Texas Children's® Health Plan

Manual para miembros de CHIP

Para las áreas de prestación de servicios de Harris y Jefferson

CHIP | TEXAS Health and Human Services

866-959-6555

texaschildrenshealthplan.org/es

Julio 2025
MS-2303-221

Communication is important to us. Language assistance services, free of charge, are available to you.
Call 866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711).
Spanish: La comunicación es importante para nosotros. Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
Llame al 866-959-2555 (STAR), al 866-959-6555 (CHIP) o al 844-780-1154 (STAR Kids)(TTY: 711).
Vietnamese: Giao tiếp là rất quan trọng đối với chúng tôi. Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, có sẵn cho bạn.
Hãy gọi đến số 866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711).
Chinese (Simplified): 我们非常重视沟通。您可以获得免费的语言协助服务。
请致电 866-959-2555 (STAR)，866-959-6555 (CHIP)， 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711)。
Arabic: التواصل يهمنا. خدمات الدعم اللغوي متاحة لك مجانًا.
اتصل بالرقم 866-959-2555 (STAR)، 866-959-6555 (CHIP)، 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711).
Urdu: مواصلت ہمارے لیے ضروری ہے۔ زبان معاون سروسز، مفت، آپ کے لیے دستیاب ہیں۔
پر کال کریں - 866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 844-780-1154 (STAR Kids)(TTY 711)
Tagalog: Mahalaga sa amin ang komunikasyon. May mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available para sa inyo.
Tumawag sa 866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711).
French: La communication nous tient à cœur. Des services gratuits d’aide linguistique sont à votre disposition.
Il vous suffit de composer le 866-959-2555 (STAR), le 866-959-6555 (CHIP) ou le 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711).
Hindi: हमारे लिए संचार महत्वपूर्ण है. भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए मुफ़्त में उपलब्ध हैं.
866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711) पर कॉल करें.
Farsi (Persian): ارتباط برای ما حائز اهمیت است. خدمات کمک زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارند.
با شماره‌های 866-959- 2555 (STAR)، 866-959-6555 (CHIP)، 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711) متاس گیرید.
German: Kommunikation ist uns wichtig. Es stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung.
Rufen Sie dazu folgende Nummern an: 866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711).
Gujarati: અમારા માટે સંચાર મહત્વપૂર્ણ છે. તમારા માટે ભાષા સંબંધી સહાયતાની સેવાઓ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે.
866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711) પર કૉલ કરો.
Russian: Общение важно для нас. Вы можете воспользоваться бесплатной службой языковой поддержки.
Звоните по номерам 866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711).
Japanese: コミュニケーションは私たちにとって大切です。無料の言語サポートサービスをご利用いただけます。
866-959-2555（STAR）、866-959-6555（CHIP）、844-780-1154（STAR Kid）（TTY 711）までお電話ください。
Laotian: ການສື່ສານແມ່ນສຳຄັນສຳລັບພວກເຮົາ. ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໃຫ້ຟຣີ (ບໍ່ ຄາໃສ່ຄ່າຍ), ມໃຫ້ທ່ານ.
ໃຫ 866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 844-780-1154 (STAR Kids) (TTY 711).

