



Manual del miembro de CHIP para miembros de CHIP Perinate

Amerigroup Texas, Inc.

Áreas de servicio de Bexar, Dallas, Harris, Jefferson y Tarrant

mayo de 2023



800-600-4441 (TTY 711)

myamerigroup.com/TX



TEXAS
Health and Human
Services



Amerigroup
Manual del miembro
de CHIP para miembros
de CHIP Perinate

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

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

mayo de 2023

Bienvenido a Amerigroup. Nos complace que usted sea nuestro miembro.

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 médico, recetas y más. Si tiene seguro privado, también tendrá otra tarjeta del plan médico para mostrarla cuando visite a un proveedor.

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

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

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

- Elegir o cambiar su proveedor perinatal
- Actualizar su dirección o número de teléfono
- Enviarnos un mensaje seguro
- Solicitar que le devuelvan una llamada
- Y más

¿Desea cambiar su proveedor perinatal? Elija de entre un extenso grupo de proveedores que trabajan con nuestro plan. Para cambiar su proveedor en línea:

- Vaya a **myamerigroup.com/TX**.
- Use nuestra herramienta **Find a Doctor (Buscar un doctor)** para buscar proveedores del plan que 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 atención primaria)**.

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

MANUAL DEL MIEMBRO DE AMERIGROUP

Para miembros nonatos de CHIP Perinate

2505 N. Highway 360

Suite 300

Grand Prairie, TX 77050

800-600-4441 (TTY 711)

myamerigroup.com/TX

Índice

BIENVENIDO A AMERIGROUP	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
Otros números de teléfono importantes.....	2
SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO DE AMERIGROUP.....	2
¿Cómo se ve mi tarjeta de identificación de Amerigroup?	2
¿Cómo leo y uso mi tarjeta de identificación de Amerigroup?	2
¿Cómo reemplazo mi tarjeta de identificación de Amerigroup si la pierdo o me la roban?	3
PROVEEDORES PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATE	3
¿Qué es un proveedor perinatal?	3
CÓMO CAMBIAR DE PLAN MÉDICO	4
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?.....	4
¿Cuántas veces puedo cambiar de plan médico?.....	4
¿A quién debo llamar acerca de cambiar de plan médico?.....	5
¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan médico?.....	5
COBERTURA DE MEDICAID PARA RECIÉN NACIDOS	5
BENEFICIOS PARA MIEMBROS NONATOS DE CHIP PERINATE.....	6
¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal para mi hijo nonato?.....	6
¿Qué beneficios recibe mi bebé cuando nace?.....	6
¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados de mi hijo nonato?.....	7
¿Tendré que pagar por los servicios que no son beneficios cubiertos?.....	7
¿Cuáles beneficios adicionales recibe un miembro de Amerigroup? ¿Cómo puedo obtener esos beneficios para mi hijo nonato?	7
¿Qué clases de educación sobre salud ofrece Amerigroup?.....	8
Coordinación de servicios para miembros con necesidades de cuidado médico especial	9
¿Qué es la coordinación de servicios para miembros con necesidades de cuidado médico especial? ¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?.....	9

CUIDADO MÉDICO Y OTROS SERVICIOS PARA MIEMBROS NONATOS

DE CHIP PERINATE.....	9
¿Qué significa médicamente necesario?	9
¿Cómo se evalúa la nueva tecnología?	10
¿Qué es la atención médica de rutina?	10
¿Qué es la atención médica de urgencia?	11
¿Qué es la atención médica de emergencia?	11
¿Cuán pronto puedo ver a mi médico?	12
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?.....	12
¿Qué es una remisión?.....	13
¿Qué pasa si necesito servicios que no están cubiertos por CHIP Perinatal?	13
¿Cómo obtengo mis medicamentos?	13
¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi proveedor perinatal?.....	15
¿Cómo elijo un proveedor perinatal y programo una cita?.....	16
¿Qué ocurre si recibo una factura de mi proveedor perinatal? ¿A quién debo llamar?.....	16
¿Qué tengo que hacer si me mudo?.....	17
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?	17
¿Qué son directivas anticipadas?.....	18
¿Cómo obtengo una directiva anticipada?	19
¿Cuándo finaliza la cobertura de CHIP Perinatal?	19
¿Me enviará algo el estado cuando finalicen mis beneficios de CHIP Perinatal?	19
¿Cómo funciona la renovación?	19
¿Puedo elegir el proveedor de atención primaria de mi bebé antes de que nazca?	19
ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD.....	20
¿Qué hace la administración de la calidad por usted?	20
¿Qué son guías de práctica clínica?	20
PLANES DE INCENTIVOS PARA DOCTORES	20
CÓMO TOMAMOS LAS DECISIONES SOBRE SU CUIDADO.....	20
PROCESO DE QUEJAS.....	21
¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién debo llamar?.....	21
¿Puede alguien de Amerigroup ayudarme a presentar una queja?.....	21
¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?.....	21
¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?	21
¿Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?	21
¿Tengo el derecho de reunirme con un panel de apelación de quejas?.....	21
PROCESO PARA APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA (DENEGACIÓN) DE CHIP	22
¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mi hijo que está cubierto, pero Amerigroup lo deniega o lo limita?.....	22
¿Cómo sabré si los servicios son denegados?	22
¿Cuáles son los plazos del proceso de apelación?.....	22
¿Qué es una revisión de especialidad?	23
¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?.....	23
¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?	23
¿Puede alguien de Amerigroup ayudarme a presentar una apelación?	23

APELACIONES ACCELERADAS.....	24
¿Qué es una apelación acelerada?	24
¿Cómo pido una apelación acelerada? ¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?	24
¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?	24
¿Qué pasa si Amerigroup deniega la solicitud de una apelación acelerada?.....	24
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?.....	24
PROCESO DE ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE.....	24
INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO	26
¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?.....	26
GUÍA PARA MIEMBROS SOBRE TÉRMINOS DEL CUIDADO ADMINISTRADO	28
ANEXO A EVIDENCIA DE COBERTURA Y TABLA DE BENEFICIOS Y EXCLUSIONES	31

BIENVENIDO A AMERIGROUP

Información sobre su nuevo plan médico

Le damos la bienvenida a Amerigroup Texas, Inc. Estamos comprometidos a brindarle el cuidado adecuado cerca de su hogar. Obtendrá su cuidado prenatal, de parto y de posparto a través de Amerigroup. Como miembro Perinatal del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP), usted y sus proveedores perinatales trabajarán juntos para que tenga un bebé sano. Para obtener información sobre médicos y hospitales en su área, visite myamerigroup.com/TX o comuníquese con Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

Su manual del miembro de Amerigroup

Este manual le ayudará a entender su plan médico de Amerigroup. Si tiene preguntas o necesita ayuda para entender o leer su manual del miembro, llame a Servicios para Miembros. Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, tales como letra grande, braille o audio.

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

Para miembros que son sordos o tienen problemas auditivos, llame al 711. Amerigroup contratará y pagará a una persona que sepa lenguaje de señas para que le ayude durante sus visitas al médico. 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.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Línea gratuita de Servicios para Miembros de Amerigroup

Si tiene alguna pregunta sobre su plan médico de Amerigroup, puede llamar 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 días feriados estatales aprobados. Si llama después de las 6 p.m. o en un fin de semana o día feriado, deje un mensaje de voz. Un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada al siguiente día hábil. Hay algunas cosas con las que Servicios para Miembros puede ayudarle:

- Este manual del miembro
- Tarjetas de identificación del miembro
- Sus médicos perinatales
- Citas con el médico
- Beneficios de cuidado médico
- Cómo obtener servicios
- Qué hacer en caso de emergencia y/o crisis
- Vida saludable
- Quejas y apelaciones médicas
- Derechos y obligaciones

Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas de Amerigroup

La Línea de Ayuda de Enfermería las 24 horas está disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame a la línea gratuita al **800-600-4441 (TTY 711)** si necesita consejos sobre:

- Cuán pronto necesita cuidado para una enfermedad
- Qué tipo de cuidado médico necesita
- Qué hacer para cuidarse antes de ver a su proveedor
- Cómo puede recibir el cuidado que se necesita

Otros números de teléfono importantes

Si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o ir inmediatamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

- Si tiene preguntas sobre elegibilidad, llame a CHIP al **800-964-2777**.
- Si necesita comunicarse con CHIP por otros motivos, marque **2-1-1**, elija un idioma y luego presione 2.
- Si tiene problemas para que le surtan las recetas, llame a Servicios de Farmacia para Miembros al **833-235-2022 (TTY 711)**.

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO DE AMERIGROUP

¿Cómo se ve mi tarjeta de identificación de Amerigroup?

Si todavía no tiene su tarjeta de identificación de Amerigroup, pronto la recibirá. Llévela con usted en todo momento. Muéstresela a cualquier médico u hospital que visite. **No tiene que mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir atención de emergencia.** Su tarjeta de identificación de Amerigroup se ve así:



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

La tarjeta les indica a los proveedores y a los hospitales que usted es miembro de Amerigroup. También indica que Amerigroup pagará por los beneficios médicamente necesarios que se enumeran en la

sección **Beneficios para miembros nonatos de CHIP Perinate** de este manual. **No tiene que mostrar su tarjeta de identificación antes de recibir atención de emergencia.** En su tarjeta de identificación de Amerigroup aparecen algunos números de teléfono importantes que necesita saber.

¿Cómo reemplazo mi tarjeta de identificación de Amerigroup si la pierdo o me la roban?

Si pierde o le roban su tarjeta de identificación, llame a Amerigroup inmediatamente. Le enviaremos una nueva. También podría 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 su tarjeta de identificación.

PROVEEDORES PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATE

¿Qué es un proveedor perinatal?

Un proveedor perinatal es el médico principal que le brinda la mayor parte de su cuidado médico durante su embarazo. Su proveedor perinatal debe estar en el plan médico de Amerigroup. El proveedor perinatal también la enviará a otros médicos, especialistas u hospitales cuando necesite cuidado o servicios especiales para la salud de su hijo nonato.

Cuando se inscribe en Amerigroup, debe haber escogido un proveedor perinatal. Si no lo hizo, nosotros le asignamos uno. Escogimos uno que estuviese cerca de usted.

¿Qué tengo que llevar conmigo a una cita con un proveedor perinatal?

Debe llevar lo siguiente:

- Su tarjeta de identificación de Amerigroup
- Cualquier medicamento que esté tomando
- Sus registros de cuidado médico
- Cualquier pregunta que quiera hacerle al médico

¿Puede una clínica ser un proveedor perinatal?

Sí, las Clínicas de salud rurales (RHC) y los Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC) enumerados en el directorio de proveedores de CHIP Perinate de Amerigroup pueden ser proveedores perinatales.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor perinatal?

Llame a Servicios para Miembros si necesita cambiar su proveedor perinatal. Puede ir a **myamerigroup.com/TX** para encontrar uno nuevo.

¿Cuántas veces puedo cambiar de proveedor perinatal?

