revisión de la IRO.

Los procedimientos de apelación descritos anteriormente no prohíben que USTED busque otros remedios apropiados, incluyendo medida cautelar, fallo declaratorio u otro remedio disponible bajo la ley, si USTED cree que el requisito de completar el proceso de apelación y revisión pone la salud de SU HIJO en riesgo grave.

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

Cualquier persona, incluyendo personas que han intentado resolver reclamos a través de NUESTRO proceso de sistema de reclamos y que no están satisfechas con la resolución, pueden denunciar una supuesta violación ante el Departamento de Seguros de Texas, PO Box 12030, Austin, TX 78711-2030. Los reclamos ante el Departamento de Seguros de Texas también pueden ser presentados electrónicamente en www.tdi.texas.gov.

El Comisionado de Seguros deberá investigar un reclamo contra NOSOTROS para determinar cumplimiento en un plazo de sesenta (60) días después que el Departamento de Seguros de Texas reciba el reclamo y toda la información necesaria para que el Departamento determine cumplimiento. El Comisionado puede extender el tiempo necesario para completar una investigación en caso que ocurra cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. Se necesite información adicional
2. Se necesite una revisión en el sitio
3. NOSOTROS, el Médico o Proveedor, o USTED no provean toda la documentación necesaria para completar la investigación u
4. Ocurran otras circunstancias más allá del control del Departamento

F. Prohibición de represalias

1. NOSOTROS no tomaremos ninguna represalia, incluyendo rechazo a renovar cobertura, contra un NIÑO, porque el NIÑO o la persona que actúa a nombre del NIÑO haya presentado un reclamo contra NOSOTROS o apelado una decisión tomada por NOSOTROS.
2. NOSOTROS no participaremos en ninguna represalia, incluyendo terminación o rechazo a renovar un contrato, contra un médico o proveedor, porque el médico o proveedor, en nombre de un NIÑO, presentado razonablemente un reclamo contra NOSOTROS o apelado una decisión tomada por NOSOTROS.

IX. DISPOSICIONES GENERALES

A. Acuerdo completo, enmiendas

Este Contrato y cualquier anexo o enmienda constituyen el acuerdo completo entre USTED y Amerigroup. Para ser válido, cualquier cambio a este Contrato debe ser aprobado por un oficial de Amerigroup y anexado a este Contrato.

B. Divulgación y confidencialidad de registros médicos

Amerigroup acepta mantener y preservar la confidencialidad de cualquiera y todos los registros médicos de SU HIJO o SU familia. Sin embargo, al inscribirse en Amerigroup, USTED autoriza la divulgación de información, según lo permite la ley, y el acceso a cualquiera y todos los registros médicos de SU HIJO para fines relacionados razonablemente con el suministro de servicios bajo este Contrato, a Amerigroup, sus agentes y empleados, el médico de cuidado primario o proveedor de cuidado primario de SU HIJO, proveedores participantes, proveedores externos del Comité de Revisión de Utilización, CHIP y agencias gubernamentales apropiadas. Las protecciones de privacidad de Amerigroup están descritas más detalladamente en su Notificación de prácticas de privacidad. La Notificación de prácticas de privacidad está disponible en myamerigroup.com/TX o puede solicitar una copia llamando al **800-600-4441**.

C. Error administrativo

Los errores administrativos en mantener registros del Contrato SUYO y de SU HIJO con CHIP:

1. No denegarán cobertura que de otra forma habría sido otorgada y
2. No continuarán cobertura que de otra forma habría terminado

En caso de que datos importantes dados a CHIP sobre SU HIJO no sean precisos y afecten la cobertura:

1. Los datos correctos serán usados por CHIP para decidir si la cobertura están en vigencia y
2. Se hará cualquier ajuste y/o indemnización necesarios

D. Notificación

Los beneficios para la Compensación de Trabajadores no son afectados.

E. Validez

La inexigibilidad o invalidez de cualquier disposición de esta Evidencia de Cobertura no deberá afectar la exigibilidad o validez del resto de este Contrato.

F. Conformidad con las leyes estatales

Cualquier disposición de este Contrato que no esté en conformidad con la Ley de HMO de Texas, y las leyes o regulaciones estatales o federales que rigen CHIP, u otras leyes o regulaciones aplicables no deberán invalidarse, sino que deberán ser interpretadas y aplicadas como si estuvieran en total cumplimiento con la Ley de HMO de Texas y leyes o regulaciones estatales y federales que rigen CHIP y otras leyes o regulaciones aplicables.

X. MÁXIMO DE COPAGO FAMILIAR PARA EL PERIODO DE INSCRIPCIÓN

Bajo este plan, hay un límite por familia sobre los copagos que USTED debe hacer por servicios de salud cubiertos cada periodo de inscripción. Es SU responsabilidad mantenerse al día con cuánto USTED ha pagado por servicios de salud cubiertos y proveer prueba a CHIP. CHIP notificará a USTED el monto de SU copago máximo y proveerá a USTED un formulario simplificado que USTED puede usar para mantenerse al día con el monto de copagos que USTED ha hecho.