Guía rápida — A quién llamar

Si necesita:	Llame a:
Texas Children's Health Plan	Servicios para Miembros, al 866-959-6555 o TTY 800-735-2989 (Texas Relay), o al 7-1-1 para saber cómo obtener servicios cubiertos para usted o para su hijo. Servicios para Miembros está disponible de 8 a.m. a 5 p. m. hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados aprobados por el estado. Fuera del horario de atención o los fines de semana y feriados, nuestro servicio de respuesta está listo para ayudarlo y recibir sus mensajes. Un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada al siguiente día laborable. En caso de emergencia, acuda a la sala de emergencias de la red más cercana o llame al 9-1-1. Puede hablar con un representante de miembros en inglés o español. Los intérpretes que hablan 140 idiomas diferentes también están disponibles por teléfono.
La atención de un médico	Su número de teléfono y el del proveedor de cuidado primario de su hijo figuran en la tarjeta de identificación de su hijo. El proveedor de atención primaria de su hijo está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Tratamiento de salud conductual (mental) o por consumo de drogas	Línea directa de salud conductual y consumo de drogas, al 800-731-8528 para averiguar cómo obtener servicios. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No se necesita derivación del proveedor de atención primaria. La línea directa tiene personas que hablan inglés y español. Los intérpretes que hablan 140 idiomas diferentes también están disponibles por teléfono. Si tiene una emergencia y necesita tratamiento de inmediato, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.
Línea telefónica de ayuda 24/7	800-686-3831 o TTY 800-735-2989 (Texas Relay). Los enfermeros registrados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Nota: Esta no es una línea de emergencia). La línea de ayuda cuenta con personal que hablan inglés y español, tienen conocimiento sobre el programa CHIP, servicios cubiertos, la población de CHIP y recursos de proveedores. Intérpretes que hablan 140 Diferentes idiomas también están disponibles por teléfono.
Coordinación de servicios	Para inscribirse en la coordinación de servicios, llámenos directamente al 832-828-1430 o puede comunicarse con nosotros al 844-780-1154.
Atención de urgencia	El proveedor de cuidado primario de su hijo o la línea telefónica de ayuda 24/7 al 800-686-3831 o TTY 800-735-2989 (Relay de Texas) o al 7-1-1.
Atención de emergencia	Vaya a una sala de emergencias de un hospital dentro de la red. Si la situación es potencialmente mortal, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.
Atención hospitalaria	El proveedor de atención primaria de su hijo, quien coordinará la atención en función de las necesidades o del estado de su hijo.
Medicamentos recetados	Servicios para Miembros, llame al 866-959-6555 para conocer los nombres de las farmacias participantes o para recibir ayuda para obtener una receta.

Guía rápida — A quién llamar

Si necesita:	Llame al:
Información sobre reinscripción	Llame a HHSC al 2-1-1.
Preguntas sobre las tarifas de inscripción	Llame a HHSC al 2-1-1.
Actualice su dirección y número de teléfono	Llame a HHSC al 2-1-1.
Cuidado de la vista	Llame a Envolve Vision al 844-520-3711.
Contratistas dentales	Plan dental CHIP de su hijo. Su hijo tendrá uno de los siguientes planes dentales: • DentaQuest: 800-508-6775 • MCNA Dental: 800-494-6262 • UHC Dental: 800-964-2777 Si no sabe cual es el plan dental CHIP de su hijo, llame a CHIP al 800-959-6555.
CHIP Helpline	800-964-2777

Texas Children's Health Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan al 866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP) o al 800-659-5764 (STAR Kids) (TTY 7-1-1)

Texas Children's Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. Texas Children's Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Si cree que Texas Children's Health Plan no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Departamento de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo en:

Texas Children's Health Plan
866-959-2555 (STAR), 866-959-6555 (CHIP), 800-659-5764 (STAR Kids) (TTY 7-1-1)
HealthPlan@texaschildrens.org
Attn: Civil Rights Coordinator
P.O. Box 301011, WLS 8314
Houston, Texas 77230-1011

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TTY)

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Índice

Bienvenido a Texas Children's Health Plan 7

¿Cómo funciona el plan?

Su proveedor de cuidado primario 8

Cómo cambiar el proveedor de atención primaria de usted o de su hijo 9

El proveedor de atención primaria o el de su hijo también pueden solicitar cambios 10

Si su proveedor de atención primaria o el de su hijo abandona Texas Children's Health Plan . . 10

Su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan o la de su hijo 10

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid 11

Atención fuera del horario laboral 11

Atención de rutina 12

Atención de urgencia. 12

Atención médica de emergencia o de salud conductual. 12

Atención de posestabilización. 14

Atención cuando está lejos de casa 14

Atención especializada y remisiones 14

Servicios que no necesitan una remisión de su proveedor de atención primaria o del de su hijo . 14

