

**PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DEL PROGRAMA PERINATAL DEL
PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA RECIÉN NACIDOS DURANTE EL PERÍODO PERINATAL
PRUEBA DE COBERTURA
ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD
PLAN SIN AUTORIZACIÓN FEDERAL**

ESTA PRUEBA DE COBERTURA (CONTRATO) SE EMITE PARA USTED, CUYO HIJO HA SIDO INSCRITO EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DEL **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN** A TRAVÉS DEL PROGRAMA PERINATAL DEL DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP). USTED ACEPTA ADHERIRSE A ESTAS DISPOSICIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS AL COMPLETAR LA FORMA DE INSCRIPCIÓN, PAGAR EL CARGO CORRESPONDIENTE Y ACEPTAR ESTA PRUEBA DE COBERTURA. ESTE DOCUMENTO DESCRIBE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS Y LOS BENEFICIOS DE SALUD CUBIERTOS QUE RECIBE SU HIJO DE PARTE DEL **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN** A TRAVÉS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP.

Emitido por
Texas Children's Health Plan
P.O. Box 301011,NB-8360
Houston, TX 77230
832-828-1002
1-866-959-6555

En asociación con:

Children's Health Insurance Program Perinatal Program
P.O. Box 149276
Austin, TX 78714-9983
1-800-647-6558

1 AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o presentar una queja:

2. USTED puede comunicarse con SU plan de salud al teléfono 1-866-959-6555.

TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN

3. USTED puede llamar al número de teléfono gratis del **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN** para obtener información o presentar una queja al

1-866-959-6555

4. USTED también puede escribir al **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN** a

**P.O. Box 301011, NB-8360
Houston, TX 77230**

5. USTED puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información acerca de compañías, coberturas, derechos o quejas al

1-800-252-3439

6. USTED puede escribir al Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance)

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
FAX # (512) 475-1771
Sitio web: <http://www.tdi.texas.gov>
Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

7. DISPUTAS POR PRIMA O RECLAMACIONES: En caso de tener una disputa respecto de SU prima o una reclamación debe comunicarse primero con Texas Children's Health Plan. Si no se resuelve la disputa, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas.

ADJUNTE ESTE AVISO A SU PÓLIZA: Este aviso tiene únicamente fines informativos y no es una parte ni una condición del documento adjunto.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

- A. La Cobertura de SU HIJO bajo el PLAN DE SALUD.
- B. SU Contrato con CHIP

II. DEFINICIONES

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

IV. COSTOS COMPARTIDOS

V. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO

- A. Desafiliación por pérdida de elegibilidad para el CHIP
- B. Desafiliación por el PLAN DE SALUD

VI. LA COBERTURA DE SALUD DE SU HIJO

- A. Selección del Médico Principal o Proveedor Principal de SU HIJO
- B. Cambio del Médico Principal o Proveedor Principal de SU HIJO
- C. Niños con enfermedades crónicas, incapacitantes o con riesgo de vida
- D. Servicios de Emergencia
- E. Servicios fuera de la red
- F. Continuidad del tratamiento
- G. Aviso de reclamaciones
- H. Coordinación de beneficios
- I. Subrogación

VII. ¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?

- A. Proceso de las quejas
- B. Apelaciones al PLAN DE SALUD
- C. Apelación interna de determinación adversa
- D. Revisión externa por una Organización Independiente de Revisión
- E. Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI)
- F. Prohibición de represalias

VIII. DISPOSICIONES GENERALES

- A. Acuerdo Total, Enmiendas
- B. Divulgación y confidencialidad de los registros médicos
- C. Error administrativo
- D. Aviso
- E. Validez
- F. Conformidad con las leyes estatales

IX. PLAN DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS

I. INTRODUCCIÓN

A. La Cobertura de SU HIJO bajo el PLAN DE SALUD

El PLAN DE SALUD le proporciona beneficios a SU HIJO por los Servicios de Salud Cubiertos por CHIP y determina si servicios de salud particulares son Servicios de Salud Cubiertos, como se describen en la **Sección IX, PLAN DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS**. Si está inscrito correctamente, SU HIJO es elegible para recibir los beneficios descritos en la **Sección IX**. Todos los servicios deben ser provistos por Médicos y Proveedores participantes salvo los Servicios de Emergencias y los servicios fuera de la red que son autorizados por el PLAN DE SALUD. USTED tiene un Contrato con el PLAN DE SALUD respecto de los asuntos mencionados en esta Sección I.A, como se describen más detalladamente en este Contrato.

B. SU Contrato con CHIP

CHIP ha determinado que SU HIJO es elegible para recibir Cobertura y las circunstancias bajo los cuales la Cobertura finalizará. CHIP también ha determinado la elegibilidad de SU HIJO para recibir otros beneficios bajo el programa CHIP.

II. DEFINICIONES

ADMINISTRADOR: El contratista con el Estado que administra las funciones de inscripción para los planes de salud del Programa Perinatal de CHIP.

