

Horario de beneficios del Programa Perinatal no nacido

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
<p>Asistencia a pacientes internos con enfermedades agudas</p> <p>Los servicios incluyen: Servicios cubiertos necesarios por razones médicas, prestados por el 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 razones médicas se limitan a aquellos que se relacionan directamente con el parto del niño por nacer y los relacionados con abortos espontáneos o embarazos no viables (embarazo molar, ectópico o muerte fetal intrauterina). ▪ Servicios para pacientes internas relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, ectópico o muerte fetal intrauterina). Los servicios para pacientes internas asociados con abortos espontáneos o embarazos no viables comprenden, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ▪ procedimientos de dilatación y legrado (D&C, por su sigla en inglés); ▪ medicación adecuada administrada por los proveedores, ▪ ecografías, y ▪ análisis histológico de muestras tisulares. 	<p>Para miembros del programa CHIP Perinatal provenientes de familias con ingresos iguales o menores al 185% del Nivel Federal de Pobreza, los cargos por uso de las instalaciones no son un beneficio cubierto; no obstante, los cargos por servicios profesionales correspondientes al trabajo de parto y el parto constituyen un beneficio cubierto.</p> <p>Para miembros del programa CHIP Perinatal provenientes de familias con ingresos entre el 186% y el 200% del Nivel Federal de Pobreza, los beneficios se limitan a los cargos por servicios profesionales y uso de las instalaciones asociados con el trabajo de parto hasta el nacimiento.</p>	<p>Ninguno</p>
<p>Hospital integral de pacientes externos, clínica (incluido centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria</p> <p>Se incluyen los siguientes servicios prestados por clínica hospitalaria o una sala de emergencia, una clínica o un centro de salud, un departamento de sala de emergencia de un hospital o un centro de atención médica ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiografías, imágenes y análisis radiológicos (componente técnico) ▪ Servicios de laboratorio y patologías (componente técnico) ▪ Análisis de diagnóstico con aparatos ▪ Fármacos, medicamentos y productos biológicos necesarios por razones médicas y fármacos inyectables ▪ Servicios para pacientes externas relacionados con (a) abortos espontáneos o 	<p>Las visitas a las salas de emergencia por asuntos relacionados con el embarazo y la estabilización posterior no requieren autorización.</p> <p>No hay beneficios fuera de red.</p> <p>Los servicios de laboratorio y radiología se limitan a los directamente relacionados con la atención prenatal y/o el parto de los miembros cubiertos por el programa CHIP Perinatal hasta el nacimiento.</p> <p>La ecografía del útero durante el embarazo es un beneficio cubierto del programa CHIP Perinatal en los casos indicados por el médico. La ecografía puede ser indicada en caso de sospecha de malformaciones genéticas, embarazos de alto riesgo, retraso en el crecimiento fetal, determinación de la edad gestacional, aborto espontáneo o embarazo no viable.</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
<p>(b) embarazos no viables (embarazo molar, ectópico o muerte fetal intrauterina). Los servicios para pacientes externas asociados con abortos espontáneos o embarazos no viables incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ procedimientos de dilatación y legrado (D&C, por su sigla en inglés); ▪ medicación adecuada administrada por los proveedores, ▪ ecografías, y ▪ análisis histológico de muestras tisulares. 	<p>La amniocentesis, cordocentesis, transfusión fetal intrauterina (FIUT, por su sigla en inglés) y las pautas ecográficas para la cordocentesis constituyen beneficios cubiertos por el programa CHIP Perinatal con el correspondiente diagnóstico.</p> <p>Los exámenes de laboratorio del programa CHIP Perinatal se limitan a los siguientes: cardiocografía en reposo, cardiocografía con contracciones, hemoglobina o hematocrito repetido una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo, o hemograma completo (CBC, por su sigla en inglés), análisis de orina para verificar proteínas y glucosa en cada consulta, tipo de sangre y examen de anticuerpos RH; repetición de examen de anticuerpos en mujeres RH negativas a las 28 semanas, seguido de la administración de inmunoglobulina RHO si se indica; título de anticuerpo de rubéola, pruebas serológicas de sífilis, antígeno de superficie de la hepatitis B, estudio citológico del cuello del útero, prueba de embarazo, análisis de gonorrea, urocultivo, análisis de células falciformes, análisis de tuberculosis (TB), análisis de anticuerpos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), análisis de clamidia, otros análisis de laboratorio no especificados pero que se consideren necesarios por razones médicas, y pruebas de marcadores múltiples para detectar defectos del tubo neural (si la paciente inicia el tratamiento entre la semana 16 y la 20); detección de diabetes gestacional entre las 24 y las 28 semanas de embarazo, u otros análisis de laboratorio que se indiquen según el estado de la paciente.</p> <p>Los siguientes servicios quirúrgicos relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, ectópico o muerte fetal intrauterina) constituyen beneficios cubiertos.</p>	