USTED debe notificar a CHIP cuando el máximo de copago bajo el plan haya sido pagado. Cuando USTED notifica a CHIP sobre llegar al máximo de copago, CHIP emitirá una nueva tarjeta de identificación de miembro para cada NIÑO de SU familia. La nueva tarjeta de identificación de miembro notificará a los médicos y proveedores participantes que eximan el copago para el resto del periodo de inscripción del NIÑO.

XI. TABLA DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS

Estos servicios de salud cuando sean necesarios por motivos médicos deben ser suministrados en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el cual los servicios puedan ser provistos con seguridad y deben ser provistos al nivel más apropiado o suministro de servicio que pueda ser provisto con seguridad y que no podrían ser omitidos sin afectar adversamente la salud física o la calidad del vida del miembro.

El cuidado de emergencia en un servicio cubierto de CHIP y debe ser provisto de conformidad con la **Sección VII. D. Servicios de emergencia**. Refiérase a la **Sección II. Definiciones**, para ver la definición de “Emergencia y Condición de emergencia” y la definición de “Servicios de emergencia y Cuidado de emergencia” para determinar si existe una condición de emergencia.

No hay máximo de por vida sobre beneficios; sin embargo, las limitaciones de 12 meses, periodo de inscripción o de por vida no aplican a ciertos servicios, según lo especificado en el siguiente cuadro. Los copagos aplican hasta que una familia llegue a su máximo de copago del periodo de inscripción específico. Los copagos no se aplican a los servicios preventivos ni a la asistencia por embarazo.

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
<p>Servicios generales agudos y de rehabilitación para pacientes hospitalizados</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico o proveedor provistos en hospital • Habitación semiprivada y comidas (privada si es necesario por motivos médicos según lo certificado por el tratante) • Cuidado de enfermería en general • Servicios especiales de enfermería cuando sea necesario por motivos médicos • UCI y servicios • Comidas y dietas especiales para el paciente • Salas de operación, recuperación y otros tratamientos • Anestesia y administración (componente técnico del centro) • Vendajes, bandejas, moldes, tablillas • Medicinas, medicamentos y productos biológicos • Sangre o productos sanguíneos que no son provistos gratuitamente al paciente y su administración • Radiografías, diagnóstico por imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico del centro) • Pruebas diagnósticas con máquinas (EEGs, EKGs, etc.) • Servicios de oxígeno y terapia de inhalación • Radiación y quimioterapia • Acceso a centros perinatales u hospitales designados por el DSHS como de nivel III que satisfacen niveles de cuidado equivalentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización para cuidado que no sea de emergencia y cuidado después de estabilización de una condición de emergencia • Puede requerir autorización para centro y servicios médicos dentro o fuera de la red para una madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) después de 48 horas de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea 	<p>Aplica copago de hospitalización por admisión.</p>

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
<ul style="list-style-type: none"> • Centro y servicios médicos dentro o fuera de la red para una madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea • Servicios de hospital, médico y otros relacionados, tales como anestesia, asociados con cuidado dental • Servicios en hospitalización asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte prenatal del feto); los servicios en hospitalización asociados con aborto espontáneo o embarazo no viable incluyen, pero no están limitados a: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos de dilatación y curetaje (D&C) - Medicamentos apropiados administrados por el proveedor - Ultrasonido - Examen histológico de muestras de tejido • Servicios de ortodoncia pre-quirúrgicos o post-quirúrgicos para el tratamiento necesario por motivos médicos de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y son provistos como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: <ul style="list-style-type: none"> - Labio leporino y/o paladar hendido - Desviaciones craneofaciales graves, esqueléticas y/o congénitas - Asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento de tumor o su tratamiento • Implantes quirúrgicos 		

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
<ul style="list-style-type: none"> • Otras ayudas artificiales incluyendo implantes quirúrgicos • Los servicios en hospitalización para una mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - Todas las etapas de reconstrucción en la mama afectada - Prótesis mamaria externa para las mamas, en las cuales se hayan realizado procedimientos de mastectomía necesarios por motivos médicos - Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir apariencia simétrica y - Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas • Los dispositivos que se pueden implantar están cubiertos bajo servicios en hospitalización y ambulatorios y no cuentan para el límite del periodo de 12 meses de DME 		
<p>Centros de enfermería especializados (incluye hospitales de rehabilitación)</p> <p>Los servicios incluyen, pero no están limitados a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alojamiento semi-privado y comidas • Servicios regulares de enfermería • Servicios de rehabilitación • Suministros médicos y uso de aparatos y equipos suministrados por el centro 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización y receta médica • Límite de 60 días por periodo de 12 meses 	Ninguno
<p>Servicios ambulatorios de cuidado de la salud en hospital, de rehabilitación integral, clínica (incluyendo centro de salud)</p> <p>Los servicios incluyen, pero no están limitados, los siguientes servicios provistos en</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede requerir autorización previa y receta médica 	Ninguno para servicios preventivos