Admisión inicial: Hospitalización del momento del nacimiento incluyendo ICU; incluye transferencia a otro hospital a un hospital con NICU y cualquier readmisión menos de 24 horas después de ser dado de alta de la admisión inicial

Agente de Revisión de Utilización: Una entidad certificada por el Comisionado de Seguros para realizar una Revisión de Utilización.

Área de Servicios: El área de servicio del programa perinatal de CHIP es definida por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Atención de Salud Conductual Urgente: Una condición de salud conductual que requiere de atención y evaluación dentro de las veinticuatro (24) horas pero que no coloca al NIÑO en peligro inminente a sí mismo o a otros y el NIÑO puede cooperar con el tratamiento.

Atención Urgente: Una condición de salud incluida una Atención de Salud Conductual Urgente que no es una emergencia pero es suficientemente intensa o dolorosa como para causar que una persona común y prudente, que posee un conocimiento normal y corriente de medicina, crea que la condición requiere de evaluación para recibir tratamiento médico o tratamiento dentro de las veinticuatro (24) horas por el PCP del NIÑO o un PCP designado para evitar el deterioro serio de la condición o de la salud del NIÑO.

Cargo usual y habitual: El cargo usual presentado por un grupo, entidad o persona que presta o provee servicios cubiertos, tratamientos o suministros; siempre que el cargo no exceda el nivel general de los cargos presentados por otros que prestan o proveen servicios, tratamientos o suministros iguales o similares.

CHIP o Programa Perinatal de CHIP: El Programa de Seguro Médico para Niños que proporciona Cobertura a cada NIÑO según un acuerdo entre el PLAN DE SALUD y la Comisión de Salud y Servicios Humanos del Estado de Texas (Health and Human Services Commission of the State of Texas, HHSC).

Condición de Emergencia: significa una Condición Médica de Emergencia o una Condición de Salud Conductual de Emergencia.

Condición de Salud Conductual de Emergencia: Cualquier condición, independientemente de la naturaleza o causa de la misma, que según la opinión de una persona común y prudente que posee un conocimiento normal y corriente de salud y medicina:

1. requiere de intervención y/o atención médica inmediatas sin la cual un NIÑO sería un peligro inminente a sí mismo o a otros, o
2. que incapacita a un NIÑO para controlar, conocer o entender las consecuencias de sus acciones.

Condición Médica de Emergencia: Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de aparición reciente e intensidad suficiente (incluido dolor intenso), tal que una persona común y prudente, que posee un conocimiento normal y corriente de salud y medicina, pudiera esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata puede producir:

1. peligro serio para la salud del paciente;
2. trastorno serio de las funciones del cuerpo;
3. disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo;
4. desfiguración seria; o
5. en el caso de una embarazada, peligro serio para la salud de la mujer o de su bebé por nacer.

Determinación Adversa: Una decisión tomada por NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización que estipula que los servicios de atención médica provistos o que se propone proveer a un NIÑO no son médicamente necesarios o no son apropiados. Esta exclusión es una determinación adversa y es elegible para ser revisada por una IRO (como se describe en D. Revisión externa por una Organización de Revisión Independiente).

Discapacidad: Un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida de un individuo, como el cuidado propio, la realización de tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y/o trabajar.

Enfermedad: Un malestar o una dolencia físicos o mentales.

Enfermedad Mental Seria: Las siguientes enfermedades psiquiátricas según las define la Asociación Norteamericana de Psiquiatría en el Manual diagnóstico y estadístico (DSM, por sus siglas en inglés):

1. esquizofrenia;
2. paranoia y otros trastornos psicóticos;
3. trastornos bipolares (hipomaníaco, maníaco, depresivo y mixto);
4. trastornos depresivos mayores (episodio único o recurrente);
5. trastornos esquizoafectivos (bipolar o depresivo);
6. trastornos generalizados del desarrollo;
7. trastornos obsesivo-compulsivos y
8. depresión en la niñez y la adolescencia.

Experimental y/o en etapa de investigación: Un servicio o suministro es Experimental y/o en etapa de investigación si NOSOTROS determinamos que una o más de las siguientes situaciones es verdadera:

1. El servicio o suministro se encuentra bajo estudio o en un estudio clínico para evaluar su toxicidad, seguridad o eficacia para un diagnóstico particular o un conjunto de indicaciones. Los estudios clínicos incluyen, a título enunciativo pero no limitativo, estudios clínicos de Fase I, II y III.
2. La opinión que prevalece dentro de la especialidad adecuada en la profesión médica de los Estados Unidos es que el servicio o suministro necesita más evaluación para un diagnóstico particular o un conjunto de indicaciones antes de ser usado fuera de los estudios clínicos u otros ambientes de investigación. NOSOTROS determinaremos si este ítem 2 es verdadero en base a:
 - a. Informes publicados de literatura médica experta; y
 - b. Reglamentos, informes, publicaciones y evaluaciones emitidos por las agencias del gobierno tales como la agencia para políticas de salud e investigaciones (Agency for Health Care Policy and Research, AHCP), los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH) y la FDA.
3. En el caso de un medicamento, un dispositivo u otro suministro que esté sujeto a la aprobación de la FDA:
 - a. No tiene la aprobación de la FDA; o
 - b. Tiene la aprobación de la FDA sólo bajo su normativa para el tratamiento con nuevo fármaco en fase de investigación o una normativa similar;