<p>Servicios profesionales de médicos o ayudantes médicos</p> <p>Entre los servicios incluidos se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los servicios de médicos, necesarios por razones de salud, se limitan a la atención prenatal y posparto y/o el parto del niño por nacer con cobertura hasta el nacimiento. ▪ Visitas al consultorio médico, servicios para pacientes internos y externos ▪ Servicios de laboratorio, radiografías, imágenes y patología, incluso el componente técnico o la interpretación del profesional ▪ Medicamentos, productos biológicos y materiales necesarios por razones médicas administrados en el consultorio médico ▪ El componente profesional (pacientes 	<p>El proveedor debe pertenecer a la red.</p> <p>No hay beneficios fuera de red.</p> <p>Componente profesional de la ecografía del útero en el embarazo cuando esté indicada por el médico por sospecha de malformaciones genéticas, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal o determinación de la edad gestacional.</p> <p>Componente profesional de la amniocentesis, cordocentesis, transfusión fetal intrauterina (FIUT, por su sigla en inglés) y pautas ecográficas para la amniocentesis, cordocentesis y la FIUT.</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
<p>internos y externos) de los servicios quirúrgicos, incluso lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirujanos y auxiliares quirúrgicos en procedimientos quirúrgicos directamente relacionados con el trabajo de parto y el parto del niño por nacer con cobertura hasta el nacimiento. - Administración de anestesia por parte del médico (que no sea el cirujano) o por el enfermero anestesista certificado - Procedimientos diagnósticos traumáticos directamente relacionados con el parto del niño por nacer. - Servicios quirúrgicos relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios médicos prestados en el hospital (incluidos los componentes técnicos y de interpretación a cargo del médico) ▪ Componente profesional asociado con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, ectópico o muerte fetal intrauterina). Los servicios profesionales asociados con abortos espontáneos o embarazos no viables comprenden, entre otros: Procedimientos de dilatación y legrado (D&C, por su sigla en inglés), medicamentos apropiados administrados por el proveedor, ecografías y análisis histológico de muestras tisulares. 		
<p>Servicios del centro de maternidad</p>	<p>Cubre servicios obstétricos prestados por un centro de maternidad habilitado. Limitados a los servicios prestados en el centro (por ej., trabajo de parto y parto)</p> <p>Se aplica únicamente a los miembros del programa CHIP Perinatal (niño por nacer) con ingresos entre el 186% y el 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por su sigla en inglés).</p>	<p>Ninguno</p>
<p>Servicios prestados por una enfermera partera certificada o médico en un centro de maternidad habilitado.</p>	<p>Cubre servicios prenatales, obstétricos y de posparto, prestados en un centro de maternidad habilitado. Servicios prenatales sujetos a las siguientes limitaciones: los servicios se limitan a una consulta inicial y a subsiguientes consulta de atención prenatal (previa al parto) que incluyen:</p> <p>(1) Una (1) consulta cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas del embarazo. (2) una (1) consulta cada dos (2) a tres (3) semanas desde la semana 28 a la semana 36 del embarazo; y (3) una (1) consulta por semana desde la semana 36 hasta el parto.</p> <p>Se permite una mayor frecuencia de consultas si</p>	<p>Ninguno.</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
	<p>es necesario por razones médicas. Los beneficios se limitan a:</p> <p>Límite de 20 consultas prenatales y dos (2) consultas después del parto (dentro de un máximo de 60 días) si no hay documentación de complicaciones durante el embarazo. Es posible que se necesite una mayor frecuencia de consultas en casos de embarazos de alto riesgo. Las consultas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. Se debe conservar la documentación que avala la necesidad médica. Dicha documentación está sujeta a un análisis retrospectivo.</p> <p>Las consultas posteriores a la consulta inicial deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ historial provisional (problemas, estado civil, estado del feto); ▪ examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, posición y tamaño fetal, ritmo cardíaco del feto, extremidades) y ▪ análisis de laboratorio (análisis de orina para verificar proteínas y glucosa en cada visita; hematocrito o hemoglobina, una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo, pruebas de marcadores múltiples para detectar irregularidades fetales entre las semanas 16 y 20 de embarazo; repetición de examen de anticuerpos en mujeres RH negativas a las 28 semanas, seguido de la administración de inmunoglobulina RHO si se indica, y detección de diabetes gestacional entre las 24 y las 28 semanas de embarazo, así como otros análisis de laboratorio que se indiquen según el estado de la paciente). 	