No hay límite en la cantidad de veces que puede cambiar su proveedor perinatal. Puede cambiar de proveedor perinatal llamándonos gratuitamente al **800-600-4441 (TTY 711)** o escribiéndonos a la dirección que aparece en la portada de este manual.

¿Cómo obtengo cuidado médico después de que cierra el consultorio de mi proveedor perinatal? ¿Cómo obtengo cuidado fuera del horario normal?

Si necesita atención de urgencia después del cierre del consultorio de su proveedor perinatal, llame a su proveedor perinatal, incluso por la noche o durante el fin de semana. Si llama al consultorio del proveedor perinatal cuando está cerrado, deje un mensaje con su nombre y un número de teléfono donde puedan localizarlo. Alguien debe devolverle la llamada dentro de 30 minutos para indicarle qué hacer.

También puede llamar a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir consejos.

Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya inmediatamente a la sala de emergencias más cercana. Si no está seguro de que se trate de una emergencia, lea la sección **¿Qué es la atención médica de emergencia?** o llame a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas.

CÓMO CAMBIAR DE PLAN MÉDICO

Atención: Si usted satisface ciertos requisitos de ingresos, el bebé será transferido a Medicaid y recibirá 12 meses de cobertura continua de Medicaid a partir de su fecha de nacimiento.

El bebé seguirá recibiendo servicios por medio del Programa CHIP si usted satisface los requisitos de CHIP Perinatal. El bebé recibirá 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal por medio de su plan de salud, empezando con el mes de inscripción como bebé por nacer.

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

- Una vez que escoja un plan de salud para su bebé por nacer, el niño tiene que permanecer en este plan de salud hasta que termine la cobertura de CHIP Perinatal del niño. Los 12 meses de cobertura de CHIP Perinatal empiezan cuando inscribe al bebé por nacer en CHIP Perinatal y continúa después del nacimiento del niño.
- Si usted **no** elige un plan dentro de 15 días de haber recibido el paquete de inscripción, la HHSC escogerá un plan de salud para su bebé por nacer y le enviará información sobre ese plan de salud. Si la HHSC escoge un plan de salud para su bebé por nacer, usted tendrá 90 días a partir de su fecha efectiva de cobertura para escoger otro plan de salud si no está contenta con el plan que la HHSC escogió.
- Usted puede pedir un cambio de plan de salud:
 - por cualquier motivo dentro de 90 días de inscribirse en CHIP Perinatal
 - si se muda a un área diferente de prestación de servicios
 - por motivo justificado en cualquier momento.

¿A quién llamo?

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

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan médico?

Puede pedir un cambio de plan médico:

- Por cualquier motivo en los 90 días siguientes a la inscripción en CHIP Perinatal
- Si se muda a un área diferente de prestación de servicios
- Por motivo justificado en cualquier momento

¿A quién debo llamar acerca de cambiar de plan médico?

Para más información, llame al número gratuito de CHIP al **800-964-2777**.

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

Si llama para cambiar de plan médico en o antes del día 15 del mes, el cambio se llevará a cabo el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio tendrá lugar el primer día del segundo mes después de ello. Por ejemplo:

- Si llama el día 15 de abril o antes, el cambio entrará en vigencia el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio entrará en vigencia el 1 de junio.

¿Puede Amerigroup pedir que sea retirado de su plan médico por falta de cumplimiento?

Hay varios motivos por los que su inscripción podría ser cancelada o retirada de Amerigroup. Estos motivos están enumerados a continuación. Si ha hecho algo que pueda llevar a la cancelación de su inscripción, nos comunicaremos con usted. Le pediremos que nos cuente lo que sucedió.

Su inscripción en Amerigroup podría ser cancelada si:

- Ya no es elegible para CHIP
- Deja que otra persona use su tarjeta de identificación de Amerigroup
- Intenta causar lesiones a un proveedor, miembro del personal o asociado de Amerigroup
- Roba o destruye propiedades de un proveedor o Amerigroup
- Va a la sala de emergencias en repetidas ocasiones cuando no tiene una emergencia
- Va a médicos o centros médicos fuera del plan de Amerigroup una y otra vez
- Intenta lesionar a otros pacientes u ocasiona dificultades para que otros pacientes reciban el cuidado necesario

Si tiene alguna pregunta acerca de su inscripción, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

COBERTURA DE MEDICAID PARA RECIÉN NACIDOS

Los beneficios que un recién nacido recibirá dependen de los ingresos de la familia.

Si el niño vive con una familia cuyos ingresos se encuentran en el umbral de elegibilidad de Medicaid o por debajo de este, un niño nonato que esté inscrito en el programa CHIP Perinatal será transferido a Medicaid y obtendrá 12 meses de beneficios de Medicaid, que comenzarán en la fecha de su nacimiento.

Si el miembro de CHIP Perinatal (niño nonato) pertenece a una familia con ingresos superiores al umbral de elegibilidad de Medicaid, seguirá recibiendo beneficios de cuidado médico a través del programa CHIP Perinatal después del nacimiento. Si su bebé es elegible como recién nacido de CHIP Perinate, obtendrá la misma cobertura que un miembro de CHIP a partir del día de su nacimiento, excepto que los copagos no se aplicarán hasta el vencimiento del periodo de cobertura del recién nacido. Los demás niños cubiertos por CHIP en la misma familia sí tendrán copagos.

BENEFICIOS PARA MIEMBROS NONATOS DE CHIP PERINATE

¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal para mi hijo nonato?

Los beneficios de CHIP Perinatal incluyen:

- Un proveedor perinatal que elija en su propia comunidad
- Médicos y hospitales cercanos de nuestro plan
- Acceso a especialistas perinatales cuando es referido por su proveedor perinatal
- Hasta 20 consultas prenatales
- Recetas y vitaminas prenatales
- Trabajo de parto y parto
- Dos visitas posparto para la madre después de que nazca el bebé
- Chequeos periódicos, vacunas y recetas para el bebé después del nacimiento

El trabajo de parto y el parto incluyen costos de hospital y otros costos relacionados con el parto. Los costos del trabajo de parto que no tiene como resultado un nacimiento y los de falso trabajo de parto no están cubiertos.

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

¿Cómo obtengo estos servicios?

Su proveedor perinatal le ayudará a obtener sus beneficios de cuidado médico.

¿Qué beneficios recibe mi bebé cuando nace?

Depende de sus ingresos.

Si sus ingresos se encuentran en o por debajo del umbral de elegibilidad de Medicaid, su bebé obtendrá 12 meses de beneficios de cuidado médico a través de Medicaid a partir del día de su nacimiento.

Si sus ingresos superan el umbral de elegibilidad de Medicaid, su bebé será elegible como recién nacido de CHIP Perinate para los mismos beneficios que un miembro de CHIP desde la fecha de su nacimiento. Su bebé obtendrá un total de 12 meses de beneficios de cuidado médico a partir del mes de su inscripción como niño nonato. Por ejemplo, si inscribe a su bebé cuando usted tiene 3 meses de embarazo, su bebé tendrá 6 meses de atención prenatal y 6 meses de beneficios de CHIP completos después del nacimiento.

¿Qué servicios no están cubiertos?

Entre los servicios sin cobertura se incluyen los siguientes:

- La visita de una madre al hospital por servicios no relacionados con el trabajo de parto y parto, como una quebradura de brazo o un falso trabajo de parto (puede solicitar que Medicaid de Emergencia cubra su visita al hospital, pero debe cumplir con los límites de ingresos)
- Tratamiento especializado para la madre, como asma, condiciones cardíacas, salud mental o trastorno por el uso de sustancias

Para obtener una lista completa de beneficios que no están cubiertos, consulte la **Evidencia de Cobertura y Tabla de beneficios y exclusiones** en el **Anexo A** que se encuentra en el dorso de este manual.

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

Bajo CHIP, Amerigroup paga la mayoría de los medicamentos que su médico dice que usted necesita para su hijo nonato. Usamos la lista de medicamentos del Programa de Medicamentos de Proveedor (VDP) para que su médico pueda elegir. Sus vitaminas prenatales también están incluidas. Los medicamentos para la salud conductual no están incluidos. Algunos medicamentos recetados necesitan aprobación previa.

Usted puede ir a cualquier farmacia de nuestro plan para que le surtan sus recetas. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** o visite nuestro sitio web en **myamerigroup.com/TX**.

¿Cuánto debo pagar por el cuidado médico de mi hijo nonato con CHIP Perinatal?

No existe ningún costo para quienes pueden obtener beneficios de CHIP Perinatal por parte de Amerigroup. No tiene que pagar ningún tipo de cargo por inscripción, copagos ni costo compartido.

¿Tendré que pagar por los servicios que no son beneficios cubiertos?

Sí. Amerigroup solo paga por los beneficios de su plan médico. Si recibe servicios que no están cubiertos, usted es responsable del pago.

Para obtener una lista completa de beneficios que no están cubiertos, consulte la **Evidencia de Cobertura y Tabla de beneficios y exclusiones** en el **Anexo A** que se encuentra en el dorso de este manual.

¿Cuáles beneficios adicionales recibe un miembro de Amerigroup? ¿Cómo puedo obtener esos beneficios para mi hijo nonato?

Amerigroup le da beneficios de cuidado médico adicionales solo por ser miembro de CHIP Perinate. Estos beneficios adicionales también se denominan beneficios de valor agregado. Le ofrecemos estos beneficios para ayudarle a mantenerse saludable y para agradecerle por haber elegido a Amerigroup como su plan médico. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información acerca de estos beneficios adicionales o visite nuestro sitio web en **myamerigroup.com/TX**.

Beneficio de valor agregado	Cómo obtenerlo
Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas: hay enfermeros disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para responder sus preguntas sobre cuidado médico	Llame al 800-600-4441 (TTY 711)

<p>Teléfono celular/teléfono inteligente gratuito a través del programa Lifeline con minutos mensuales, Internet y mensajes de texto.</p> <p>Si califica, también recibe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamadas ilimitadas a Servicios para Miembros y defensores del miembro para llamadas realizadas 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>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</p>	<p>Para encontrar servicios cerca de usted, visite myamerigroup.com/TX y seleccione Community Support (Ayuda comunitaria) bajo <i>Get Help (Obtener ayuda)</i>.</p>

¿Qué clases de educación sobre salud ofrece Amerigroup?

Trabajamos para ayudarle a mantenerse sano al realizar eventos educativos en su área y ayudándole a encontrar programas comunitarios de educación sobre salud cerca de usted. Estos eventos y programas comunitarios podrían incluir:

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

Para eventos en su área, consulte la página de Community Resources (Recursos comunitarios) en **myamerigroup.com/TX**. Si necesita ayuda para encontrar un programa comunitario, llame a Servicios para Miembros o marque **2-1-1**. Tenga en cuenta que algunas organizaciones de la comunidad podrían cobrar una tarifa para participar en sus programas.