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
<p>la clínica de un hospital o sala de emergencias de un hospital, una clínica o centro de salud, departamento de emergencia basado en hospital o un entorno de cuidado de la salud ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografía, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico) • Pruebas diagnósticas con máquinas • Servicios de centro quirúrgico ambulatorio • Medicinas, medicamentos y productos biológicos • Moldes, tablillas y vendajes • Servicios de salud preventiva • Terapia física, ocupacional y del habla • Diálisis renal • Servicios respiratorios • Radiación y quimioterapia • Sangre o productos sanguíneos que no son provistos gratuitamente al paciente y la administración de estos productos • Servicios de centro y médicos relacionados, tales como anestesia, asociados con cuidado dental, cuando son provistos en un centro quirúrgico ambulatorio certificado • Servicios ambulatorios asociados con aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte prenatal del feto). Los servicios ambulatorios asociados con aborto espontáneo o embarazo no viable incluyen, pero no están limitados a: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos de dilatación y curetaje (D&C) - Medicamentos apropiados 		

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
<p>administrados por el proveedor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrasonidos y - Examen histológico de muestras de tejido <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ortodoncia pre-quirúrgicos o post-quirúrgicos para el tratamiento necesario por motivos médicos de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y son provistos como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar: <ul style="list-style-type: none"> - Labio leporino y/o paladar hendido; o - Desviaciones craneofaciales graves, esqueléticas y/o congénitas o - Asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento de tumor o su tratamiento • Implantes quirúrgicos • Otras ayudas artificiales incluyendo implantes quirúrgicos • Los servicios ambulatorios provistos en un hospital ambulatorio y centro de cuidado de la salud ambulatorio para una mastectomía y reconstrucción mamaria según sean clínicamente apropiados, incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - Todas las etapas de reconstrucción en la mama afectada - Prótesis mamaria externa para la(s) mama(s) en la(s) que una mastectomía fue necesaria por motivos médicos - Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir apariencia simétrica y - Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfoedemas • Los dispositivos que se pueden implantar están cubiertos bajo servicios 		

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
en hospitalización y ambulatorios y no cuentan para el límite del periodo de 12 meses de DME		
Servicios en centros de maternidad brindados por un centro de maternidad con licencia	<ul style="list-style-type: none"> - Limitado a servicios en centros (por ej., parto y nacimiento) - No se aplica a los miembros de CHIP Perinate 	
Servicios prestados por una enfermera obstétrica certificada o un médico en un centro de maternidad con licencia <ul style="list-style-type: none"> - Miembros de CHIP: La cobertura incluye servicios prenatales y servicios de maternidad brindados en un centro de maternidad con licencia. - Miembros de CHIP Perinate: La cobertura incluye servicios brindados a un recién nacido inmediatamente después del nacimiento. 		
Servicios profesionales médicos/sanitarios Los servicios incluyen, pero no están limitados a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de niño sano y servicios de salud preventiva recomendados por la Academia Americana de Pediatría (incluyendo pero sin limitarse a exámenes de detección de la vista y audición e inmunizaciones) • Visitas al consultorio del médico, servicios en hospitalización y ambulatorios • Servicios de laboratorio, radiografías, diagnóstico por imágenes y patología, incluyendo componente técnico y/o interpretación profesional • Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico • Pruebas de alergias, suero e inyecciones • Componente profesional (en hospitalización/ambulatorio) de servicios quirúrgicos, incluyendo: 	Puede requerir autorización para servicios de especialidad	Aplica copago para visita al consultorio. Los copagos no aplican a visitas preventivas o visitas prenatales después de la primera visita.

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
<ul style="list-style-type: none"> - Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos incluyendo cuidado apropiado de seguimiento - Administración de anestesia por un médico (distinto al cirujano) o CRNA - Segundas opiniones quirúrgicas - Cirugía del mismo día realizada en un hospital sin estadía por la noche • Procedimientos diagnósticos invasivos tales como exámenes endoscópicos • Servicios médicos basados en hospital (incluyendo componentes técnicos y de interpretación realizados por médico) • Los servicios médicos y profesionales para una mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: <ul style="list-style-type: none"> - Todas las etapas de reconstrucción en la mama afectada - Prótesis mamaria externa para la(s) mama(s) en la(s) que una mastectomía fue necesaria por motivos médicos - Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir apariencia simétrica y - Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfoedemas <p>Servicios médicos dentro o fuera de la red para una madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea.</p> <p>Servicios médicos necesarios por motivos médicos para apoyar a un dentista que provee servicios dentales a un miembro de CHIP tal como anestesia general o sedación intravenosa (IV).</p>		

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
<p>Servicios médicos asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte prenatal del feto). Los servicios médicos asociados con aborto espontáneo o embarazo no viable incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos de dilatación y curetaje (D&C) • Medicamentos apropiados administrados por el proveedor • Ultrasonidos y • Examen histológico de muestras de tejido <p>Servicios de ortodoncia pre-quirúrgicos o post-quirúrgicos para el tratamiento necesario por motivos médicos de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y son provistos como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente delineado para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labio leporino y/o paladar hendido o • Desviaciones craneofaciales graves, esqueléticas y/o congénitas o • Asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento de tumor o su tratamiento 		
<p>Cuidado prenatal y servicios y suministros familiares pre-embarazo</p> <p>Los servicios de cuidado prenatal ilimitados y cuidado necesario por motivos médicos, cubierto relacionado con enfermedades, dolencias o anomalías relacionadas con el sistema reproductivo y limitaciones y exclusiones a estos servicios están descritos bajo servicios en hospitalización, ambulatorios y médicos.</p> <p>Los beneficios de salud primarios y</p>		