<p>Atención prenatal y servicios familiares previos al embarazo así como suministros</p> <p>Los servicios cubiertos se limitan a una visita inicial y a subsiguientes visitas de atención médica prenatal (previa al parto) que incluyen:</p> <p>Una visita cada cuatro semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo, una visita cada dos o tres semanas entre las semanas 28 y 36 de embarazo, y una visita por semana desde la semana 36 al parto. Se permite una mayor frecuencia de visitas si es necesario por razones médicas.</p>	<p>No hay beneficios fuera de red.</p> <p>Límite de 20 visitas prenatales y 2 visitas de posparto (en un máximo de 60 días) sin constatación documentada de complicaciones durante el embarazo. Es posible que se necesite una mayor frecuencia de consultas en casos de embarazos de alto riesgo. Las consultas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. La documentación que avala la necesidad médica debe conservarse en los archivos del médico y está sujeta a un análisis retrospectivo.</p> <p>Las consultas posteriores a la consulta inicial deben incluir: historial provisional (problemas, estado maternal, estado del feto); examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, posición y tamaño fetal, ritmo cardíaco del feto, extremidades) y análisis de laboratorio (análisis de orina para verificar proteínas y glucosa en cada visita; hematocrito o hemoglobina, una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo, pruebas de marcadores múltiples</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficios cubiertos	Limitaciones	Copagos
	para detectar irregularidades fetales entre las semanas 16 y 20 de embarazo; repetición de examen de anticuerpos en mujeres RH negativas a las 28 semanas, seguido de la administración de inmunoglobulina RHO si se indica, y detección de diabetes gestacional entre las 24 y las 28 semanas de embarazo, así como otros análisis de laboratorio que se indiquen según el estado de la paciente).	
<p>Servicios de emergencia, como hospitales y médicos de emergencia, y servicio de ambulancia</p> <p>El plan médico no puede exigir autorización como condición para el pago de emergencias relacionadas con los partos.</p> <p>Los servicios cubiertos se limitan a aquellos servicios de emergencia que se relacionan directamente con el parto del niño por nacer con cobertura hasta el nacimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios prestados en relación con lo que una persona prudente definiría como una afección de emergencia. ▪ Pruebas médicas de detección para determinar el grado de emergencia cuando se relaciona directamente con el parto del niño por nacer con cobertura. ▪ Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el parto del niño por nacer con cobertura. ▪ El traslado de emergencia por tierra, aire o agua en el caso de trabajo de parto y amenaza de parto es un beneficio cubierto. ▪ Servicios de emergencia relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, ectópico o muerte fetal intrauterina). 	Los servicios posparto o complicaciones que conllevan la necesidad de servicios de emergencia para la madre del miembro del programa CHIP Perinatal no constituyen un beneficio cubierto.	Ninguno
<p>Servicios de gestión de casos</p> <p>Los servicios de gestión de casos son un beneficio cubierto para el niño por nacer.</p>	Estos servicios cubiertos incluyen programas de divulgación e información, gestión de casos, coordinación de asistencia y recomendaciones dentro de la comunidad.	Ninguno
<p>Servicios de coordinación de asistencia</p> <p>Los servicios de coordinación de asistencia son un beneficio cubierto para el niño por nacer.</p>		Ninguno
<p>Beneficios en medicamentos</p> <p>Entre los servicios incluidos se encuentran los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos y productos biológicos para pacientes externos; por ejemplo, medicamentos para estos pacientes dispensados por la farmacia y administrados por los proveedores; y • Medicamentos y productos biológicos proporcionados durante la internación. 	Los servicios deben ser necesarios por razones médicas para el niño por nacer.	Ninguno

EXCLUSIONES EN LOS SERVICIOS CUBIERTOS PARA LOS MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL

- En el caso de miembros del programa CHIP Perinatal provenientes de familias con ingresos iguales o menores al 185% del Nivel Federal de Pobreza, los cargos por uso de las instalaciones de los pacientes internos no constituyen un beneficio cubierto si están asociados con la admisión inicial perinatal del recién nacido. "Admisión inicial perinatal del recién nacido" significa la hospitalización asociada con el nacimiento.
- Tratamientos para los pacientes internos y externos aparte de la atención prenatal, trabajo de parto y parto y atención posparto relacionada con el niño por nacer con cobertura hasta el nacimiento. Están excluidos los servicios relacionados con bebés prematuros, trabajo de parto falso o de otro tipo que no termine en parto.