La educación sobre el embarazo, que incluye una *Guía de recursos sobre el embarazo y más allá*, está disponible en el sitio web para miembros en **myamerigroup.com/TX**, bajo *Get Help (Obtener ayuda)* y luego seleccione **Pregnancy Health (Salud durante el embarazo)**. Estamos comprometidos a mantener sanos tanto a la mamá como al bebé. Los materiales en esta página web proporcionan un amplio rango de información tal como:

- Cuidado prenatal, posparto y de bebé sano
- Administración de casos individuales
- Bienestar emocional
- Planificación familiar
- Recursos comunitarios para alimentos, vivienda y otras necesidades

- Beneficios de cuidado médico después del embarazo
- Herramientas y aplicaciones útiles en línea

Coordinación de servicios para miembros con necesidades de cuidado médico especial

¿Qué es una miembro con necesidades de cuidado médico especial (MSHCN)?

Una miembro con necesidades de cuidado médico especial (MSHCN) es aquella que tiene un embarazo de alto riesgo.

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

¿Qué es la coordinación de servicios para miembros con necesidades de cuidado médico especial? ¿Qué hará por mí un coordinador de servicios?

La coordinación de servicios para MSHCN es cuando usted trabaja con un coordinador de servicios para ayudarle a obtener atención y servicios cubiertos para manejar su embarazo de alto riesgo.

Un coordinador de servicios calificado:

- Trabjará con usted para crear un plan de servicio que le permita obtener el cuidado y los servicios necesarios
- Se asegurará de que usted, su familia y su representante (si lo tiene) entiendan y acepten el plan de servicio
- Organizará y coordinará el cuidado y los servicios necesarios con sus médicos y con los demás proveedores, incluso con aquellos que no son parte de nuestro plan

¿Cómo puedo hablar con un coordinador de servicios?

Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** y pida hablar con un coordinador de servicios. Están a su disposición de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro. Si necesita dejarle un mensaje a un coordinador de servicios, ellos tienen un correo de voz confidencial disponible las 24 horas del día.

CUIDADO MÉDICO Y OTROS SERVICIOS PARA MIEMBROS NONATOS DE CHIP PERINATE

¿Qué significa médicamente necesario?

Los servicios cubiertos para miembros de CHIP Perinatal tienen que ajustarse a la definición de médicamente necesario de CHIP. Un miembro de CHIP Perinatal es un niño por nacer.

Médicamente necesario significa:

Servicios de atención médica no conductuales 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 proveedores ven los avances en la tecnología médica y nuevas maneras para usar la tecnología médica existente. Vemos los avances en:

- Procedimientos médicos
- Procedimientos de salud conductual
- Medicamentos
- Dispositivos

Revisamos la información científica y aprobaciones gubernamentales para averiguar si el tratamiento funciona y es seguro. Consideraremos cubrir nueva tecnología solamente si la tecnología ofrece resultados iguales o mejores que el tratamiento o terapia cubierta existente.

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención de rutina incluye chequeos prenatales regulares y atención prenatal. Estas visitas cubrirán la mayoría de las enfermedades y lesiones menores que están directamente relacionadas con su embarazo. Este tipo de cuidado se conoce como **atención de rutina**.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

Debe poder ver a su proveedor perinatal en un lapso de 2 semanas para atención de rutina.

¿Qué es la atención médica de urgencia?

El segundo tipo de cuidado es la **atención de urgencia**. Existen algunas enfermedades y lesiones relacionadas con su embarazo que no son emergencias, pero se pueden convertir en emergencia si no se tratan en un plazo de 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Vómitos
- Dolores de cabeza
- Fiebre superior a 101 grados Fahrenheit

¿Qué debo hacer si necesito atención médica de urgencia?

Para recibir atención de urgencia, debe llamar a su proveedor perinatal, incluso por la noche o fines de semana. Su médico le indicará qué debe hacer. Le puede indicar que vaya a su consultorio de inmediato o que vaya a otro consultorio para recibir cuidado inmediato. Debe seguir las instrucciones de su proveedor perinatal. En algunos casos, le puede indicar que vaya a la sala de emergencias de un hospital para recibir cuidado. Consulte la siguiente pregunta sobre atención de emergencia para obtener más información. También puede llamar a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas para obtener ayuda sobre cómo obtener el cuidado que necesita.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted debería poder consultar a un médico en un plazo de 24 horas para una cita de atención de urgencia.

¿Qué es la atención médica de emergencia?

Después de la atención de rutina y de urgencia, el tercer tipo de atención es la **atención de emergencia**. Si necesita ayuda para decidir si debe ir a la sala de emergencias, llame a la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 Horas. Lo más importante es recibir cuidado médico lo antes posible.

¿Qué es una emergencia y qué es un padecimiento médico de emergencia?

Un miembro de CHIP Perinatal se define como un niño que aún no ha nacido. La atención de emergencia está cubierta si está directamente relacionada con el bebé por nacer, hasta su nacimiento. Se ofrece atención de emergencia para los siguientes padecimientos médicos de emergencia:

- Examen de evaluación médica para determinar la emergencia cuando esté directamente relacionada con el parto del niño por nacer bajo cobertura.
- Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del niño por nacer bajo cobertura.
- Transporte de emergencia por tierra, aire y mar para el trabajo de parto y el trabajo de parto en peligro.
- Transporte de emergencia por tierra, aire y mar para emergencias relacionadas con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que expire en el útero).

Límites del beneficio: Los servicios después del parto o complicaciones que resulten en la necesidad de servicios de emergencia para la madre en el programa CHIP Perinatal no están cubiertos.

¿Qué son servicios de emergencia o atención de emergencia?

Servicios de emergencia o atención de emergencia son servicios cubiertos de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un padecimiento médico, entre ellos los servicios de atención de posestabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del bebé.

Debe llamar a su proveedor perinatal 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. Su proveedor perinatal le brindará o coordinará el cuidado de seguimiento que necesite.

¿Cuán pronto puedo esperar que me atiendan?

Debe poder consultar a un médico de inmediato para la atención de emergencia.

¿Cuán pronto puedo ver a mi médico?

Amerigroup siempre busca la forma de brindarle el cuidado que necesita. Nuestra capacidad de brindarle acceso de calidad depende de su capacidad de ver a los proveedores del plan. Trabajamos con los proveedores de nuestro plan para garantizar que nuestros miembros puedan verlos cuando lo necesiten. Nuestros proveedores deben seguir los estándares de acceso que se indican a continuación.

Nombre del estándar	Amerigroup
Servicios de emergencia	Tan pronto como llegue al proveedor para ser atendido
Atención de urgencia	En un plazo de 24 horas de la solicitud
Cuidado especializado de rutina	En un plazo de 3 semanas de la solicitud
Cuidado fuera del horario normal	Los proveedores perinatales están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana directamente o a través de un servicio de contestador automático. Consulte la sección ¿Cómo obtengo cuidado médico después de que cierra el consultorio de mi proveedor perinatal? ¿Cómo obtengo cuidado fuera del horario normal? de este manual.
Atención prenatal	
Visita inicial	En un plazo de 14 días de la solicitud
Visita inicial para alto riesgo o el tercer trimestre	En un plazo de 5 días de la solicitud o inmediatamente, si existe una emergencia
Visita de seguimiento	Basado en el plan de tratamiento del proveedor

¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?

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

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

¿Qué pasa si estoy fuera del estado?

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

¿Qué hago si estoy fuera del país?

CHIP no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué es una remisión?

Una remisión es cuando su proveedor perinatal la envía a otro médico o servicio para que reciba cuidado para su hijo nonato que el proveedor no puede prestar. Puede enviarla a un especialista o a otro proveedor del plan de Amerigroup.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

Los siguientes servicios no requieren una remisión:

- Atención de emergencia
- Cuidado de obstetricia/ginecología

¿Qué pasa si necesito servicios que no están cubiertos por CHIP Perinatal?

Deberá pagar por cualquier servicio que reciba que no esté cubierto por Amerigroup o por CHIP Perinatal.

Puede solicitar Medicaid de emergencia para cubrir una visita hospitalaria no relacionada con su embarazo, pero debe cumplir los límites de ingresos.

¿Qué es aprobación previa?

Algunos tratamientos, cuidado o servicios podrían necesitar nuestra aprobación antes de que su médico pueda proporcionarlos. Esto se llama aprobación previa. Su médico trabajará directamente con nosotros para obtener la aprobación. Los siguientes servicios requieren aprobación previa:

- La mayoría de las cirugías, incluyendo algunas cirugías ambulatorias
- Todos los servicios y todas las admisiones para paciente hospitalizado electivas y no urgentes
- Ciertas recetas
- Atención fuera del área o fuera de la red, excepto en una emergencia
- Diagnóstico por imágenes avanzado (cosas como MRA, MRI, escaneos de tomografía computarizada (TC) y escaneos CTA)

La aprobación previa no es necesaria para servicios de emergencia directamente relacionados con el parto del niño nonato (miembro de CHIP Perinate) hasta su nacimiento.

La lista está sujeta a cambios sin aviso previo y no es una lista completa de los beneficios del plan. Llame a Servicios para Miembros si tiene preguntas acerca de servicios específicos.

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

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

No hay copagos obligatorios para los miembros de CHIP Perinatal.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Para encontrar una farmacia que acepte nuestro plan médico:

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

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

El farmacéutico le explicará que ellos no aceptan Amerigroup. Deberá llevar su receta a una farmacia que acepte Amerigroup.

Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener ayuda para encontrar una farmacia que acepte Amerigroup o si tiene una emergencia. Si tiene que pagar por sus medicamentos por cualquier motivo, puede enviarnos una solicitud de reembolso. Conozca más sobre cómo enviar una solicitud de reembolso leyendo, **¿Qué pasa si pagué un medicamento de mi bolsillo y quiero que me hagan el reembolso?**

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Cuando vaya a la farmacia, debe llevar:

- Su(s) receta(s) o botella(s) de medicamentos
- Su tarjeta de identificación de Amerigroup

¿Qué pasa si necesito que me envíen mis medicamentos?

Muchas farmacias ofrecen servicios de entrega. Llame a su farmacéutico y pregúntele si puede realizar la entrega a su dirección. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** si necesita ayuda para encontrar una farmacia que le envíe sus medicamentos.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

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

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?

Algunos medicamentos necesitan autorización previa (aprobación 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 3 días de su medicamento.

Llame a Amerigroup al **833-235-2022 (TTY 711)** para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?

Si pierde o le roban su medicamento, pídale a su farmacéutico que llame a Servicios para Proveedores al **800-454-3730**.

¿Qué hago si yo necesito un medicamento sin receta?

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

¿Cómo puedo saber qué medicamentos están cubiertos?

Su médico puede elegir medicamentos de la lista de medicamentos del Programa de Medicamentos de Proveedor (VDP). Esta incluye todos los medicamentos que cubre CHIP.