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
preventivos no incluyen servicios y suministros reproductivos familiares previos al embarazo, o medicamentos recetados solo para el fin de cuidado de la salud reproductivos primario y preventivo.		
<p>Equipo médico duradero (DME), dispositivos protésicos y suministros médicos desechables</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen DME (equipo que puede soportar el uso repetido y es principal y habitualmente usado para un propósito médico, por lo general no es útil para una persona en ausencia de enfermedad, lesión o discapacidad y es apropiado para uso en el hogar), incluyendo dispositivos y suministros que sean necesarios por motivos médicos y necesarios para una o más actividades del diario vivir y apropiados para ayudar en el tratamiento de una condición médica, incluyendo pero sin limitarse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujetadores ortóticos y ortótica • Dispositivos dentales • Dispositivos protésicos tales como ojos artificiales, extremidades, sujetadores y prótesis mamarias externas • Anteojos protésicos y lentes de contacto para el manejo de enfermedad oftalmológica grave • Otras ayudas artificiales incluyendo implantes quirúrgicos • Prótesis auditivas • Los dispositivos que se pueden implantar están cubiertos bajo servicios en hospitalización y ambulatorios y no cuentan para el límite del periodo de 12 meses de DME • Suministros médicos desechables específicos para diagnóstico, incluyendo fórmula especial recetada específica para diagnóstico y suplementos alimenticios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede requerir autorización previa y receta médica • Límite de \$20,000 por periodo de 12 meses para DME, prótesis, dispositivos y suministros médicos desechables (dispositivos que se pueden implantar, suministros y equipos diabéticos no cuentan para este tope) 	Ninguno

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
<p>Servicios de salud en el hogar y la comunidad</p> <p>Servicios que son provistos en el hogar y la comunidad, incluyendo pero sin limitarse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infusión en el hogar • Terapia respiratoria • Visitas de servicios privados de enfermería (R.N., L.V.N.) • Visitas de enfermería especializada según lo definido para fines de salud en el hogar (puede incluir R.N. o L.V.N.) • Asistente de salud en el hogar cuando es incluido como parte de un plan de cuidado durante un periodo en que se han aprobado visitas especializadas • Terapias física, ocupacional y del habla 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización previa y receta médica <p>Los servicios no tienen la intención de reemplazar al cuidado del NIÑO o proveer alivio para el cuidador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las visitas de enfermería especializada son provistas a nivel intermitente y no tienen la intención de proveer servicios de enfermería especializada las 24 horas • Los servicios no tienen la intención de reemplazar servicios en hospitalización o centro especializado de enfermería de 24 horas 	<p>Ninguno</p>
<p>Servicios de salud mental en hospitalización</p> <p>Servicios de salud mental, incluyendo para enfermedad mental grave, suministrados en un hospital psiquiátrico independiente, unidades psiquiátricas de hospitales generales de cuidado agudo y centros operados por el estado, incluyendo pero sin limitarse a:</p> <p>Pruebas neuropsicológicas y psicológicas.</p>	<p>Requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia</p> <p>No requiere referido del proveedor de cuidado primario.</p> <p>Cuando los servicios psiquiátricos en hospitalización son ordenados por una corte de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573, Subcapítulos B y C, Capítulo 574, Subcapítulos A hasta G del Código de Salud y Seguridad de Texas, el Capítulo 55, Subcapítulo D del Código de Familia de Texas, o como condición de libertad condicional, la orden de la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de servicios debe ser presentada a la corte con jurisdicción sobre el asunto para determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que el</p>	<p>Aplica copago por Hospitalización</p> <p>No copago para servicios de tratamiento residencial</p>