- Servicios de salud mental para pacientes internos.
- Servicios de salud mental para pacientes externos.
- Equipo médico duradero u otros dispositivos terapéuticos.
- Suministros médicos descartables.
- Servicios de atención médica a domicilio o con base en la comunidad.
- Servicios de enfermería.
- Servicios odontológicos.
- Servicios de tratamiento de farmacodependencia para pacientes internos y a domicilio.
- Servicios de tratamiento de farmacodependencia para pacientes externos.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios para tratar trastornos del habla, del oído y del lenguaje.
- Cuidados paliativos.
- Residencia para ancianos especializada y servicios hospitalarios de rehabilitación.
- Servicios de emergencia a excepción de los directamente relacionados con el parto del niño por nacer con cobertura.
- Servicios de trasplantes.
- Programas para dejar de fumar.
- Servicios quiroprácticos.
- Traslado médico no relacionado directamente con el trabajo de parto, amenaza de parto y/o parto del niño por nacer con cobertura.
- Artículos de comodidad personal, por ejemplo, el paquete de cuidado personal que se proporciona al ingresar el paciente interno, teléfono, televisión, fotografías del recién nacido, comidas para los acompañantes de la paciente y demás artículos que no son necesarios para el tratamiento específico del trabajo de parto, el parto o la atención posparto.
- Procedimientos médicos, quirúrgicos o de otra índole para fines experimentales o de investigación, o servicios que normalmente no se emplean ni cuentan con el reconocimiento de la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adversa y reúne los requisitos para ser analizada por una Organización de Revisión Independiente (tal como se describe en D, "Revisión Externa por parte de una Organización de Revisión Independiente").
- Tratamiento o evaluaciones requeridos por terceros, como escuelas, empleadores, autorizaciones de vuelo, campamentos, seguros o tribunales, entre otros.
- Servicios particulares de enfermería en el caso de pacientes internos o cuando se realizan en una residencia para ancianos especializada.
- Dispositivos mecánicos para reemplazo de órganos, como corazones artificiales, entre otros.
- Servicios y suministros hospitalarios cuando la internación tiene únicamente como propósito la realización de pruebas de diagnóstico y no es parte del trabajo de parto y el parto.
- Exámenes de próstata y mamografías.
- Cirugía optativa para corregir la visión.
- Intervenciones gástricas para adelgazamiento.
- Cirugía plástica y servicios con fines puramente estéticos.
- Aparatos odontológicos con fines únicamente estéticos.
- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan médico, a excepción de la atención de emergencia en el trabajo de parto y el parto del niño por nacer con cobertura.
- Servicios, suministros, sustitutos o complementos alimenticios que se proporcionan para el control del peso o el tratamiento de la obesidad.
- Medicamentos prescritos para subir o bajar de peso.
- Servicios de acupuntura, naturoterapia e hipnoterapia.
- Inmunizaciones administradas con el único fin de viajar al exterior.
- Cuidado de rutina de los pies, como tratamiento higiénico (no incluye el tratamiento de lesiones o de complicaciones debido a la diabetes).

- Diagnóstico y tratamiento de pie plano, débil o con distensión muscular, y el corte o eliminación de callos y uñas (esto no rige en los casos en que se deben quitar las raíces de las uñas o efectuar tratamientos quirúrgicos por afecciones existentes bajo los callos o las uñas encarnadas).
- Zapatos ortopédicos correctivos.
- Artículos para la comodidad.
- Medicamentos sin receta.
- Dispositivos ortopédicos utilizados para fines deportivos o recreativos.
- Atención de pacientes recluidos (asistencia en las actividades diarias, como ayuda para caminar, levantarse y acostarse, bañarse, vestirse, comer, ir al baño, preparación de dietas especiales y supervisión de los medicamentos que en general toman por sí mismos o son proporcionados por quienes cuidan del paciente. Este tipo de asistencia no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado).
- Tareas de la casa.
- No se incluyen los servicios y la atención médica de afecciones en establecimientos públicos que, según la ley federal, estatal o local, deben recibirse en un centro público ni tampoco la atención recibida durante reclusión dispuesta por autoridades legales.
- Servicios o suministros provistos por el personal de enfermería, pero que no requieren experiencia ni capacitación de enfermería.
- Capacitación de la visión, terapia de la visión o servicios visuales.
- No están cubiertos los reembolsos por servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla que se realicen en la escuela.
- Gastos de índole no médica del donante.
- Cargos generados como donante de un órgano.
- La cobertura fuera de los EE. UU. y de los territorios estadounidenses (incluso Puerto Rico, las Islas Vírgenes Estadounidenses, las Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Americana).