Para ver esta lista, vaya a la página del Formulario de Medicamentos de Proveedor de Texas en txvendordrug.com/formulary. Su medicamento podría estar disponible como medicamento genérico. Un medicamento genérico tiene la misma indicación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que el medicamento de marca correspondiente y está aprobado por la FDA. Esto significa que ambos medicamentos están aprobados para el tratamiento de las mismas condiciones. Por lo general, su farmacia le dará el medicamento genérico si el mismo está en el formulario del Programa de Medicamentos de Proveedor (VDP). Si su receta dice que usted necesita el medicamento de marca, lo cubriremos en lugar de darle un genérico.

¿Cómo transfiero mis recetas a una farmacia de la red?

Si necesita transferir sus recetas, todo lo que debe hacer es:

- Llamar a la farmacia del plan más cercana y brindar la información necesaria al farmacéutico, o
- Llevar con usted a la nueva farmacia la botella de su medicamento recetado, y allí se harán cargo del resto.

¿Cómo obtengo mis medicamentos si estoy de viaje?

Si necesita una reposición mientras está de vacaciones, llame a su médico para solicitar una nueva receta para llevarla con usted. Si usted recibe medicamentos de una farmacia que no está en el plan de Amerigroup, entonces tendrá que pagar por ese medicamento. Si paga por un medicamento, puede enviar una solicitud de reembolso, si el medicamento está cubierto por CHIP.

Para saber qué medicamentos están cubiertos por CHIP, consulte **¿Cómo puedo saber 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.

¿Qué pasa si pagué un medicamento de mi bolsillo y quiero que me hagan el reembolso?

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

¿Puede alguna persona interpretarme cuando hablo con mi proveedor perinatal?

Sí. Puede recibir los servicios de un intérprete para visitas a su proveedor perinatal, sin costo para usted.

¿A quién debo llamar para obtener un intérprete?

Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener más información.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Llame a Servicios para Miembros al menos 24 horas antes de su 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 cara a cara en el consultorio del proveedor?

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

¿Cómo elijo un proveedor perinatal y programo una cita?

Puede elegir un proveedor perinatal:

- Llamando a Servicios para Miembros para obtener ayuda incluyendo llamadas de conferencia con usted y el consultorio del proveedor para programar una cita
- Visitando la página *Find a Doctor (Buscar un doctor)* en nuestro sitio web en myamerigroup.com/TX

Programar una cita con su proveedor perinatal es fácil. Llame al consultorio del proveedor durante su horario regular de atención. Cuando llame, infórmele lo que necesita a la persona con quien hable (por ejemplo, un chequeo o una visita de seguimiento). Además, indique al consultorio del proveedor si no se está sintiendo bien. Esto permitirá que el personal del consultorio de su proveedor sepa con qué prontitud requiere cuidado. También es posible que esto acorte los tiempos de espera para ver al proveedor.

Si necesita ayuda para hacer una cita o para elegir un proveedor perinatal, llame a Servicios para Miembros.

¿Necesitaré una remisión?

No necesita una remisión para ver a un proveedor perinatal que se encuentra dentro de nuestro plan.

¿Cuán pronto me pueden ver después de contactar a mi proveedor perinatal para una cita?

Podrá ver al proveedor para una visita inicial dentro de dos semanas después de hablar con el consultorio del proveedor perinatal y programar una cita. Si su embarazo es de alto riesgo o su visita inicial es en su tercer trimestre, podrá ver al proveedor dentro de los cinco días posteriores a su solicitud o inmediatamente si existe una emergencia.

¿Puedo quedarme con un proveedor perinatal si el proveedor no está con Amerigroup?

En algunos casos, podrá seguir viendo a ese médico para recibir cuidado mientras escoge un nuevo proveedor perinatal dentro del plan médico de Amerigroup. Esta situación podría ocurrir si estaba recibiendo cuidado de un proveedor perinatal que no es parte de nuestro plan médico cuando se inscribió en Amerigroup.

Llámenos para saber más sobre esto. Amerigroup hará un plan con usted y su proveedor, de modo que todos sepamos cuando usted necesite comenzar a ver a su nuevo proveedor perinatal de Amerigroup.

¿Qué ocurre si recibo una factura de mi proveedor perinatal? ¿A quién debo llamar?

Presente siempre su tarjeta de identificación de Amerigroup cuando acuda a un proveedor, vaya al hospital o se haga pruebas. Incluso si su proveedor le indicó que fuera, debe mostrar su tarjeta de identificación de Amerigroup para asegurarse de que no le envíen una factura por los servicios cubiertos por Amerigroup. **No tiene que mostrar su tarjeta de identificación de Amerigroup antes de recibir atención de emergencia.**

Si recibe una factura, envíela al equipo de defensores de miembros a la dirección que se encuentra en la portada de este manual. Incluya una carta junto con la factura. Lea la siguiente sección

¿Qué información es necesaria? para saber qué incluir en la carta. También puede llamarnos al **800-600-4441 (TTY 711)** para obtener ayuda.

¿Qué información es necesaria?

En la carta, incluya:

- Su nombre
- Su número de teléfono
- Su número de identificación de Amerigroup

Si no puede enviar la factura, asegúrese de incluir lo siguiente 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)** para obtener ayuda.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

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 a 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.

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos del miembro

1. Usted tiene el derecho de obtener información correcta, fácil de entender para ayudarle a tomar mejores decisiones sobre el plan de salud de su hijo que está por nacer y sus doctores, hospitales y otros proveedores.
2. Usted tiene el derecho de saber cómo se les paga a los proveedores perinatales. Algunos reciben un pago fijo sin importar las veces que usted tenga cita. Otros reciben pagos basados en los servicios que prestan a su bebé por nacer. Usted tiene el derecho de saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
3. Usted tiene el derecho de saber cómo decide el plan de salud si un servicio perinatal está cubierto o es médicamente necesario. Usted tiene el derecho de saber qué personas en el plan de salud deciden esas cosas.
4. Usted tiene el derecho de saber el nombre y dirección de los hospitales y otros proveedores perinatales del plan de salud.
5. Usted tiene el derecho de escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente larga para que su hijo que está por nacer pueda obtener la atención adecuada cuando la necesite.
6. Usted tiene el derecho de recibir servicios perinatales de emergencia si tiene motivos razonables para creer que la vida del bebé por nacer corre peligro, o que podría sufrir algún daño grave si no recibe atención cuanto antes. La cobertura de emergencias está disponible sin antes preguntar al plan de salud.
7. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en las decisiones sobre la atención médica de su hijo que está por nacer.
8. Usted tiene el derecho de hablar en nombre del bebé por nacer en todas las decisiones de tratamiento.

9. Usted tiene el derecho de recibir un trato justo del plan de salud y de los doctores, hospitales y otros proveedores.
10. Usted tiene el derecho de hablar en privado con el proveedor perinatal, y de que sus expedientes médicos se mantengan confidenciales. Usted tiene el derecho de ver y copiar sus expedientes médicos y de pedir que se hagan cambios a esos expedientes.
11. 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 perinatales para el bebé por nacer. Si el plan de salud dice que no pagará un servicio o beneficio perinatal cubierto que el doctor del bebé por nacer 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.
12. Usted tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otros proveedores perinatales pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento, o los de su bebé por nacer. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
13. Usted tiene el derecho a no ser reprimido o aislado cuando sea para conveniencia de otra persona, o si tiene la intención de forzarlo a hacer algo que usted no quiere hacer o es para castigarlo.

Responsabilidades del miembro

Usted y el plan de salud tienen interés en que su bebé nazca sano. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades.

1. Usted tiene que tratar de tener hábitos sanos. Evite el tabaco y siga una dieta saludable.
2. Usted tiene que participar en las decisiones sobre la atención de su bebé por nacer.
3. 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.
4. Usted tiene que aprender qué es lo que el plan de salud cubre y no cubre. Lea el Manual del Programa de CHIP Perinatal para entender cómo funcionan las reglas.
5. Usted tiene que tratar de llegar al consultorio del doctor a tiempo. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
6. Usted tiene que denunciar el mal uso de los servicios de CHIP Perinatal por proveedores de atención médica, otros miembros o planes de salud.
7. Usted tiene que hablar con el proveedor sobre los medicamentos que le recete.

Si usted cree que la han tratado injustamente o la han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) al **800-368-1019**. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en **[hhs.gov/ocr](https://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 vital. Un testamento vital establece que usted posiblemente no desee recibir cuidado médico 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 vital. Este es un tipo de directiva anticipada. Es un documento escrito que les dice a su médico y a su familia qué tipos de cuidado no desea recibir en caso de que esté muy enfermo o lesionado.

¿Cómo obtengo una directiva anticipada?

Puede obtener un formulario de directiva anticipada pidiéndoselo a su médico o llamando a Servicios para Miembros. Los asociados de Amerigroup no pueden ofrecer consejo legal 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 médico. Su médico 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 médico para retirar la directiva anticipada de su registro médico. También puede hacer cambios en la directiva anticipada llenando y firmando una nueva.

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

¿Cuándo finaliza la cobertura de CHIP Perinatal?

La cobertura de su hijo nonato finaliza el último día del mes en que nace su bebé. Sin embargo, debe asistir a sus dos consultas con el proveedor perinatal después de tener a su bebé. Su hijo puede seguir recibiendo sus beneficios de cuidado médico con nosotros a través de Medicaid o CHIP.

Si sus ingresos son iguales o inferiores al umbral de elegibilidad de Medicaid, entonces su bebé es elegible para 12 meses de beneficios de cuidado médico de Medicaid a partir de la fecha de nacimiento.

Si sus ingresos superan el umbral de elegibilidad de Medicaid, su bebé puede obtener beneficios de CHIP a través del programa CHIP durante el tiempo que califique.

¿Me enviará algo el estado cuando finalicen mis beneficios de CHIP Perinatal?

Sí. La HHSC le enviará información sobre los programas para los cuales su hijo podría ser elegible antes de que se terminen los beneficios de CHIP Perinatal. Asegúrese de completar y devolver por correo postal cualquier formulario que reciba por correo.

¿Cómo funciona la renovación?

No hay ningún proceso de renovación para CHIP Perinatal. Su hijo puede seguir recibiendo beneficios de cuidado médico si todavía califica para CHIP o Medicaid.

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

Sí.

¿A quién debo llamar?

Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)** para recibir ayuda con la elección de un proveedor de atención primaria para su bebé.

¿Qué información es necesaria?

Tenga a mano su tarjeta de identificación de Amerigroup cuando llame a Servicios para Miembros.

ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD

¿Qué hace la administración de la calidad por usted?

El programa de Administración de la Calidad de Amerigroup está aquí para asegurarnos de que usted sea atendido. Analizamos los servicios que ha recibido para ver si ha recibido el mejor cuidado médico preventivo. Si tiene una enfermedad crónica, comprobaremos que esté recibiendo ayuda para manejar su condición.

El departamento de Administración de la Calidad desarrolla programas para ayudarle a saber más acerca de su cuidado médico. Contamos con equipos de extensión para miembros que le ayudarán a programar citas para el cuidado que necesita. Estos servicios son gratuitos porque queremos ayudarle a estar y mantenerse sano.