Atención de obstetricia y ginecología 14

Healthy Texas Women 15

Servicios hospitalarios para pacientes internados 15

Servicios de atención médica a domicilio 15

Beneficios y servicios

Beneficios y servicios cubiertos 16

Atención médica necesaria 16

Proceso de autorización previa 16

Copagos para determinados servicios médicos . 16

Límites de distribución de costos de CHIP 17

Tarifas de inscripción 17

Servicios de salud conductual y por consumo de drogas. 18

Dele un buen comienzo saludable a su embarazo 18

Un embarazo saludable con el programa Healthy Rewards 18

Cómo canjear sus recompensas 19

Beneficios de medicamentos recetados 19

Suministro de recetas de emergencia. 21

Programa Lock-In de la Oficina del Inspector General de Medicaid (OIG) 22

¿Qué es el portal de miembros? 22

Atención de la vista 22

Servicios dentales 22

¿Qué es la intervención temprana en la infancia (ECI)? 23

Evaluación de riesgos para la salud 23

Beneficios adicionales ofrecidos a los miembros de Texas Children's Health Plan. 23

Cómo canjear sus recompensas 24

Coordinación de servicios 24

Clases de educación de la salud 25

Evaluaciones de riesgos para la salud 25

Pautas preventivas de salud 25

Miembros con necesidades especiales de atención médica 25

ÍNDICE

Servicios para miembros

Servicios para miembros. 26
Servicios de intérpretes y traducción 26
Ayuda para las personas con discapacidad visual 26
Servicios para miembros con deficiencia auditiva o del habla 26
¿Puede obtener materiales para miembros en inglés y español? 26
¿Qué debe hacer si usted y su hijo se mudan? . . 26
Cómo solicitar el reembolso de su dinero por reclamos pagados por atención de emergencia . 26
¿Qué debe hacer si recibe una factura de un proveedor 27
Cambios en Texas Children's Health Plan 27

Derechos y responsabilidades

Confidencialidad de la información de salud personal 28
Cómo cambiar de plan de salud 28
El plan de salud de usted o de su hijo también puede solicitar cambios 28
Segundas opiniones 28
Renueve sus beneficios de CHIP o los de su hijo a tiempo. 29
Información que puede solicitar y obtener de Texas Children's Health Plan cada año 29
Planes de incentivos para médicos 29
Cuando no está satisfecho o tiene una queja . . . 29
Cuando la solicitud de servicios cubiertos de su médico o del de su hijo no está aprobada o es limitada 31
¿Cuándo puede solicitar una revisión independiente? 32
¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades? 33
Responsabilidades del miembro 34
Instrucciones anticipadas 35
Denunciar el despilfarro, abuso o fraude de CHIP 35
Revisión de nuevos procedimientos médicos . . . 36

CHIP Perinatal 38
Términos y definiciones 54

El Boletín Anual está disponible en nuestra página web en texaschildrenshealthplan.org/annualnotice. Este aviso anual le brinda información importante sobre cómo funciona su plan CHIP de Texas Children's. Incluyen:

- Consejos sobre cómo saber qué cubre su plan, restricciones y costos.
- Cómo se administran los medicamentos recetados según su plan.
- Cómo obtener ayuda con el idioma.
- Cómo encontrar un médico de cuidado primario, un doctor, un especialista o hospital en su red y qué sucede cuando usted obtiene cuidado médico fuera de su red.
- Cómo presentar un reclamo.
- Qué hacer si necesita cuidado médico mientras se encuentra fuera del área.
- Cómo comunicarse con nosotros y cómo obtener cuidado médico fuera del horario de atención o en una emergencia.
- Cómo presentar una queja o apelar una decisión, incluyendo obtener decisiones de las revisiones externas de manejo de la utilización (revisiones externas, CHIP únicamente).

Usted puede acceder a su Boletín Anual escaneando el Código QR.

Usted puede obtener una copia impresa de este boletín informativo llamando al 866-959-6555.