- c. Tiene la aprobación de la FDA, pero se usa para una indicación o en una dosis que no es un uso alternativo aceptado. Los usos no indicados en los documentos del fármaco de medicamentos aprobados por la FDA no se consideran experimentales o en etapa de investigación si se determina que:
 - (i) están incluidos en uno o más de los siguientes compendios médicos: The American Medical Association Drug Evaluations, The American Hospital Formulary Service Drug Information, The United States Pharmacopeia Information y otros compendios expertos según los identifica periódicamente la Secretaría de Salud y Servicios Humanos; o
 - (ii) además, la adecuación médica de los usos no indicados no incluidos en los compendios se puede establecer en base a prueba clínica de respaldo en publicaciones médicas revisadas por pares.
- d. La junta de revisión institucional del Médico o Proveedor reconoce que el uso del servicio o suministro es Experimental o en etapa de investigación y está sujeto a la aprobación de la junta.
- e. Los protocolos de investigación indican que el servicio o suministro es Experimental o en etapa de investigación. Este ítem 5 se aplica a los protocolos usados por el Médico o Proveedor del NIÑO así como a los protocolos usados por otros Médicos o Proveedores que fundamentalmente estudian el mismo servicio o suministro.

Fuera del área: Todo lugar fuera del Área de Servicio Perinatal del PLAN DE SALUD de CHIP.

Hospital: Una institución pública o privada con licencia según la definición del Capítulo 241 del Código de Salud y Seguridad de Texas o en el Subtítulo C del Título 7 del Código de Salud y Seguridad de Texas.

Lesión o Lesión Accidental: Trastorno o daño accidentales que sufre un NIÑO en una parte o sistema del cuerpo que no es el resultado de una enfermedad, una dolencia del cuerpo ni ninguna otra causa.

Médico: Cualquier persona con licencia para ejercer la medicina en el Estado de Texas.

Médico Especialista: Un Médico participante, además del Médico Principal, bajo Contrato con el PLAN DE SALUD para proveer Servicios de Salud Cubiertos en caso de derivación del Médico Principal o Proveedor Principal.

Médico Principal o Proveedor Principal (PCP, por sus siglas en inglés): Un médico o proveedor que ha acordado con el PLAN DE SALUD proporcionar una institución de atención médica para un NIÑO y que es responsable de proporcionar la atención inicial y primaria a los pacientes, manteniendo la continuidad de la atención del paciente e iniciando la derivación de la atención.

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

NIÑO o NIÑA: Cualquier niño/a que CHIP ha determinado elegible para obtener Cobertura y que está inscrito/a bajo este Plan.

Organización Independiente de Revisión: Una entidad certificada por el Comisionado de Seguros bajo el Capítulo 4202 para realizar una revisión independiente de Determinaciones Adversas.

Pediatra: Un Médico que es elegible para certificación o está certificado en pediatría por la Junta Americana de Pediatría.

Plan de Beneficios de Salud o Plan: La Cobertura provista a un NIÑO emitida por el PLAN DE SALUD que provee los Servicios de Salud Cubiertos.

PLAN DE SALUD: El Texas Children's Health Plan también referido como NOSOTROS, NUESTRO o NUESTRA.

Proveedor: Cualquier institución, organización o persona, además de un Médico, que tiene licencia o está de algún otro modo autorizado a proporcionar un servicio de atención médica en este Estado. El término incluye, a título enunciativo pero no limitativo, un hospital, doctor en quiropraxia, farmacéutico, enfermero registrado, oftalmólogo, óptico registrado, farmacia, institución de enfermería especializada o una agencia de atención médica domiciliaria.

Revisión de Utilización: El sistema para revisión retrospectiva, concurrente o futura de la necesidad y adecuación médicas de los Servicios de Salud Cubiertos provistos, que se proveen o se propone proveer a un NIÑO. El término no incluye los pedidos opcionales de aclaración de cobertura.

Riesgo de vida: Una enfermedad o condición para la cual es probable la posibilidad de muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o condición.

Servicios de Emergencia y Atención de Emergencia: Los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios provistos por un proveedor que está calificado para proveer dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una Condición Médica de Emergencia y/o una Condición de Salud Conductual de Emergencia, incluidos los servicios de atención posteriores a la estabilización.

Servicios de Salud a Domicilio: Los servicios de salud provistos en el hogar de un NIÑO por personal de atención médica, según lo indicó el Médico responsable u otra autoridad designada por el PLAN DE SALUD.