Trabajamos con nuestros proveedores de la red para ayudarles a proporcionarle el cuidado necesario. Podría recibir correspondencia nuestra sobre tomar medidas de salud preventiva o manejo de una enfermedad. Queremos que nos ayude a mejorar diciéndonos lo que podemos hacer mejor. Para obtener información acerca de nuestro programa de Administración de la Calidad, llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Qué son guías de práctica clínica?

Amerigroup usa guías nacionales de práctica clínica para darle su cuidado. Las guías de práctica clínica son aquellos estándares de cuidado reconocidos nacionalmente y científicamente comprobados. Estas guías son recomendaciones para que los médicos y otros proveedores de cuidados médicos diagnostiquen y manejen su condición específica. Si desea una copia de estas guías, comuníquese con Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

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 su proveedor perinatal (doctor de cabecera) 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 TOMAMOS LAS DECISIONES SOBRE SU CUIDADO

Algunas veces, necesitamos tomar decisiones sobre cómo cubrimos el cuidado y los servicios. Esto se llama Administración de la utilización (UM). Todas las decisiones de UM están basadas en sus necesidades médicas y beneficios actuales.

No exhortamos a los médicos a subutilizar los servicios. Y no creamos barreras para recibir cuidado médico. Los proveedores no son recompensados por limitar o denegar el cuidado. Los médicos de nuestro plan utilizan guías de prácticas clínicas para determinar los tratamientos y servicios necesarios.

Cuando usted o su médico solicitan un cuidado determinado que requiere aprobación previa, nuestro equipo de Revisión de utilización decide si el servicio es médicamente necesario y es parte de sus beneficios. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted o su médico pueden solicitar 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 QUEJAS

¿Qué debo hacer si tengo una queja? ¿A quién debo llamar?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, llámenos gratuitamente al **800-600-4441 (TTY 711)** para explicarnos el problema. Un representante de Servicios para Miembros de Amerigroup o un defensor del miembro pueden 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. Amerigroup no puede tomar ninguna medida en su contra si presenta una queja.

¿Puede alguien de Amerigroup ayudarme a presentar una queja?

Sí. Un defensor del miembro o un representante de Servicios para Miembros puede ayudarle a presentar una queja ante nosotros o el programa estatal apropiado. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

¿Cuánto tiempo tomará procesar mi queja?

Amerigroup contestará su queja en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la recibimos. Si su queja es acerca de una emergencia actual u hospitalización, se resolverá tan pronto sea necesario para la urgencia de su caso y no más tarde de un día hábil desde cuando recibimos su queja.

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar una queja?

Puede contarnos sobre su queja llamándonos o escribiéndonos. Le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de su queja para informarle que recibimos su queja y hemos comenzado a analizarla. Si su queja se hizo por teléfono, incluiremos un formulario de queja con nuestra carta. Debe llenar este formulario y enviárnoslo por correo. Si necesita ayuda para llenar el formulario de queja, 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, también puede quejarse ante el Departamento de Seguros de Texas llamando gratuitamente al **800-252-3439**. Si quiere presentar su solicitud por escrito, envíela a:

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

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

¿Tengo el derecho de reunirme con un panel de apelación de quejas?

Sí. Si no está conforme con la respuesta a su queja, puede solicitarnos que la volvamos a revisar. Debe solicitar un panel de apelación de quejas 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 un plazo de cinco días hábiles. Esto significa que tenemos su solicitud y hemos comenzado a trabajar en ella. También puede llamarnos al **800-600-4441 (TTY 711)** para pedir un formulario de solicitud de panel de apelación de quejas. Debe completar el formulario y regresárnoslo.

Tendremos una reunión con el personal de Amerigroup, los proveedores del plan médico y otros miembros de Amerigroup para examinar su queja. Trataremos de encontrar un día y una hora para que pueda asistir a la reunión. Puede asistir con alguien a la reunión si lo desea. No es necesario que asista a la reunión. Le enviaremos una carta por lo menos cinco días hábiles antes de la reunión del panel de apelación de quejas. La carta tendrá la fecha, hora y lugar de la reunión. Le enviaremos toda la información que revisará el panel durante la reunión.

Le enviaremos una carta en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su solicitud por escrito. En esta carta, se le indicará la decisión final del panel de apelación de quejas. Esta carta también le dará la información que el panel usó para tomar su decisión.

PROCESO PARA APELAR UNA DETERMINACIÓN ADVERSA (DENEGACIÓN) DE CHIP

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mi hijo que está cubierto, pero Amerigroup lo deniega o lo limita?

En ocasiones, es posible que Amerigroup le informe que no pagará la totalidad o parte del cuidado que su médico recomendó. Usted tiene derecho a pedir una apelación. Una apelación se produce cuando usted o una persona que actúa en su nombre nos piden que reconsideremos el cuidado que su médico solicitó y que nosotros denegamos. 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)**.
- Envíenos una carta a:
Amerigroup Appeals
PO Box 62429
Virginia Beach, VA 23466-2429

Otra persona puede ayudarle durante el proceso de apelación. Esta persona puede ser un familiar, un amigo, su médico, un abogado o cualquier otra persona de su elección.

¿Cómo sabré si los servicios son denegados?

Si denegamos los servicios, le enviaremos una carta al mismo tiempo que se haga la denegación.

¿Cuáles son los plazos del proceso de apelación?

Usted, o una persona que actúe en su nombre, debe presentar una apelación en un plazo de 60 días a partir 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 solicitando una apelación, le enviaremos una carta en un plazo de cinco días hábiles. Esta carta le informará que recibimos su apelación. También le informaremos si necesitamos algo más para procesar su apelación. Amerigroup se pondrá en contacto con su médico si necesitamos información médica sobre el servicio.

Un médico certificado que no haya visto antes su caso revisará su apelación y tomará una decisión. Le enviaremos una carta con la decisión de la apelación en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación.

¿Qué es una revisión de especialidad?

Una revisión de especialidad es una revisión en la que un proveedor especializado en el tipo de cuidado que su proveedor solicitó examinará su caso. Su proveedor puede pedir esto:

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

Cuando recibamos la solicitud de revisión de especialidad, le enviaremos una carta en un plazo 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 en un plazo de 15 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud. Esta carta contiene nuestra decisión final. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una revisión externa independiente.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Debe solicitar una apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha de nuestra primera carta donde se indica que no pagaremos la totalidad o una parte del servicio. Si usted, la persona que actúa en su nombre o el proveedor no están satisfechos con la respuesta a su apelación, el proveedor puede enviarnos una carta para solicitar una revisión de especialidad si no se solicitó como parte de su apelación. Esta carta debe enviarse en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de nuestra carta con la respuesta a su apelación.

Si presenta una apelación, Amerigroup no tomará represalias contra usted. Aún estaremos para ayudarle a recibir cuidado médico 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)**.

¿Puede alguien de Amerigroup ayudarme a presentar una apelación?

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

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, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

Puede solicitar una apelación acelerada si usted o su médico piensan que necesita los servicios para una emergencia, una enfermedad mortal, prevención de daño grave a usted o si está internada en el hospital.

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

Puede solicitar una apelación acelerada en 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 ayudarle durante el proceso de apelación. Esta persona puede ser un familiar, un amigo, su médico, un abogado o cualquier otra persona que usted elija.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Después de que recibamos su carta o llamada, y estemos de acuerdo en que su solicitud de apelación debe acelerarse, le comunicaremos nuestra decisión en el plazo de un día hábil a partir de la recepción de toda la información necesaria para tomar una decisión o en el plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud de apelación, lo que sea más breve. Le informaremos por teléfono o de forma electrónica, y enviaremos una notificación escrita en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud de apelación.

¿Qué pasa si Amerigroup deniega la solicitud de una apelación acelerada?

Si no estamos de acuerdo en que su solicitud de apelación debe ser acelerada, le llamaremos de inmediato. Le enviaremos una carta en el plazo de 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 un representante de Servicios para Miembros puede ayudarle a presentar una apelación acelerada. Llame a Servicios para Miembros al **800-600-4441 (TTY 711)**.

PROCESO DE ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE

¿Qué es una organización de revisión independiente?

Una Organización de Revisión Independiente (IRO) es una organización que no es parte de Amerigroup y que puede revisar su apelación. Si denegamos el cuidado solicitado después de una apelación

o revisión de especialidad, y la decisión involucró juicio médico, usted, la persona que le ayuda o su proveedor pueden solicitar una revisión externa por parte de una IRO.

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

Puede pedir una revisión externa acelerada:

- Si solicita una apelación acelerada después de nuestra denegación inicial y esperar hasta 72 horas pondría en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar el máximo funcionamiento de su hijo, puede solicitar al mismo tiempo una revisión externa acelerada.
- Cuando la espera de hasta 45 días calendario para una revisión externa estándar ponga en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima de su hijo.
- Si la decisión de la apelación está relacionada con una admisión, disponibilidad de cuidado, continuación de la estadía o servicio de cuidado médico por el cual un miembro recibió servicios de emergencia, pero el miembro no ha sido dado de alta del centro.

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

Usted, una persona que actúe en su nombre, un abogado o su proveedor puede pedir una revisión externa en un plazo de cuatro meses después de recibir la decisión de la apelación. La revisión externa es sin costo para usted. MAXIMUS Federal Services, Inc. es la organización de revisión independiente que realizará la revisión externa. Usted puede utilizar los formularios de MAXIMUS para solicitar una revisión externa o enviar una solicitud por escrito, incluida cualquier información adicional para su revisión.

Puede obtener los formularios de MAXIMUS realizando una de las siguientes acciones:

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

Complete uno o los dos formularios de MAXIMUS, según quién vaya a solicitar la revisión externa.

Complete:

- HHS-Forma de Solicitud de Revisión Externa Federal Administrada para solicitar una revisión externa usted mismo
- Tanto el HHS-Forma de Solicitud de Revisión Externa Federal Administrada y el Forma Nombramiento de Representante si quiere que su proveedor u otra persona solicite la revisión externa en su nombre.
 - Tanto usted como su representante autorizado deben completar este formulario.
 - Si no está solicitando una revisión acelerada, el proveedor puede hacer la solicitud sin este formulario.

O envíe una solicitud por escrito con la siguiente información:

- Nombre
- Dirección
- Teléfono
- Dirección de correo electrónico
- Si la solicitud es urgente

- Firma del miembro, padre o 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:

Appeals Team

Amerigroup

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 postal:
HHS Federal External Review Request
MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Ave., Ste. 705
Pittsford, NY 14534
- Fax: 888-866-6190

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

¿Cómo solicito 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 en un plazo de 45 días después de que su examinador haya recibido su solicitud. Para una revisión externa acelerada, se tomará una decisión rápida según sea necesario para su condición médica, 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 una notificación escrita dentro de 48 horas.

INFORMACIÓN SOBRE FRAUDE Y ABUSO

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avíenos 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 de CHIP 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)
- Envíe la información por correo a:
Special Investigations Unit
740 W Peachtree St NW
Atlanta, GA 30308
- Servicios para Miembros de Amerigroup: **800-600-4441 (TTY 711)**
- Visite nuestro sitio de educación www.fighthealthcarefraud.com
 - En la parte superior de la página seleccione **Report it (Denúncielo)** y complete el formulario de *Report Waste, Fraud and Abuse (Denuncia de desperdicio, fraude y abuso)*.