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
<p>Servicios de salud mental ambulatoria</p> <p>Servicios de salud mental, incluyendo para enfermedad mental graves, provistos en forma ambulatoria, incluyendo pero sin limitarse a:</p> <p>Las visitas pueden ser suministradas en una diversidad de entornos de base comunitaria (incluyendo la escuela o el hogar) o en un centro operado por el estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas neuropsicológicas y psicológicas • Manejo de medicamentos • Tratamientos de rehabilitación en el día • Servicios de tratamiento residencial • Servicios ambulatorios sub-agudos (hospitalización parcial o tratamiento de rehabilitación en el día) • Capacitación de habilidades (desarrollo de habilidades psico-educativas) 	<p>miembro está encarcelado.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>No requiere referido del proveedor de cuidado primario.</p> <p>Cuando los servicios psiquiátricos ambulatorios son ordenados por una corte de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573, Subcapítulos B y C, Capítulo 574, Subcapítulos A hasta G, del Código de Salud y Seguridad de Texas, Capítulo 55, Subcapítulo D del Código de Familia de Texas, o como condición de libertad condicional, la orden de la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de servicios debe ser presentada a la corte con jurisdicción sobre el asunto para determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que el miembro está encarcelado.</p> <p>Un proveedor calificado de salud mental - servicios comunitarios (QMHP-CS), es definido por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS) en el Título 25 T.A.C., Parte I, Capítulo 412, Sub capítulo G, División 1), §412.303(48). Los QMHP-CSs deberán ser proveedores que trabajan a través de una autoridad de salud mental local contratada por el DSHS o una entidad aparte contratada por el DSHS. Los QMHP-CSs deberán ser supervisados por un profesional o médico certificado de salud mental y proveer servicios de conformidad con los estándares</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
	del DSHS. Estos servicios incluyen capacitación en habilidades individual y grupal (que pueden ser componentes de intervenciones tales como tratamiento en el día y servicios en el hogar), educación de pacientes y familia y servicios de crisis.	
<p>Servicios para tratamiento de abuso de sustancias en hospitalización</p> <p>Los servicios para tratamiento de abuso de sustancias en hospitalización incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para tratamiento de abuso de sustancias en hospitalización y residenciales incluyendo desintoxicación y estabilización de crisis y programas de rehabilitación residencial de 24 horas 	<p>Requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia</p> <p>No requiere referido del proveedor de cuidado primario.</p> <p>Cuando los servicios para tratamiento del trastorno por abuso de sustancias en hospitalización o residenciales son ordenados por una corte de jurisdicción competente bajo el Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas, o como condición de libertad condicional, la orden de la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de servicios debe ser presentada a la corte con jurisdicción sobre el asunto para determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que el miembro está encarcelado.</p>	<p>Aplica copago por hospitalización</p> <p>No copago para servicios de tratamiento residencial</p>
<p>Servicios para tratamiento de abuso de sustancias ambulatorios</p> <p>Los servicios para tratamiento de abuso de sustancias ambulatorios incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de prevención e intervención que son provistos por proveedores médicos y no médicos, tales como diagnóstico, evaluación y referido para trastornos de dependencia química • Servicios intensivos ambulatorios • Hospitalización parcial 	<p>Requiere autorización previa.</p> <p>No requiere referido del proveedor de cuidado primario.</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
<ul style="list-style-type: none"> Los servicios intensivos ambulatorios están definidos como un servicio no residencial organizado que provee terapia estructurada grupal e individual, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida que consta de por lo menos 10 horas por semana durante cuatro a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día El servicio de tratamiento ambulatorio se define como que consta de al menos una a dos horas por semana que provee terapia estructurada grupal e individual, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida 	<p>Cuando los servicios para tratamiento del trastorno por abuso de sustancias ambulatorios son ordenados por una corte de jurisdicción competente bajo el Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas, o como condición de libertad condicional, la orden de la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de servicios debe ser presentada a la corte con jurisdicción sobre el asunto para determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que el miembro está encarcelado.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación</p> <p>Los servicios incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de habilitación (el proceso de suministrar a un niño los medios para alcanzar hitos de desarrollo apropiados para su edad a través de terapia otratamiento) y rehabilitación incluyen, pero no está limitados a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Terapia física, ocupacional y del habla - Evaluación del desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> Puede requerir autorización previa y receta médica 	Ninguno
<p>Servicios de cuidado de hospicio</p> <p>Los servicios incluyen, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidado paliativo, incluyendo servicios médicos y de apoyo, para aquellos niños que tienen seis meses o menos de vida, para mantener a los pacientes cómodos durante las últimas semanas y meses antes de la muerte Los servicios de tratamiento, incluyendo tratamiento relacionado con la enfermedad terminal, no son afectados 	<p>Requiere autorización y receta médica</p> <p>Los servicios aplican a diagnóstico de hospicio.</p> <p>Hasta un máximo de 120 días con expectativa de vida de 6 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los pacientes que eligen servicios de hospicio pueden cancelar esta elección en cualquier momento 	Ninguno

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
por elegir servicios de cuidado de hospicio		
<p>Servicios de emergencia, incluyendo hospitales, médicos y servicios de ambulancia de emergencia</p> <p>El plan de salud no puede requerir autorización como condición para el pago por condiciones de emergencia relacionadas o labor y parto.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de emergencia basados en la definición de una persona común prudente de condición de salud de emergencia • Servicios auxiliares y de sala de departamento de emergencias de hospital y servicios médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en proveedores tanto dentro como fuera de la red • Examen médico de detección • Servicios de estabilización • Acceso a centros de trauma u hospitales designados por el DSHS como de nivel I y nivel II que satisfacen niveles de cuidado equivalentes para servicios de emergencia • Transporte de emergencia por tierra, aire y agua • Servicios dentales de emergencia, limitado a mandíbula fracturada o dislocada, daño traumático a dientes, remoción que quistes y tratamiento relacionado con absceso oral originado en dientes o encías 	<p>Requiere autorización para servicios de post estabilización</p>	<p>Aplica copago para servicios que no sean emergencia de la sala de emergencias</p>
<p>Trasplantes</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usando normas actualizadas de la FDA, todas las formas de trasplante de 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización 	<p>Ninguno</p>