Servicios de Salud Cubiertos o Servicios Cubiertos o Cobertura: Aquellos Servicios Médicamente Necesarios enumerados en la **Sección IX, PLAN DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS**, de este Plan de Beneficios de Salud. Los Servicios Cubiertos también incluyen cualquier servicio adicional ofrecido por el PLAN DE SALUD como Servicios de Valor Agregado (VAS, por sus siglas en inglés) enumerados en la **Sección IX, PLAN DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS**, de este Plan de Beneficios de Salud.

Servicios Médicamente Necesarios: Los servicios de salud que son:

Físicos:

- razonables y necesarios para prevenir enfermedades o condiciones médicas, o proporcionan la evaluación temprana, intervenciones y/o tratamientos para condiciones que causan sufrimiento o dolor, causan malformación física o limitaciones en una función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, causan enfermedad o dolencia a un NIÑO o arriesgan la vida;
- provistos en instalaciones adecuadas y con los niveles adecuados de atención para el tratamiento de las condiciones médicas del NIÑO;
- coherentes con las directivas y normas de prácticas de atención médica emitidas por organizaciones de salud reconocidas por profesionales o agencias gubernamentales;
- coherentes con diagnósticos de las condiciones;
- no más invasivos o restrictivos que lo necesario para proporcionar el equilibrio adecuado entre la seguridad, la eficacia y la eficiencia;
- no son Experimentales y/o en etapa de investigación; y
- no son principalmente para la comodidad del NIÑO o del proveedor de atención médica.

Conductual:

- razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno mental o trastorno por Dependencia de Sustancias Químicas para mejorar, mantener o evitar el deterioro de una función causada por el trastorno;
- provistos según las directivas y las normas para prácticas clínicas aceptadas por profesionales para la atención de la salud conductual;
- no son Experimentales y/o en etapa de investigación; y
- no son principalmente para la comodidad del NIÑO o del proveedor de atención médica.

Los Servicios Médicamente Necesarios deben ser provistos en el ambiente más adecuado y menos restrictivo en que se puedan prestar de forma segura y deben ser provistos con el nivel o la prestación del servicio más adecuado en que se pueda prestar de forma segura y que no pueda ser omitido sin perjudicar la salud mental y/o física del NIÑO o la calidad de la atención provista.

USTED y SU: La familia o el tutor del NIÑO.

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

Los niños que se inscriben en CHIP por primera vez, o regresan a CHIP después de desafilarse, serán inscritos el primer día del mes siguiente a completar el proceso de inscripción. Los niños cubiertos por un seguro privado dentro de los 90 días de solicitud quizá queden sujetos a un periodo de carencia que se extiende por un periodo de 90 días después de la última fecha en que el solicitante estuvo cubierto por un plan de beneficios de salud. Los Miembros del Programa Perinatal de CHIP están exentos del período de espera.

IV. COSTOS COMPARTIDOS

No se requieren cuotas de inscripción ni compartir costos (como los copagos) para los servicios cubiertos por CHIP Perinatal.

V. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO

A. Desafiliación por pérdida de elegibilidad para el CHIP

La desafiliación podría producirse si SU HIJO pierde la elegibilidad para el CHIP. SU HIJO podría perder la elegibilidad para CHIP por las siguientes razones:

1. Supera la edad permitida cuando el NIÑO cumple diecinueve años;
2. No renueva la inscripción al final del periodo de cobertura de 12 meses;
3. Cambia el estatus del seguro médico, es decir, un NIÑO se inscribe en un plan de salud patrocinado por un empleador;
4. Fallecimiento del NIÑO;
5. el NIÑO se muda permanentemente fuera del Estado;
6. el NIÑO se inscribe en Medicaid o Medicare.
7. No deja el seguro actual si se determinó que el niño era elegible para CHIP porque el costo del seguro médico bajo el plan de salud actual era 10% ó más del ingreso neto familiar.
8. Uno de los padres del niño o un Representante Autorizado solicita (por escrito) la desafiliación voluntaria de un niño.
9. No responde a un pedido de verificación de ingresos durante el mes seis del periodo de inscripción (se requiere sólo a ciertas familias) o si la información del ingreso provista indica que el ingreso de la familia supera los límites de ingreso de CHIP.

B. Desafiliación por el PLAN DE SALUD

SU HIJO podría ser desafiliado por NOSOTROS, después de la aprobación de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, por las siguientes razones:

1. Fraude o tergiversación material e intencional cometidos por USTED después de 15 días de aviso por escrito;
2. Fraude en el uso de los servicios o las instalaciones después de 15 días de aviso por escrito;
3. Mala conducta que es perjudicial a las operaciones seguras del Plan y la provisión de servicios;
4. el NIÑO ya no vive o reside en el Área de Servicio.
5. El NIÑO es perjudicial, revoltoso, amenazante o no coopera hasta el punto en que la membresía del NIÑO perjudica seriamente la habilidad del PLAN DE SALUD o del Proveedor para prestar servicios al NIÑO u obtener nuevos miembros, y la conducta del NIÑO no es causada por una condición de salud conductual o física.
6. El NIÑO categóricamente se rehúsa a cumplir con las restricciones del PLAN DE SALUD (por ejemplo, usar reiteradamente la sala de emergencias en combinación con rehusarse a permitir que el PLAN DE SALUD trate la condición médica subyacente).