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 PARA MIEMBROS SOBRE TÉRMINOS DEL CUIDADO ADMINISTRADO

Término	Definición
Apelación	Una petición de la organización de atención médica administrada para volver a revisar una denegación o querella.
Queja	Una querella que usted comunica a su seguro o plan médico.
Copago	Una cantidad fija (por ejemplo, 15 dólares) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. Esta cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.
Equipo médico duradero (DME)	El equipo ordenado por un proveedor de atención médica para su uso diario o por un periodo extendido. La cobertura de DME puede incluir los siguientes artículos, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o artículos para la diabetes.
Problema médico de emergencia	Una enfermedad, lesión, síntoma o afección lo suficientemente grave como para que cualquier persona razonable busque atención inmediata para evitar daños.
Transporte médico de emergencia	Servicios de una ambulancia por tierra o aire para atender una afección médica de emergencia.
Atención en la sala de emergencias	Los servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencia.
Servicios de emergencia	La evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.
Servicios excluidos	Los servicios de salud que su seguro o plan médico no paga o cubre.
Querella	Una queja hecha a su seguro o plan médico.
Servicios y aparatos de rehabilitación	Servicios de salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias en la vida diaria.
Seguro médico	Un contrato que requiere que su aseguradora médica pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.
Atención médica a domicilio	Los servicios de atención médica que una persona recibe en su propio hogar.
Servicios para pacientes terminales	Servicios que brindan comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Término	Definición
Hospitalización	La atención que se da en un hospital que requiere que el paciente sea ingresado y por lo general requiere pasar allí la noche.
Atención a pacientes ambulatorios	La atención que se da en un hospital que normalmente no requiere pasar allí la noche.
Medicamento necesario	Los servicios o artículos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumple estándares médicos aceptados.
Red	Los centros, proveedores y abastecedores a los que su seguro o plan médico ha subcontratado para que ofrezcan servicios de atención médica.
Proveedor no participante	Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro o plan médico para brindarle a usted servicios cubiertos. Puede que sea más difícil obtener autorización de su seguro o plan médicos para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En contados casos, como cuando no hay otros proveedores, su seguro médico puede subcontratar y pagar por sus servicios a un proveedor no participante.
Proveedor participante	Un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan médico para ofrecerle a usted servicios cubiertos.
Servicios de un médico	Servicios de atención médica que un médico titulado (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) ofrece o coordina.
Plan	Un beneficio, como Medicaid, que ofrece y paga servicios de atención médica.
Autorización previa	La determinación de su seguro o plan médico de que un servicio médico, plan de tratamiento, receta médica o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha pedido es medicamento necesario. Esta determinación o autorización, a veces llamada en inglés prior authorization, prior approval o pre-certification, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es garantía de que su seguro o plan médico cubrirán los costos.
Prima	La cantidad que debe pagarse por su seguro o plan médico.
Cobertura de medicamentos recetados	Un seguro o plan médico que ayuda a cubrir los costos de fármacos y medicamentos recetados.
Medicamentos recetados	Fármacos o medicamentos que, por ley, requieren de receta médica.

Término	Definición
Médico de atención primaria	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) que ofrece o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica a un paciente.
Proveedor de atención primaria	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), enfermero especializado en atención primaria, enfermero clínico especializado o médico asistente, como lo permite la ley estatal, que ofrece, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.
Proveedor	Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), profesional de la salud o centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.
Servicios y aparatos de rehabilitación	Servicios de atención a la salud como terapia física u ocupacional, que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones de la vida diaria que se han perdido o dañado porque la persona está enferma, lesionada o discapacitada.
Servicios de enfermería especializada	Servicios a cargo de enfermeros titulados a domicilio o en un centro de reposo.
Especialista	Un médico especialista que se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.
Atención urgente	La atención dada a una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para acudir a la sala de emergencias.

ANEXO A EVIDENCIA DE COBERTURA Y TABLA DE BENEFICIOS Y EXCLUSIONES

**PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DEL PROGRAMA PERINATAL DEL CHILDREN'S HEALTH INSURANCE
PARA NIÑOS NONATOS
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 NONATO HA SIDO INSCRITO EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DE **AMERIGROUP TEXAS, INC.** A TRAVÉS DEL PROGRAMA PERINATAL DEL CHILDREN'S HEALTH INSURANCE (CHIP). USTED ACEPTA ACATAR ESTAS DISPOSICIONES PARA SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS COMPLETANDO EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ACEPTANDO ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA. ESTE DOCUMENTO DESCRIBE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON QUE SU HIJO NONATO RECIBA SERVICIOS Y BENEFICIOS DE SALUD CUBIERTOS DE PARTE DE **AMERIGROUP** A TRAVÉS DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL.

Emitida por:

Amerigroup Texas, Inc.
800-600-4441

En asociación con:

Children's Health Insurance Program Perinatal
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 nonato bajo Amerigroup
- B. Su contrato con el programa CHIP Perinatal

II. Definiciones

III. ¿Cuándo queda cubierto un miembro inscrito?

IV. Terminación de cobertura del miembro

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

V. La cobertura de salud de su hijo nonato

- A. Selección del proveedor del programa CHIP Perinatal de su hijo nonato
- B. Cambio del proveedor del programa CHIP Perinatal de su hijo nonato
- C. Servicios de emergencia
- D. Servicios fuera de la red
- E. Continuidad de tratamiento
- F. Notificación de reclamos
- G. Coordinación de beneficios
- H. Subrogación

VI. ¿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
- F. Prohibición de represalias

VII. Disposiciones generales

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

VIII. Tabla de beneficios, servicios excluidos y servicios de salud cubiertos

I. Introducción

A. La cobertura de su hijo nonato bajo Amerigroup

Amerigroup provee beneficios a su hijo nonato para servicios de salud cubiertos bajo el programa CHIP Perinatal y determina si servicios de salud particulares son servicios de salud cubiertos, según lo descrito en la **Sección VIII. Tabla de beneficios, servicios excluidos y servicios de salud cubiertos**, a continuación. Si está inscrito apropiadamente, su hijo nonato es elegible para los beneficios descritos en la **Sección VIII**. 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 el programa CHIP Perinatal

El **programa CHIP Perinatal** ha determinado que su hijo nonato es elegible para recibir cobertura y bajo cuáles circunstancias finalizará la cobertura. El programa CHIP Perinatal también ha determinado la elegibilidad de su hijo nonato para otros beneficios bajo el programa CHIP Perinatal.

II. DEFINICIONES

Administrador: El contratista con el estado que administra funciones de inscripción para el programa CHIP Perinatal es Amerigroup.

Determinación adversa: 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 su hijo nonato no son necesarios por motivos médicos o no son apropiados.

Programa CHIP Perinatal: El programa Children's Health Insurance Program (CHIP) Perinatal, el cual provee cobertura a cada niño nonato de conformidad con un acuerdo entre Amerigroup y la Comisión de Salud y Servicios Humanos del estado de Texas.

Servicios de salud cubiertos o servicios cubiertos o cobertura: Aquellos servicios necesarios por motivos médicos que están listados en la **Sección VIII. Tabla de beneficios, servicios excluidos y servicios de salud cubiertos**, de este plan de beneficios de salud. Los servicios cubiertos incluyen cualquier servicio adicional ofrecido por Amerigroup como Servicios de valor agregado (VAS) en la **Sección VIII. Tabla de beneficios, servicios excluidos y servicios de salud cubiertos**, de este plan de beneficios de salud.

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.

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 la madre del niño nonato presentaría un peligro inmediato para el niño nonato u otras personas

2. Que incapacita a la madre del niño nonato para controlar, conocer o entender las consecuencias de sus acciones.

Condición de emergencia: Significa una condición médica de emergencia o una condición de salud del comportamiento de emergencia.

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 niño nonato
2. Deterioro grave de funciones corporales para el niño nonato
3. Disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal que podría afectar al niño nonato
4. Deformidad grave para el niño nonato
5. En el caso de una embarazada, riesgo grave a la salud de una mujer o su niño nonato

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 post estabilización relacionados con el parto y nacimiento del niño nonato.

Experimental y/o investigativo: Un servicio o suministro es experimental y/o investigativo si 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 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. Determinaremos si este elemento 2 es cierto basados en:
 - a. Informes publicados en literatura médica autorizada
 - 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
 - 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 en una dosis que no sea un uso fuera de la etiqueta aceptado; los usos fuera de la etiqueta de medicamentos aprobados por la FDA no son considerados experimentales o investigativos si se determinan que están:
 - (i) 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
- (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
- d. 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.
- e. Los protocolos de investigación indican que el servicio o suministro es Experimental o Investigativo. Este elemento 3, aplica para protocolos usados por el médico o proveedor del niño nonato al igual que para protocolos usados por otros médicos o proveedores que estudian sustancialmente el mismo servicio o suministro.

Plan de beneficios de salud o plan: La cobertura provista al niño nonato emitida por Amerigroup que provee servicios de salud cubiertos.

Amerigroup: Amerigroup, mencionado de otra forma como nosotros, nos o nuestro.

Servicios de salud en el hogar: Servicios de salud provistos en la casa de un miembro por personal de cuidado de la salud, según lo prescrito por el médico responsable u otra autoridad designada por Amerigroup.

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.

Enfermedad: Una dolencia o afección física o mental.

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.

Admisión inicial: Hospitalización de parto incluyendo ICU, incluye transferencias de otro hospital a un hospital con una NICU y cualquier readmisión que sea menos de 24 horas post alta desde la admisión inicial.

Lesión o lesión accidental: Trauma o daño accidental sostenido por el niño nonato o la madre del niño nonato a una parte o sistema corporal que no sea resultado de una enfermedad, dolencia corporal o cualquier otra causa y que podría causar daño al niño nonato.

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.

Servicios necesarios por motivos médicos: Servicios de salud que:

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 nonato, o ponen en riesgo la vida del niño nonato

- Sean proporcionados en centros adecuados y a los niveles apropiados de cuidado para el tratamiento de las condiciones médicas de un niño nonato
- 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
- No sean principalmente para la conveniencia de la madre del niño nonato o el proveedor de cuidado de la salud

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
- No sean principalmente para la conveniencia de la madre del niño nonato 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 del niño nonato y/o la calidad de cuidado provisto.

Miembro: Cualquier niño nonato cubierto que sea elegible para beneficios y que esté inscrito en el programa CHIP Perinatal de Texas.

Fuera del área: Cualquier lugar fuera del área de servicio del programa CHIP Perinatal.

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

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

Proveedor del programa perinatal: Un médico, asistente médico, enfermera profesional avanzada u otro proveedor de cuidado de la salud calificado quien es contratado por Amerigroup para proveer servicios de salud cubiertos a un niño nonato y quien es responsable por proveer cuidado inicial y primario, manteniendo la continuidad del cuidado e iniciando referidos para cuidado.