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
<p>órganos y tejidos humanos no experimentales y todas las formas de trasplantes de córnea, médula espinal y células madres periféricas no experimentales, incluyendo gastos médicos del donante</p>		
<p>Beneficio de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de los ojos para determinar la necesidad de y receta de lentes correctivos por periodo de 12 meses sin autorización • Un par de accesorios ópticos no protésicos por periodo de 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • El plan de salud puede limitar razonablemente el costos de los marcos/lentes <p>Puede requerir autorización para lentes protectores y de policarbonato cuando sean necesarios por motivos médicos como parte de un plan de tratamiento para enfermedades cubiertas de los ojos.</p>	<p>Aplica copago para visita al consultorio</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos no requieren receta médica y están limitados a subluxación de la columna vertebral.</p>	<p>Puede requerir autorización para límite de 12 visitas por periodo de 12 meses (independientemente del número de servicios o modalidades provistas en una visita)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización para visitas adicionales 	<p>Aplica copago para visita al consultorio</p>
<p>Programa para dejar de fumar</p> <p>Cubierto hasta \$100 de límite por un periodo de 12 meses para un programa aprobado por el plan</p>	<p>Requiere autorización</p> <p>El plan de salud define programa aprobado por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede estar sujeto a requisitos del formulario 	<p>Ninguno</p>
<p>Servicios de manejo de casos y coordinación de cuidado</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen información de alcance, manejo de caso, coordinación de cuidado y referido comunitario.</p>		<p>Ninguno</p>
<p>Beneficios de medicamentos</p> <p>Los servicios incluyen, pero no están limitados a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos y productos biológicos ambulatorios; incluyendo medicamentos 	<p>Puede requerir autorización</p>	<p>Aplica copago para medicamentos genéricos</p>

Beneficios cubiertos para miembros de CHIP y miembros recién nacidos de CHIP Perinate	Limitaciones	Copagos* (ver tabla de copagos)
y productos biológicos dispensados por la farmacia y administrados por el proveedor <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos y productos biológicos provistos en un entorno de hospitalización 		Aplica copago para medicamentos de marca
Servicios de valor agregado	Ver Beneficios adicionales	Ninguno

*Los copagos no se aplican a los servicios preventivos ni a la asistencia por embarazo.

EXCLUSIONES

- Tratamientos de infertilidad o servicios reproductivos en hospitalización y ambulatorios que no sean cuidado prenatal, labor y parto y cuidado relacionado con enfermedad, dolencias o anomalías relacionadas con el sistema reproductivo
- Medicamentos anticonceptivos recetados con el único objetivo de cuidado primario y preventivo de la salud reproductiva (es decir que no se lo puede recetar para la planificación familiar)
- Artículos para comodidad personal, incluyendo pero sin limitarse a kits de cuidado personal provistos en una admisión de hospitalización, teléfono, televisión, fotografías infantiles del recién nacido, comidas para invitados del paciente y otros artículos que no sean requeridos para el tratamiento específico de enfermedad o lesión
- Procedimientos o servicios experimentales y/o investigativos, quirúrgicos y otros de cuidado de la salud que no sean empleados o reconocidos generalmente dentro de la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación desfavorable y es elegible para ser revisada por una organización de revisión independiente (tal como se describe en D: "Revisión externa por parte de una organización de revisión independiente").
- Tratamiento o evaluaciones requeridas por terceros, incluyendo, pero sin limitarse a, aquellos para escuelas, empleo, autorización de vuelo, campamentos, seguros o cortes distintos a una corte de jurisdicción competente de conformidad con el Capítulo 573, Subcapítulos B y C, Capítulo 574, Subcapítulo D o Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas y el Capítulo 55, Subcapítulo D del Código de Familia de Texas.
- Servicios dentales solamente con fines cosméticos
- Servicios privados de enfermería cuando son proporcionados en hospitalización o en un centro de enfermería especializado
- Dispositivos mecánicos para reemplazo de órganos, incluyendo pero sin limitarse a un corazón artificial
- Servicios y suministros hospitalarios cuando la internación es únicamente para fines de pruebas diagnósticas, a menos que sean autorizados previamente de otra forma por el plan de salud
- Exámenes de la próstata y mamografías
- Cirugía electiva para corregir la vista
- Procedimientos gástricos para pérdida de peso
- Cirugía cosmética/servicios solamente con fines cosméticos

- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud excepto por cuidado de emergencia y servicios médicos para una madre y su(s) hijo(s) recién nacido(s) por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea
- Servicios, suministros, reemplazos o suministros alimenticios provistos para control del peso o el tratamiento de obesidad, excepto por los servicios relacionados con el tratamiento de obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por el plan de salud
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia
- Inmunizaciones solamente para viajes al extranjero
- Cuidado de los pies de rutina tal como cuidado higiénico (el cuidado de los pies de rutina no incluye tratamiento de lesión o complicaciones de la diabetes)
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, tensionados o planos y el corte o remoción de callosidades, callos y uñas de los pies (esto no aplica a la remoción de raíces de las uñas o tratamiento quirúrgico de condiciones subyacentes a callosidades, callos o uñas encarnadas)
- Reemplazo o reparación de dispositivos protésicos y equipo médico duradero debido al mal uso, abuso o pérdida cuando es confirmado por el miembro o el proveedor
- Zapatos correctivos ortopédicos
- Artículos de conveniencia
- Medicamentos de venta libre
- Ortótica usada principalmente para fines atléticos o recreativos
- Cuidado asistencial (cuidado que ayuda a un niño con las actividades del diario vivir, tal como asistencia para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparación de dieta especial y supervisión de medicación que es usualmente auto-administrado o provisto por un padre; este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico entrenado); esta exclusión no aplica a servicios de hospicio
- Labores domésticas
- Servicios de centro público y cuidado para condiciones que las leyes federales, estatales o locales requieren que sean provistos en un centro público o cuidado provisto mientras está en custodia de autoridades legales
- Servicios o suministros recibidos de una enfermera que no requieren la habilidad y entrenamiento de una enfermera
- Entrenamiento de la vista y terapia de la vista
- Reembolso por servicios de terapia física, ocupacional o del habla en la escuela no está cubierto excepto cuando sea ordenado por un médico/proveedor de cuidado primario
- Gastos no médicos del donante
- Cargos incurridos como donante de un órgano cuando el receptor no está cubierto bajo este plan de salud
- Cobertura mientras viaja fuera de Estados Unidos y sus territorios (incluyendo Puerto Rico, Islas Vírgenes de Estados Unidos, Commonwealth de las Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Americana)

DME/SUMINISTROS

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO
Vendajes elásticos		X	Excepción: Si son provistos y facturados a través de la clínica o agencia de cuidado en el hogar están cubiertos como suministro incidental.
Alcohol para frotar		X	Suministro de venta libre.
Alcohol, hisopos (diabético)	X		Suministro de venta libre no cubierto, a menos que la receta sea provista al momento de dispensarlos.
Alcohol, hisopos	X		Cubierto solo se recibe con terapia intravenosa o kits/suministros de vía central.
Ana Kit Epinefrina	X		Un kit para inyección propia usado por pacientes altamente alérgicos a picaduras de abejas.
Cabestrillo	X		Dispensado como parte de una visita al consultorio.
Attends (Pañales)	X		Cobertura limitada a niños de 4 años de edad en adelante solo cuando son recetados por un médico y usados para proveer cuidado para un diagnóstico cubierto según lo delineado en un plan de cuidado de tratamiento.
Vendajes		X	
Termómetro basal		X	Suministro de venta libre.
Baterías – inicial	X		Para artículos DME cubiertos.
Baterías – reemplazo	X		Para DME cubierto cuando el reemplazo es necesario debido a uso normal.
Betadine		X	Ver suministros de terapia intravenosa.
Libros		X	
Clinitest	X		Para monitoreo de la diabetes.
Bolsas de colostomía			Ver suministros para ostomía
Dispositivos de comunicación		X	
Jalea anticonceptiva		X	Suministro de venta libre. Los anticonceptivos no están cubiertos bajo el plan.
Molde craneal		X	
Dispositivos dentales	X		Cobertura limitada a dispositivos dentales usados para el tratamiento de anomalías craneofaciales, que requieren intervención quirúrgica.
Suministros diabéticos	X		Solución para calibración de monitor, jeringas de insulina, agujas, lancetas, dispositivo de lancetas y tiras de glucosa.

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO
Pañales/calzoncillos para incontinencia/Chux	X		Cobertura limitada a niños de 4 años de edad en adelante solo cuando son recetados por un médico y usados para proveer cuidado para un diagnóstico cubierto según lo delineado en un plan de cuidado de tratamiento.
Diafragma		X	Los anticonceptivos no están cubiertos bajo el plan.
Diastix	X		Para monitoreo de la diabetes.
Dieta, especial		X	
Agua destilada		X	
Suministros de vendajes/vía central	X		Jeringas, agujas, Tegaderm, hisopos con alcohol, hisopos o ungüento con Betadine, cinta. Muchas veces estos artículos son dispensados en un kit cuando incluyen todos los artículos necesarios para un cambio de vendajes.
Suministros de vendajes/decúbito	X		Elegibles para cobertura solo si recibe cuidado cubierto en el hogar para cuidado de heridas.
Suministros de vendajes/terapia intravenosa periférica	X		Elegibles para cobertura solo si recibe terapia intravenosa en el hogar.
Suministros de vendajes/otros		X	
Máscara para polvo		X	
Moldes de orejas	X		Hechos a la medida, post cirugía del oído interior o medio
Electrodos	X		Elegibles para cobertura cuando son usados con un DME cubierto.
Suministros para enemas		X	Suministro de venta libre.
Suministros para nutrición enteral	X		Suministros necesarios (por ejemplo: bolsas, tubos, conectores, catéteres, etc.) son elegibles para cobertura. Los productos para nutrición enteral no están cubiertos excepto por aquellos recetados para trastornos metabólicos hereditarios, un enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que la comida llegue al intestino delgado, o mala absorción debida a enfermedad. disfunción o
Parches para los ojos	X		Cubiertos para pacientes con ambliopía.
Fórmula		X	Excepción: Elegible para cobertura solo para trastornos metabólicos hereditarios crónicos o disfunción o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que la comida llegue al