No desafilaremos a un NIÑO en base a un cambio en el estado de salud del NIÑO, la capacidad mental disminuida o por la cantidad de Servicios Médicamente Necesarios que se usan para tratar la condición del NIÑO. NOSOTROS tampoco desafilaremos a un NIÑO por conducta no cooperativa o perjudicial causada por sus necesidades especiales, a menos que este comportamiento perjudique seriamente NUESTRA capacidad de prestar servicios al NIÑO u otros inscritos.

VI. LA COBERTURA DE SALUD DE SU HIJO

A. Selección del Médico Principal o Proveedor Principal de SU HIJO

USTED, en el momento de inscripción en el PLAN DE SALUD, escogerá el Médico Principal o Proveedor Principal (PCP, por sus siglas en inglés) para SU HIJO. Los miembros pueden escoger un Obstetra/Ginecólogo (OB/GYN, por sus siglas en inglés) para prestar Servicios de Salud Cubiertos dentro del alcance de la práctica profesional de la especialidad de obstetricia/ginecología. La selección se debe realizar entre los Médicos y Proveedores incluidos en la lista publicada de Médicos y Proveedores del PLAN DE SALUD. USTED tiene la opción de escoger como PCP a un Médico Familiar con experiencia en el tratamiento de niños, a un Pediatra o a cualquier otro Proveedor de atención médica calificado y adecuado a la edad.

USTED deberá ir al PCP seleccionado para que dirija y coordine la atención del NIÑO y recomiende procedimientos y/o tratamiento.

B. Cambio del Médico Principal o Proveedor Principal de SU HIJO

USTED puede solicitar un cambio del Médico Principal o Proveedor Principal de SU HIJO y un cambio del Obstetra/Ginecólogo de SU HIJA. SU pedido se debe presentar ante el PLAN DE SALUD al menos treinta (30) días antes de la fecha de entrada en vigor solicitada para el cambio.

C. Niños con enfermedades crónicas, incapacitantes o con riesgo de vida

Un NIÑO que tiene una enfermedad crónica, incapacitante o que pone en riesgo la vida puede ser elegible para recibir servicios que superan los provistos normalmente. Si se identifica que SU HIJO tiene necesidades de atención médica especiales, SU HIJO será elegible para Servicios de Administración de Casos para Niños con Necesidades Especiales de Salud (CSHCN, por su siglas en inglés) a través del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

Un NIÑO que tiene una enfermedad crónica, incapacitante o que pone en riesgo la vida puede solicitar al director médico del PLAN DE SALUD el uso de un Médico Especialista no principal como Médico Principal. El Médico Especialista debe aceptar el acuerdo y aceptar coordinar todas las necesidades de atención médica del NIÑO.

D. Servicios de Emergencia

Cuando SU HIJO es llevado al departamento de emergencias de un Hospital, una instalación médica independiente para emergencias o una instalación de emergencias similar, el Médico/Proveedor tratante realizará un examen médico de evaluación para determinar si existe una Emergencia médica y proporcionará el tratamiento y la estabilización de una Condición de Emergencia.

Si se requiere de atención adicional después de estabilizar al paciente, el Médico/Proveedor tratante debe comunicarse con el PLAN DE SALUD. El PLAN DE SALUD debe responder dentro de una hora de recibir la llamada para aprobar o denegar la Cobertura de la atención adicional solicitada por el Médico/Proveedor tratante.

Si el PLAN DE SALUD acepta la atención que propone el Médico/Proveedor tratante, o si el PLAN DE SALUD no aprueba o rechaza la atención propuesta dentro de una hora de recibir la llamada, el Médico/Proveedor tratante puede efectuar la atención propuesta.

USTED debe notificar al PLAN DE SALUD dentro de las veinticuatro (24) horas de cualquier Servicio de Emergencia fuera de la red, o tan pronto como sea razonablemente posible.

E. Servicios fuera de la red

Si no están disponibles los Servicios de Salud Cubiertos para SU HIJO a través de los Médicos o Proveedores de la red, el PLAN DE SALUD, al recibir un pedido de un Médico o Proveedor de la red, permitirá la derivación a un Médico o Proveedor fuera de la red y reembolsará completamente al Médico o Proveedor fuera de la red por el Cargo Usual y Habitual o a un precio convenido. El PLAN DE SALUD además debe dar lugar a una revisión de un especialista de la misma o similar especialidad del tipo de Médico o Proveedor al que se solicita una derivación antes de que el PLAN DE SALUD pueda denegar una derivación.