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, farmaceuta, enfermera certificada, óptica, oculista certificado, farmacia, clínica, centro de enfermería especializado o agencia de salud en el hogar.

Área de servicio: Área de servicio de proveedor CHIP Perinatal según lo definido por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Médico especialista: Un médico participante, distinto a un médico del programa Perinatal, bajo contrato con Amerigroup para proveer servicios de salud cubiertos por referido del proveedor del programa Perinatal.

Niño nonato (CHIP Perinate): Cualquier niño desde la concepción al nacimiento cuyo programa CHIP Perinatal haya determinado que es elegible para cobertura y quien está inscrito en este plan.

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 a la madre del niño nonato en peligro inmediato para el niño nonato u otras personas y la madre del niño nonato puede cooperar con el tratamiento.

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 en lo relacionado al niño nonato requiere evaluación de tratamiento médico o tratamiento en un plazo de 24 horas por parte del proveedor del programa Prenatal o quien este designe para evitar deterioro grave de la condición o salud del niño nonato.

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.

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 nonato. El término no incluye solicitudes electivas de aclaración de cobertura.

Agente de revisión de utilización: Una entidad que está certificada por el Comisionado de Seguros para realizar una revisión de utilización.

Usted y su: Madre del niño nonato.

III. ¿Cuándo queda cubierto un niño nonato inscrito?

La cobertura del niño nonato comienza el primer día del mes en el cual se determina que el niño nonato es elegible para el programa CHIP Perinatal.

IV. Terminación de cobertura de un niño nonato

A. Cancelación de inscripción debida a pérdida de elegibilidad del programa CHIP Perinatal

La cancelación de la inscripción puede ocurrir si su hijo nonato pierde elegibilidad para el programa CHIP Perinatal. Su hijo nonato puede perder elegibilidad para el programa CHIP Perinatal por los siguientes motivos:

1. Cambio en estado del seguro de salud, por ejemplo: el padre de un niño nonato se inscribe en un plan de Amerigroup patrocinado por el empleador
2. Muerte de un niño nonato
3. La madre de un niño nonato se muda permanentemente fuera del estado
4. El padre o representante autorizado del niño nonato solicita (por escrito) la cancelación de inscripción voluntaria del niño nonato
5. La madre del niño nonato es inscrita en Medicaid o Medicare

B. Cancelación de inscripción por parte de Amerigroup

La inscripción de su hijo nonato 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. La madre del niño nonato ya no vive o reside en el área de servicio
5. La madre del niño nonato es negativa, rebelde, amenazadora o poco cooperadora hasta el grado que la afiliación del niño nonato deteriora gravemente la capacidad de Amerigroup o el proveedor de proveer servicios al niño nonato o de obtener nuevos miembros y la conducta de la madre del niño nonato no es causada por una condición de salud física o mental
6. La madre del niño nonato 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 le condición médica subyacente)

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

V. La cobertura de salud de su hijo nonato

A. Selección del proveedor del programa CHIP Perinatal de su hijo nonato

Usted deberá, al momento de inscribirse en el plan Amerigroup, seleccionar el proveedor del programa perinatal de su hijo nonato. 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 un médico de familia con experiencia en cuidado prenatal u otros proveedores de cuidado de la salud calificados como proveedor del programa perinatal.

Deberá confiar en el proveedor del programa perinatal seleccionado para dirigir y coordinar el cuidado de su hijo nonato y los procedimientos y/o tratamiento recomendados.

B. Cambio del proveedor del programa CHIP Perinatal de su hijo nonato

Puede solicitar un cambio del proveedor del programa perinatal de su hijo nonato. Su solicitud debe ser hecha a Amerigroup por lo menos 30 días antes de la fecha efectiva del cambio solicitada.

C. Servicios de emergencia

Cuando es llevada al departamento de emergencias de un hospital, un centro médico de emergencias independiente o a un centro de emergencias comparable para cuidado relacionado directamente con la labor o parto de su hijo nonato cubierto, el médico/proveedor tratante realizará un examen diagnóstico médico para determinar si existe una emergencia médica relacionada directamente con la labor con parto del niño nonato cubierto y proveerá el tratamiento y estabilización de una condición de emergencia.

Si se necesita cuidado adicional relacionado directamente con la labor y parto del niño nonato cubierto después que el niño nonato 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. Los servicios o complicaciones postparto que resulten en la necesidad de servicios de emergencia para la madre del recién nacido de CHIP Perinatal no son un beneficio cubierto.

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.

D. Servicios fuera de la red

Si no hay disponibles servicios de salud cubiertos para su hijo nonato 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.

E. Continuidad de tratamiento

El contrato entre Amerigroup y un médico o proveedor debe contemplar que le den notificación por anticipado razonable de la terminación inminente del plan de un médico o proveedor que esté tratando actualmente a su hijo nonato. 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 nonato de circunstancia especial, tal como un niño nonato que tiene una discapacidad, una condición aguda o una enfermedad que amenaza la vida, o pasa de la 24ta semana de gestación, por el cuidado de su hijo nonato a cambio de continuidad de tratamiento actual para su hijo nonato 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 nonato. La circunstancia especial deberá ser identificada por el médico o proveedor tratante quien debe solicitar que a su niño nonato 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 cesado por el tratamiento continuo de su hijo nonato. Para un niño nonato quien al momento de la cesación pase de la 24ta 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 60 días después del parto.

F. Notificación de reclamos

Usted no debe pagar ningún monto por servicios de salud cubiertos. Si recibe una factura de un médico o proveedor, contacte a Amerigroup.

G. Coordinación de beneficios

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

H. Subrogación

Amerigroup recibe todos los derechos de recuperación adquiridos por usted o su hijo nonato 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 nonato han cedido dichos derechos de recuperación a Amerigroup y usted acepta dar a Amerigroup cualquier ayuda razonable requerida para asegurar la recuperación.

VI. ¿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 nos notifica un reclamo oralmente o por escrito, le enviaremos, a más tardar el 5to día laboral después de la fecha del recibo del reclamo, una carta reconociendo la fecha en que recibimos su reclamo. Si el reclamo fue recibido oralmente, adjuntaremos un formulario de reclamo de 1 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, investigaremos y le enviaremos 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 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.

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 reclamo. Completaremos del proceso de apelaciones a más tardar el 30mo día calendario después de la fecha del recibo de la solicitud de apelación.
2. Le enviaremos una carta de acuse de recibo a más tardar el 5to día después de la fecha del recibo de la solicitud de apelación.
3. Deberemos nombrar miembros para el panel de apelación de reclamo, el cual nos aconsejará sobre la resolución de la disputa. El panel de apelación de reclamo 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 5to día laboral antes de la reunión programada del panel, a menos que usted acuerde lo contrario, le proveeremos a usted 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
 - c. El nombre y afiliación de cada uno de los representantes del 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
 - 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 continuada 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, 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 su hijo nonato no son necesarios por motivos médicos o no son apropiados.

Si usted, su representante designado o el médico o proveedor registrado del programa Perinatal de su hijo nonato están en desacuerdo con la determinación adversa, usted, su representante designado o el médico o proveedor del programa Perinatal de su hijo nonato 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 el médico o proveedor del programa Perinatal de su hijo nonato, una carta reconociendo la fecha de recibo de la apelación. Esta carta también incluirá una lista de documentos que usted, su representante designado o el médico o proveedor de cuidado prenatal de su hijo nonato deben enviarnos o a nuestro agente de Revisión de utilización para la apelación.

Si usted, su representante designado o el médico o proveedor del programa Perinatal de su hijo nonato 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 del programa Perinatal de su hijo nonato un formulario de apelación de 1 página. No se requiere que usted devuelva el formulario completado, pero la 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 del programa Perinatal de su hijo nonato 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 del programa Perinatal de su hijo nonato 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 involucran una condición que amenaza la vida, usted 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 del programa Perinatal de su hijo nonato pueden contactarnos 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, acataremos la decisión de la IRO. Nosotros pagaremos por la revisión de la IRO.

Los procedimientos de apelación descritos anteriormente no prohíben que usted, su representante designado o el proveedor del programa Perinatal de su hijo nonato busquen 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 ponen la salud de su hijo nonato 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 a:

Texas Department of Insurance
PO Box 12030
Austin, TX 78711-2030

Los reclamos ante el Departamento de Seguros de Texas también pueden ser presentados electrónicamente en tdi.texas.gov.

El Comisionado de Seguros deberá investigar un reclamo contra nosotros para determinar cumplimiento en un plazo de 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
4. Otras circunstancias más allá del control del departamento

F. Prohibición de represalias

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

VII. Disposiciones generales

A. Acuerdo completo, enmiendas

Este contrato y cualquier anexo o enmienda constituyen el acuerdo completo entre usted y Amerigroup. Pa 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 sus registros médicos. Sin embargo, al inscribirse en Amerigroup, usted autoriza la divulgación de información, según lo permite la ley, y el acceso a cualquiera y todos sus registros médicos para fines relacionados razonablemente con el suministro de servicios bajo este contrato, a Amerigroup, sus agentes y empleados, el proveedor del programa Perinatal de su hijo nonato, proveedores participantes, proveedores externos del Comité de Revisión de Utilización, el programa CHIP Perinatal 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 o retrasos administrativos en el mantenimiento de sus registros para la Evidencia de Cobertura suya y de su hijo nonato con el programa CHIP Perinatal:

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 al programa CHIP Perinatal sobre usted o su hijo nonato no sean precisos y afecten la cobertura:

1. Los datos correctos serán usados por el programa CHIP Perinatal 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 o federales que rigen CHIP y otras leyes o regulaciones aplicables.

VIII. 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 es un servicio cubierto del programa CHIP Perinatal limitado a aquellos servicios de emergencia que se relacionan directamente con el parto del niño nonato cubierto hasta el nacimiento y deben ser provistos de conformidad con la **Sección V. C. 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.