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO
			<p>intestino delgado; o mala absorción debido a enfermedad (se espera que dure más de 60 días cuando es recetada por el médico y autorizada por el plan). La documentación del médico para justificar receta de la fórmula debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificación de un trastorno metabólico, disfagia que resulta en una necesidad médica de dieta líquida, presencia de una gastrostomía, o enfermedad resultante en mala absorción que requiere un producto nutrición necesario por motivos médicos. <p>No incluye fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para miembros que podrían ser mantenidos en una dieta apropiada para la edad
			<ul style="list-style-type: none"> Usada tradicionalmente para alimentación infantil En forma de pudín (excepto para clientes con disfunción motriz orofaríngea documentada que reciben más del 50 por ciento de su ingesta calórica diaria de este producto) <p>Para el diagnóstico primario de déficit de crecimiento, no aumento de peso, o falta de crecimiento o para infantes menores de doce meses de edad a menos que la necesidad médica esté documentada y se cumplan otros criterios listados anteriormente.</p> <p>Espesantes, comida para bebés u otros productos comestibles regulares que pueden ser licuados y usados con un sistema enteral que <i>no</i> sean necesarios por motivos médicos no están cubiertos, independientemente de que estos productos alimenticios regulares sean tomados oral o parenteralmente.</p>
Guantes		X	Excepción: Vendajes de la vía central o cuidado para heridas provisto por una agencia de salud en el hogar.
Peróxido de hidrógeno		X	Suministro de venta libre.
Artículos de higiene		X	
Almohadillas para incontinencia	X		Cobertura limitada a niños de 4 años de edad en adelante solo cuando son recetados por un médico y usados para proveer cuidado para un diagnóstico cubierto según lo delineado en un plan de cuidado de tratamiento.

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO
Suministros de bomba de insulina (externa)	X		Suministros (por ejemplo: juegos de infusión, reservorio y vendaje de jeringa, etc.) son elegibles para cobertura si la bomba es un artículo cubierto.
Juegos de irrigación, cuidado de heridas	X		Elegibles para cobertura cuando son usados durante cuidado cubierto en el hogar para cuidado de heridas.
Juegos de irrigación, urinario	X		Elegibles para cobertura para personas con catéter urinario interno.
Suministros para terapia intravenosa	X		Tubos, filtro, casetes, poste, hisopos con alcohol, agujas, jeringas y cualquier otro suministro relacionado necesario para terapia intravenosa en el hogar.
Jalea K-Y		X	Suministro de venta libre.
Dispositivo de lancetas	X		Limitado solo a un dispositivo.
Lancetas	X		Elegibles para personas con diabetes.
Eyector de medicamentos	X		
Agujas y jeringas/diabético			Ver suministros diabéticos.
Agujas y jeringas/intravenosa y vía central			Ver suministros de vendajes para terapia intravenosa/vía central
Agujas y jeringas/otros	X		Elegibles para cobertura si un medicamento IM o SubQ está siendo administrado en el hogar.
Salina normal			Ver salina, normal.
Novopen	X		
Suministros para ostomía	X		<p>Los artículos elegibles para cobertura incluyen: correa, bolsillo, bolsas, láminas, chapa de frente, inserto, barrera, filtro, empaque, tapón, kit/manga de irrigación, cinta, preparación de la piel, adhesivos, juegos de drenaje, removedor de adhesivo y desodorante de bolsillo.</p> <p>Los artículos no elegibles para cobertura incluyen: tijeras, desodorantes ambientales, limpiadores, guantes de hule, gaza, cubiertas de bolsillos, jabones y lociones.</p>
Suministros para nutrición parenteral	X		Suministros necesarios (por ejemplo: tubos, filtros, conectores, etc.) son elegibles para cobertura cuando el plan de salud ha autorizado la nutrición parenteral.

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO
Salina, normal	X		Elegible para cobertura: a) Cuando se usa para diluir medicamentos para tratamientos de nebulizador b) Como parte de cuidado cubierto en el hogar para cuidado de heridas c) Para catéter de irrigación urinario interno
Manga para muñón	X		
Medias para muñón	X		
Catéteres de succión	X		
Jeringas			Ver agujas/jeringas.
Cinta			Ver suministros de vendajes, suministros para ostomía, suministros para terapia intravenosa.
Suministros para traqueotomía	X		Cánulas, tubos, lazos, sujetadores, kits de limpieza, etc. son elegibles para cobertura.
Cubiertas protectoras			Ver pañales/calzoncillos para incontinencia/Chux.
Unna Boot	X		Elegibles para cobertura cuando son parte de cuidado de heridas en el hogar. Cargo incidental cuando son aplicados durante visita al consultorio.
Urinario, catéter externo y suministros		X	Excepción: Cubiertos cuando son usados por hombre incontinente donde una lesión a la uretra evita el uso de catéter interno ordenado por el PCP y aprobado por el plan.
Urinario, catéter interno y suministros	X		Cubre de catéter, bolsa de drenaje con tubos, bandeja de inserción, juego de irrigación y salina normal si se necesita.
Urinario, intermitente	X		Cubre suministros necesarios para cateterización intermitente o directa.
Kit para prueba de orina	X		Cuando se determina que es necesario por motivos médicos.
Suministros para urostomía			Ver suministros para ostomía.