F. Continuidad del tratamiento

El contrato entre el PLAN DE SALUD y un Médico o Proveedor debe disponer que se avise con anticipación razonable a USTED acerca de la finalización inminente del Plan de un Médico o Proveedor que actualmente trata a SU HIJO. El contrato también debe disponer que la finalización del contrato de un Médico o Proveedor, salvo por razones de competencia médica o conducta profesional, no exime al PLAN DE SALUD de su obligación de reembolsar al Médico o Proveedor que está tratando a SU HIJO por una circunstancia especial, como un NIÑO que tiene una discapacidad, una condición aguda o una enfermedad con riesgo de vida por la atención de SU HIJO a cambio de la continuidad del tratamiento en curso para SU HIJO que en ese momento recibe tratamiento médicamente necesario según el dictado de la prudencia médica.

Circunstancia especial significa una condición tal que el Médico o Proveedor tratante cree razonablemente que interrumpir la atención del Médico o Proveedor tratante podría perjudicar a SU HIJO. La circunstancia especial será identificada por el Médico o Proveedor tratante que debe solicitar que se permita que SU HIJO continúe el tratamiento bajo la atención del Médico o Proveedor y debe aceptar no cobrarle a USTED ninguna suma por la cual USTED no sería responsable si el Médico o Proveedor todavía perteneciera a la red del PLAN DE SALUD. El PLAN DE SALUD reembolsará al Médico o Proveedor que ya no pertenece a la red por el tratamiento en curso de SU HIJO por noventa días desde la fecha de finalización del acuerdo, o por nueve meses si han diagnosticado a SU HIJO una enfermedad terminal.

G. Aviso de reclamaciones

USTED no debe pagar ningún monto por los Servicios de Salud Cubiertos salvo por los Copagos o Deducibles. Si USTED recibe una factura de un médico o proveedor, comuníquese con el PLAN DE SALUD.

H. Coordinación de beneficios

La cobertura de SU HIJO bajo CHIP es secundaria cuando se coordinan beneficios con cualquier otra cobertura de seguros. Esto significa que la cobertura provista bajo CHIP pagará beneficios por servicios cubiertos que permanezcan impagos después de que otra cobertura de seguros haya pagado.

I. Subrogación

El PLAN DE SALUD recibe todos los derechos de recuperación adquiridos por USTED o SU HIJO contra cualquier persona u organización por negligencia o cualquier acto intencional que produzca Enfermedad o Lesión cubiertos por el PLAN DE SALUD, pero sólo hasta el alcance de dichos beneficios. Al recibir dichos beneficios del PLAN DE SALUD, se considera que USTED y SU HIJO han asignado dichos derechos de recuperación al PLAN DE SALUD, y USTED acepta dar al PLAN DE SALUD cualquier ayuda razonable requerida para lograr la recuperación.

VII. ¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?

A. Proceso de las quejas

"Queja" significa cualquier insatisfacción que USTED expresa oralmente o por escrito a NOSOTROS respecto de cualquier aspecto de NUESTRA operación incluso, a título enunciativo pero no limitativo, insatisfacción con la administración del plan; procedimientos relacionados con la revisión o apelación de una Determinación Adversa, denegación, reducción o finalización de un servicio por razones no relacionadas con la necesidad médica; la manera en que se presta un servicio; o decisiones de desafiliación.

Si USTED nos notifica a NOSOTROS oralmente o por escrito una Queja, NOSOTROS, antes del quinto día laborable después de la fecha de recepción de la Queja, le enviaremos a USTED una carta que confirma la fecha en que NOSOTROS recibimos SU Queja. Si la Queja se recibe oralmente, NOSOTROS enviaremos una forma de Queja de una página que describa claramente que nos debe regresar la forma de Queja a NOSOTROS para una pronta resolución.

Después de recibir la Queja por escrito o una forma de Queja de una página de USTED, NOSOTROS investigaremos y le enviaremos a USTED una carta con NUESTRA resolución. El tiempo total para confirmar la recepción, investigar y resolver su Queja no superará los treinta (30) días calendario posteriores a NUESTRA recepción de SU Queja.

SU Queja respecto de una Emergencia o la denegación de una estadía continua de hospitalización se resolverá en un día laborable a partir de la recepción de SU Queja. La investigación y resolución se concluirán de acuerdo con la inmediatez médica del caso.

USTED puede usar el proceso de apelación para resolver una disputa respecto de la resolución de SU Queja.