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p>En hospitalización general agudo</p> <p>Los servicios incluyen: Servicios necesarios por motivos médicos cubiertos provistos en hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salas de operación, recuperación y otros tratamientos • Anestesia y administración (componente técnico del centro) • Los servicios quirúrgicos necesarios por motivos médicos están limitados a servicios que se relacionan directamente con el parto del niño nonato y servicios relacionados con aborto espontáneo o embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte prenatal del feto) • Servicios en hospitalización relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> — Aborto espontáneo, o — 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 — Medicamentos apropiados administrados por el proveedor — Ultrasonido — Examen histológico de muestras de tejido 	<p>Para CHIP Perinates en familias con ingresos en o por debajo del 185 del Nivel Federal de Pobreza (FPL), los cargos del centro no son un beneficio cubierto; sin embargo, los cargos por servicios profesionales asociados con labor con parto son un beneficio cubierto.</p> <p>Para CHIP Perinates en familias con ingresos por encima del 185 hasta e incluyendo el 200 por ciento del FPL, los beneficios están limitados a por servicios profesionales y cargos del centro asociados con labor con parto hasta el nacimiento.</p> <p>Los servicios quirúrgicos están limitados a servicios que se relacionan directamente con el parto del niño nonato.</p> <p>Los servicios provistos por hospital están limitados a labor con parto hasta el nacimiento.</p>	<p>Ninguno</p>
<p>Hospital ambulatorio integral, clínica (incluyendo Centro de Salud) y centro de cuidado de la salud ambulatorio</p> <p>Los servicios incluyen los siguientes servicios provistos en la clínica</p>	<p>Puede requerir autorización previa y receta médica</p> <p>Los servicios de laboratorio y radiológicos están limitados a servicios que se relacionan directamente con cuidado anterior al parto y/o el parto</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p>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 • Medicamentos, medicaciones y agentes biológicos que sean medicamentos recetados e inyectables necesarios por motivos médicos • Servicios ambulatorios relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> — Aborto espontáneo o — 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 administrados por el proveedor — Ultrasonido — Examen histológico de muestras de tejido 	<p>de CHIP Perinate cubierto hasta el nacimiento.</p> <p>El ultrasonido del útero embarazado es un beneficio cubierto del programa CHIP Perinatal cuando sea médicamente indicado. El ultrasonido puede ser indicado para supuestos defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retardo del crecimiento fetal, confirmación de edad gestacional, o aborto espontáneo o embarazo no viable.</p> <p>Amniocentesis, cordocentesis, Transfusión Fetal Intrauterina (FIUT) y guía ultrasónica para cordocentesis, FIUT son beneficios cubiertos del programa CHIP Perinatal con un diagnóstico apropiado.</p> <p>Los análisis de laboratorio para el programa CHIP Perinatal están limitados a: prueba no estresante, prueba de estrés de las contracciones, hemoglobina o hematocritos repetido una vez a las 32 a 36 semanas de embarazo; o hemograma completo, análisis de orina por proteínas y glucosa en cada visita, tipo de sangre y examen de anticuerpos de Rh; examen de anticuerpo para mujeres Rh negativas a las 28 semanas seguido de administración de inmuno globulina RHO si está indicado; título de anticuerpos de rubéola, serología para sífilis, antígeno de superficie de hepatitis B, citología cervical, prueba de embarazo, prueba de gonorrea, cultivo de orina, prueba de anemia falciforme, prueba de tuberculosis (TB), diagnóstico de anticuerpos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), prueba de clamidia, otros análisis de laboratorio no especificados pero considerados necesarios por motivos médicos y diagnósticos de marcadores</p>	

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
	<p>múltiples para defectos del tubo neural (si el cliente inicia cuidado entre 16 y 20 semanas); diagnóstico para diabetes gestacional a las 24 a 28 semanas de embarazo; otros análisis de laboratorio según lo indicado por la condición médica del cliente.</p> <p>Servicios quirúrgicos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aborto espontáneo, o • Un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte prenatal del feto) es un beneficio cubierto 	
<p>Servicios profesionales médicos/sanitarios</p> <p>Los servicios incluyen, pero no están limitados a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios médicos necesarios por motivos médicos están limitados a cuidado prenatal y postparto y/o el parto del niño nonato cubierto hasta el nacimiento • 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 necesarios por motivos médicos, agentes biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico • Componente profesional (en hospitalización/ambulatorio) de servicios quirúrgicos, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> – Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos relacionados directamente 	<p>No requiere autorización por servicios especializados para uso de proveedores contratados. Requiere autorización para uso de proveedores fuera de la red.</p> <p>Componente profesional del ultrasonido del útero embarazado cuando sea médicamente indicado para supuestos defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retardo del crecimiento fetal, o confirmación de edad gestacional.</p> <p>Componente profesional de amniocentesis, cordocentesis, Transfusión Fetal Intrauterina (FIUT) y guía ultrasónica para amniocentesis, cordocentesis y FIUT.</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p>con la labor con parto del niño nonato hasta el nacimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> – Administración de anestesia por un médico (distinto al cirujano) o CRNA – Procedimientos invasivos de diagnóstico relacionados directamente con la labor con parto del niño nonato – Servicios quirúrgicos asociados con aborto espontáneo o un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte prenatal del feto) • Servicios médicos basados en hospital (incluyendo componentes técnicos y de interpretación realizados por médico) • Componente profesional asociado con: <ul style="list-style-type: none"> – Aborto espontáneo, o – Un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte prenatal del feto) • Los servicios profesionales asociados con aborto o embarazo no viable incluyen, pero no están limitados a: <ul style="list-style-type: none"> – Procedimientos de dilatación y curetaje – Medicamentos apropiados administrados por el proveedor – Ultrasonidos – Examen histológico de muestras de tejido 		
<p>Cuidado prenatal y servicios y suministros familiares pre-embarazo</p> <p>Los servicios cubiertos están limitados a una visita inicial y visitas subsiguientes de cuidado prenatal (anterior al parto) que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 visita cada 4 semanas por las primeras 28 semanas de embarazo; 1 visita cada 2 a 3 semanas de 28 	<p>No requiere autorización previa para uso de proveedores contratados. Requiere autorización para uso de proveedores fuera de la red.</p> <p>Límite de 20 visitas prenatales y 2 visitas postparto (máximo en un plazo de 60 días) sin documentación de una complicación del embarazo. Visitas más frecuentes pueden ser necesarias para</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p>a 36 semanas de embarazo; y 1 visita por semana desde 36 semanas hasta el parto; las visitas más frecuentes son permitidas según sea necesario por motivos médicos</p>	<p>embarazos de alto riesgo. Las visitas prenatales de alto riesgo no están limitadas a 20 visitas por embarazo. Se debe mantener documentación que respalde la necesidad médica en los archivos del médico y está sujeta a revisión retrospectiva.</p> <p>Las visitas después de la visita inicial deben incluir: historial interino (problemas, estado maternal, estado fetal), examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo del útero, posición tamaño fetal, ritmo cardiaco fetal, extremidades) y análisis de laboratorio (análisis de orina por proteínas y glucosa en cada visita; hematocritos o hemoglobina repetida una vez al trimestre y a las 32 a 36 semanas de embarazo; diagnóstico de marcadores múltiples para anomalías fetales ofrecido a las 16 a 20 semanas de embarazo; diagnóstico repetido de anticuerpos para mujeres Rh negativas a las 28 semanas seguido por administración de inmunoglobulina</p> <p>Rho si está indicado; diagnóstico de diabetes gestacional a las 24 a 28 semanas de embarazo; y otros análisis de laboratorio según lo indicado por la condición médica del cliente).</p>	
<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 relacionados con labor y parto.</p>	<p>Los servicios o complicaciones postparto que resulten en la necesidad de servicios de emergencia para la madre del CHIP Perinate no son un beneficio cubierto.</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficio cubierto	Limitaciones	Copagos
<p>Los servicios cubiertos están limitados a aquellos servicios de emergencia que están relacionados directamente con el parto del niño nonato cubierto hasta el nacimiento.</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 • Examen diagnóstico médico para determinar emergencia cuando están relacionados directamente con el parto del niño nonato cubierto • Servicios de estabilización relacionados con la labor y parto del niño nonato cubierto • El transporte terrestre, aéreo y acuático de emergencia por labor y amenaza de labor es un beneficio cubierto • Servicios de emergencia asociados con: <ul style="list-style-type: none"> — Aborto espontáneo, o — Un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte prenatal del feto) 		
<p>Servicios de manejo de caso</p> <p>Los servicios de manejo de caso son un beneficio cubierto para el niño nonato.</p>	<p>Estos servicios cubiertos incluyen información de alcance, manejo de caso, coordinación de cuidado y referido comunitario.</p>	<p>Ninguno</p>
<p>Servicios de coordinación de cuidado</p> <p>Los servicios de coordinación de cuidado son un beneficio cubierto para el niño nonato.</p>		<p>Ninguno</p>
<p>Servicios de valor agregado</p>	<p>Ver Beneficios adicionales</p>	<p>Ninguno</p>

Exclusiones del programa CHIP Perinatal de servicios cubiertos para CHIP Perinates

- Para CHIP Perinates en familias con ingresos en o por debajo del 185 del Nivel Federal de Pobreza, los cargos del de hospitalización no son un beneficio cubierto si están asociados con la admisión inicial perinatal del recién nacido; «Admisión inicial perinatal del recién nacido» significa la hospitalización asociada por el nacimiento
- Los tratamientos en hospitalización y ambulatorios que no sean cuidado prenatal, labor con parto y cuidado postparto relacionado con el niño nonato hasta el nacimiento; servicios relacionados con pretérmino, labor falsa o de otra naturaleza que no resulten en parto son servicios excluidos
- Servicios de salud mental en hospitalización
- Servicios de salud mental ambulatorios
- Equipo médico duradero u otros dispositivos terapéuticos médicamente relacionados
- Suministros médicos desechables
- Servicios de cuidado de la salud basados en el hogar y la comunidad
- Servicios de cuidado de enfermería
- Servicios dentales
- Servicios de tratamiento para abuso de sustancias en hospitalización y residenciales
- Servicios tratamiento para abuso de sustancias ambulatorios
- Terapia física, terapia ocupacional y servicios para personas con trastornos del habla, escucha y lenguaje
- Cuidado de hospicio
- Servicios de centro de enfermería especializado y hospital de rehabilitación
- Servicios de emergencia distintos a aquellos relacionados directamente con el parto del niño nonato cubierto
- Servicios de transplante
- Programas para dejar de fumar
- Servicios quiroprácticos
- Transporte médico no relacionado directamente con la labor o amenaza de labor y/o parto del niño nonato cubierto
- 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 relacionado con labor y parto o cuidado postparto
- 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
- Tratamiento o evaluaciones requeridas por terceros, incluyendo, pero sin limitarse a, aquellos para escuelas, empleo, autorización de vuelo, campamentos, seguros o cortes
- Servicios privados de enfermería cuando son relacionados en hospitalización o en un centro de enfermería especializado
- Dispositivos mecánicos para reemplazo de órganos, incluyendo pero sin limitarse a corazón artificial
- Servicios y suministros hospitalarios cuando la internación es únicamente para fines de pruebas diagnósticas y no sean parte de labor y parto
- 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 dentales solamente con fines cosméticos

- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud excepto por cuidado de emergencia relacionado con la labor y parto del niño nonato cubierto
- Servicios, suministros, sustitutos de comidas o suplementos provistos para control de peso o el tratamiento de obesidad
- 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 incluyen 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)
- Zapatos correctivos u ortopédicos
- Artículos de conveniencia
- Ortótica usada principalmente para fines atléticos o recreativos
- Cuidado de custodia (cuidado que ayuda 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 cuidador; este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico entrenado)
- 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, terapia de la vista o servicios de la vista
- Reembolso por servicios de terapia física, ocupacional o del habla en la escuela
- Gastos no médicos del donante
- Cargos incurridos como donante de un órgano
- 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)