Bienvenido a Texas Children's Health Plan

Gracias por elegir Texas Children's Health Plan para su familia. Texas Children's Health Plan fue fundado en 1996 por Texas Children's Hospital como la primera organización de atención administrada del país creada solo para niños. Texas Children's Health Plan también ofrece servicios para mujeres embarazadas y en periodo postparto y miembros con necesidades de salud especiales. Como miembro, usted tendrá acceso a una amplia red de médicos, hospitales y especialistas que brindan excelente cuidado al paciente. Además, ofrecemos recompensas y beneficios exclusivos para que nuestros miembros disfruten con sus familias, como tarjetas de recompensas por mantenerse al tanto de su salud, eventos especiales, una línea telefónica de ayuda 24/7, y mucho más. ¡Estamos aquí para servirle!

Este es el manual para miembros de CHIP y para miembros recién nacidos de CHIP Perinate. Lo ayudará a saber cómo funciona su plan de salud y el de su hijo. Le indica qué esperar y cómo aprovechar al máximo su cobertura de CHIP y la de su hijo. Incluye información sobre lo siguiente:

- Cómo obtener atención médica cuando usted y su hijo están enfermos.
- Cómo cambiar su médico y el de su hijo.
- Qué hacer si usted o su hijo se enferman mientras están fuera de la ciudad o cuando el consultorio de su médico está cerrado.
- Qué copagos se necesitan para determinados servicios médicos.
- Cómo llamar al plan de salud cuando tenga preguntas o necesite ayuda.
- Qué beneficios y servicios están cubiertos.
- Servicios adicionales ofrecidos por Texas Children's Health Plan.
- Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan.

Tómese unos minutos y lea detenidamente este manual. Si tiene problemas para entender, leer o ver la información de este manual, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda. Nuestros defensores de miembros pueden brindar servicios especiales para satisfacer sus necesidades. Por ejemplo, si es necesario, este manual puede entregarse en audio, letra grande, Braille y en otros idiomas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 832-828-1002 o al 866-959-6555, TTY 800-735-2989 (Texas Relay) o al 7-1-1. Con la ayuda de intérpretes en línea, los representantes del Departamento de Servicios para Miembros pueden ayudarlo en 140 idiomas.

Para nosotros es importante que usted y su hijo se mantengan sanos. Es por eso que queremos que se hagan controles frecuentes y tengan sus vacunas al día. También es importante iniciar y mantener una relación con un proveedor de atención primaria. Un proveedor de atención primaria puede ser un médico o una clínica que le brinda la mayor parte de su atención médica. Usted y el médico de su hijo trabajarán juntos para que usted y su hijo se mantengan sanos y para que reciban atención cuando no estén bien.

A continuación, le presentamos tres recomendaciones para aprovechar al máximo su cobertura médica:

1. Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan o la de su hijo. Su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan es la clave para recibir atención. Muéstrela cada vez que visite a un médico, vaya a un hospital u obtenga una receta. No permita que nadie más use su tarjeta.
2. Manténgase concentrado en la prevención. Como miembro nuevo, usted o su hijo deben hacerse su primer control dentro de los 90 días posteriores a unirse a Texas Children's Health Plan. Durante la primera visita, su médico o el médico de su hijo averiguará lo que usted o este necesita para mantenerse sanos.
3. Primero, llame a su proveedor de atención primaria para recibir atención que no sea de emergencia. Siempre llame primero a su médico o al de su hijo, a menos que sea una emergencia. De esa manera, este puede ayudarlo a recibir la atención que necesita.

Conserve este manual y el resto de la información del paquete para uso futuro. La prueba de cobertura y la lista de beneficios de CHIP se encuentran en el bolsillo de la cubierta de este manual. Estos documentos le brindan detalles sobre:

- Elegibilidad para la inscripción.
- Cuándo finaliza la cobertura.
- Límites y exclusiones de los beneficios.
- Copagos.

Las referencias a "usted", "mi" o "yo" se aplican si es miembro de CHIP. Se aplican las referencias a "mi hijo" o "mi hija" si este es miembro de CHIP o miembro de CHIP Perinatal para recién nacidos.