B. Apelaciones al PLAN DE SALUD

1. Si USTED no está satisfecho con la resolución de la Queja, USTED tiene el derecho de comparecer ante un panel de apelación de Quejas en el lugar donde USTED normalmente recibe servicios de atención médica, a menos que USTED acuerde otro sitio, o puede enviar una apelación por escrito al panel de apelación de Quejas. NOSOTROS completaremos el proceso de apelación antes del trigésimo (30mo) día calendario a partir de la fecha de recepción del pedido de apelación.
2. NOSOTROS enviaremos una carta de acuse de recibo a USTED antes del quinto día a partir de la recepción del pedido de apelación.
3. NOSOTROS nombraremos miembros para el panel de apelación de Quejas, que nos informaran a NOSOTROS acerca de la resolución de la disputa. El panel de apelación de Quejas estará formado por un número igual de NUESTRO personal, Médicos u otros Proveedores e inscritos. Un miembro del panel de apelaciones no puede haber estado involucrado anteriormente en la decisión bajo disputa.
4. Antes del quinto día laborable anterior a la reunión programada del panel, a menos que USTED convenga lo contrario, NOSOTROS le proporcionaremos a USTED o a SU representante designado:
 - a. toda la documentación a presentar al panel a través de NUESTRO personal;
 - b. la especialización de cualquier Médico o Proveedor consultados durante la investigación; y
 - c. el nombre y la afiliación de cada uno de NUESTROS representantes en el panel.
5. USTED, o SU representante designado si USTED es menor o discapacitado, tiene derecho a:
 - f. comparecer ante el panel de apelación de Quejas;
 - g. presentar un testimonio experto alternativo; y
 - h. solicitar la presencia y cuestionar a cualquier persona responsable de tomar la determinación previa que produjo la apelación.

2. La investigación y resolución de apelaciones relacionadas con emergencias en curso o denegación de días continuados de hospitalización se concluirá según la inmediatez médica del caso pero en ningún caso superará un día laborable posterior a SU pedido de apelación.

En caso de Emergencia en curso o estadía continua en el Hospital, y ante SU petición, NOSOTROS proporcionaremos, en lugar de un panel de apelación de Quejas, una revisión por un Médico o Proveedor que no haya revisado el caso anteriormente y que tiene una especialidad igual o similar a la que típicamente maneja la condición médica, el procedimiento o el tratamiento en discusión para revisar la apelación.

3. El aviso de NUESTRA decisión final debe incluir una declaración de la determinación médica específica, el fundamento clínico y los criterios contractuales usados para tomar la decisión final.

C. Apelación interna de determinación adversa

Una "Determinación Adversa" es una decisión tomada por NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización que estipula que los servicios de atención médica provistos o que se propone proveer a un NIÑO no son médicamente necesarios o adecuados.

Si USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de SU HIJO registrado están en desacuerdo con la Determinación Adversa, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de SU HIJO pueden apelar la Determinación Adversa oralmente o por escrito.

Dentro de los 5 días laborables a partir de la recepción de una apelación por escrito de la Determinación Adversa, NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización le enviarán a USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de SU HIJO una carta que confirma la fecha de recepción de la apelación. La carta también incluirá una lista de documentos que USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de SU HIJO debe enviarnos a NOSOTROS o a NUESTRO Agente de Revisión de Utilización para la apelación.

Si USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de SU HIJO apelan oralmente la Determinación Adversa, NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización le enviaremos a USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de SU HIJO una forma de apelación de una página. USTED no tiene que regresar la forma completa, pero NOSOTROS le recomendamos a USTED que lo haga porque nos ayudará a NOSOTROS a resolver SU apelación.

Las apelaciones de Determinaciones Adversas que incluyen emergencias en curso o denegación de estadía continua en un Hospital se resolverán antes de un (1) día laborable a partir de la fecha en que se recibe toda la información necesaria para completar la apelación. Todas las demás apelaciones se resolverán antes de treinta (30) días calendario desde que NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización recibe la apelación.

D. Revisión externa por una Organización Independiente de Revisión

Si se rechaza la apelación de la Determinación Adversa, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor registrado de SU HIJO tienen el derecho a solicitar una revisión de esa decisión por una Organización Independiente de Revisión (IRO, por sus siglas en inglés). Cuando NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización rechaza la apelación, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de SU HIJO recibirán información acerca de cómo solicitar una revisión de una IRO del rechazo y las formas que se deben completar y regresar para iniciar el proceso de revisión independiente.

En circunstancias que incluyen una condición que pone en riesgo la vida, SU HIJO tiene derecho a una revisión inmediata de una IRO sin tener que cumplir con los procedimientos para las apelaciones internas de determinaciones adversas. En situaciones con riesgo de vida, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor registrado de SU HIJO pueden comunicarse con NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización por teléfono para pedir la revisión de una IRO y NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización proporcionaremos la información requerida.

Cuando la IRO completa su revisión y emite su decisión, NOSOTROS respetaremos la decisión de la IRO. NOSOTROS pagaremos la revisión de la IRO.

Los procedimientos de apelación descritos arriba no le prohíben a USTED buscar otros recursos adecuados, incluido desagravio por mandato judicial, sentencia declaratoria y otras medidas disponibles por ley, si USTED cree que el requisito de completar la apelación y el proceso de revisión coloca la salud de SU HIJO en serio riesgo.

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

Cualquier persona, incluidas personas que han intentado resolver quejas a través de NUESTRO proceso del sistema de quejas y que estén insatisfechas con la resolución, puede reportar una supuesta violación ante el Departamento de Seguros de Texas, P.O. Box 149104, Austin, Texas 78714-9104. Las quejas ante el Departamento de Seguros de Texas se pueden presentar de forma electrónica en www.tdi.texas.gov.

El Comisionado de Seguros investigará una queja contra NOSOTROS para determinar el cumplimiento de las normas dentro de los sesenta (60) días a partir de que el Departamento de Seguros de Texas recibe la Queja y toda la información necesaria para determinar el cumplimiento. El Comisionado podría prolongar el tiempo necesario para completar una investigación en caso de que se produzca cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. se necesita información adicional;
2. es necesaria una revisión en el sitio;
3. NOSOTROS, el Médico o Proveedor o USTED no proporcionamos toda la documentación necesaria para completar la investigación; o
4. se producen otras circunstancias ajenas al control del Departamento.

F. Prohibición de represalias

1. NOSOTROS no tomaremos ninguna acción de represalia, incluso el rechazo de renovación de cobertura, contra un NIÑO porque el NIÑO o la persona que actúa en nombre del NIÑO ha presentado una Queja contra NOSOTROS o apelado una decisión tomada por NOSOTROS.
2. NOSOTROS no participaremos en ninguna acción de represalia, incluso la finalización o el rechazo de renovación de un contrato, contra un Médico o Proveedor, porque el Médico o Proveedor en nombre de un NIÑO ha presentado una Queja razonable contra NOSOTROS o apelado una decisión tomada por NOSOTROS.

VIII. DISPOSICIONES GENERALES

A. Acuerdo Total, Enmiendas

Este Contrato, y cualquier documento adjunto o enmienda, conforman el Acuerdo Total entre USTED y el PLAN DE SALUD. Para ser válido, cualquier cambio a este Contrato debe ser aprobado por un funcionario del PLAN DE SALUD y se debe adjuntar a este Contrato.

B. Divulgación y confidencialidad de los registros médicos

El PLAN DE SALUD acepta mantener y preservar la confidencialidad de todo y cualquier registro médico de SU HIJO o SU familia. Sin embargo, al inscribirse en el PLAN DE SALUD, USTED autoriza la divulgación de información, según lo permite la ley, y el acceso a todo y cualquier registro médico de SU HIJO con fines razonablemente relacionados a la prestación de servicios bajo este Contrato, al PLAN DE SALUD, sus agentes y empleados, al Médico Principal o Proveedor Principal de SU HIJO, a los Proveedores participantes, a Proveedores externos del Comité de Revisión de Utilización, a CHIP y a las agencias gubernamentales que corresponda. Las protecciones de la privacidad del PLAN DE SALUD se describen más detalladamente en su Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en www.TexasChildrensHealthPlan.org o puede llamar al 1-866-959-6555 para pedir una copia.

C. Error administrativo

El error administrativo o las demoras en mantener registros para SU Contrato con CHIP o el de SU HIJO:

1. no negará ninguna Cobertura que de cualquier otro modo se hubiera otorgado; y
2. no continuará ninguna Cobertura que de cualquier otro modo hubiera terminado; y

Si cualquier hecho importante entregado a CHIP sobre SU HIJO no es preciso y afecta la Cobertura:

1. CHIP usará hechos verdaderos para decidir si la Cobertura tiene vigor; y
2. se realizará cualquier ajuste y/o indemnización necesarios.

D. Aviso

Los beneficios de indemnización por accidentes en el trabajo no se ven afectados.

E. Validez

La imposibilidad de aplicación o la invalidez de cualquier disposición de esta Prueba de Cobertura no afectará la aplicación o validez del resto de este Contrato.

F. Conformidad con las leyes estatales

Cualquier disposición de este Contrato que no guarde conformidad con la Ley para HMO de Texas y las leyes o reglamentos federales o estatales que rigen CHIP, u otras leyes o reglamentos aplicables, no se considerará inválida pero se interpretará y aplicará como si guardara plena conformidad con la Ley para HMO de Texas y las leyes o reglamentos federales o estatales que rigen CHIP, y otras leyes o reglamentos aplicables.

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

Estos servicios de salud cuando son médicamente necesarios deben ser provistos en el ambiente más adecuado y menos restrictivo en que se puedan prestar de forma segura; deben ser provistos con el nivel o la prestación del servicio más adecuado en que se pueda prestar de forma segura y que no puedan ser omitidos sin perjudicar la salud física o la calidad de vida del Miembro.

La Atención de Emergencia es un servicio cubierto de CHIP y se debe proporcionar según la **Sección VII. D. Servicios de Emergencia**. Consulte la **Sección II Definiciones** para obtener la definición de "Condición de Emergencia" y la definición de "Servicios de Emergencia y Condición de Emergencia" para determinar si existe una Condición de Emergencia.

No hay máximo de por vida en los beneficios; sin embargo, el periodo de inscripción de 12 meses o las limitaciones de por vida sí se aplican a ciertos servicios como se especifica en el Plan de Beneficios. Los copagos se aplican hasta que una familia alcanza su máximo de copagos específico para un periodo de inscripción.