Nos alegra que haya elegido Texas Children's Health Plan. Es un placer servirle. Nuestros representantes de miembros están listos para ayudarlo. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios, los médicos de nuestra red, nuestros servicios adicionales o si tiene alguna inquietud, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555, TTY 800-735-2989 (Texas Relay) o al 7-1-1.

¿Cómo funciona el plan?

Texas Children's Health Plan cree que usted y el proveedor de atención primaria de su hijo son las dos personas mejor capacitadas para tomar decisiones sobre su atención médica y la de su hijo. Texas Children's Health Plan le brinda acceso a un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de salud que han recibido capacitación especial para cuidar a niños y adultos jóvenes.

Texas Children's Health Plan es un plan de atención administrada. Esto significa que deberá acudir a los médicos y a otros proveedores que se encuentran en la red de Texas Children's Health Plan. Su médico o el de su hijo, denominado proveedor de atención primaria, le brindará a usted y a su hijo toda la atención médica habitual.

La mayoría de las veces, primero deberá acudir a su proveedor de atención primaria y al de su hijo. Si decide ir a otro médico, es posible que deba pagar por los servicios. Recuerde llevar siempre con usted su tarjeta de identificación de miembro y la de su hijo cada vez que solicite servicios de salud.

Su proveedor de cuidado primario

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Su proveedor de cuidado primario se considera su médico principal. Él o ella ayuda a atender todas sus necesidades de cuidado médico. Él o ella conserva sus expedientes médicos y conoce su historial médico. Una buena relación con su proveedor de cuidado primario lo ayuda a mantenerse saludable.

Una buena manera de establecer una relación con su proveedor de atención primaria y el de su hijo es llamar y realizar una visita para controlar que el niño esté sano. Usted y su hijo pueden reunirse con el médico para que este los conozca.

¿Cómo puedo elegir un proveedor de cuidado primario?

Usted puede elegir cualquier proveedor de cuidado primario de la red de Texas Children's Health Plan para que sea su médico principal. Si tiene un proveedor de cuidado primario a través de otro seguro, usted puede seguir consultando con su proveedor de cuidado primario. Cada persona que vive en su hogar que es miembro puede elegir el mismo proveedor de cuidado primario o uno diferente. Usted debería elegir un médico con la ubicación del consultorio y el horario de atención que sean convenientes para usted. Los nombres, direcciones y números de teléfono de los proveedores de cuidado primario se pueden encontrar en el Directorio de Proveedores de Texas Children's Health Plan. Para obtener un directorio actualizado, llame a Servicios para Miembros al 800-659-5764.

Si le gusta su médico actual, usted puede continuar viéndolo si está incluido en el directorio. Si tiene problemas para elegir un proveedor de cuidado primario, llámenos. Estaremos encantados de ayudarle. Usted puede solicitar una copia impresa del directorio de proveedores llamando a Servicios para Miembros al 866-959-6555, o puede fácilmente "Buscar un proveedor" en nuestra página web texaschildrenshealthplan.org/es/find-a-provider/.

¿Puede una clínica ser un proveedor de cuidado primario?

Sí. Los proveedores de cuidado primario pueden ser:

- Médicos de familia
- Pediatras (médicos de niños y adolescentes)
- Médicos de práctica general
- Médicos de medicina interna
- Enfermeras practicantes avanzadas (ANP)
- Clínicas de Salud Calificadas Federalmente (FQHC)
- Clínicas de Salud Rural (RHC)
- Clínicas comunitarias
- Especialistas

Es importante que se familiarice con su proveedor de cuidado primario. También es importante informarle al doctor todo lo que pueda sobre su salud. Su proveedor de cuidado primario se familiarizará con usted, les hará chequeos frecuentes y los tratará cuando esté enfermo. Es importante que siga los consejos de su proveedor de cuidado primario, y que participe en las decisiones sobre su cuidado médico.

No es aconsejable esperar hasta que esté enfermos para realizar la primera consulta con su proveedor de cuidado primario. Programe su primer chequeo médico de Texas Health Steps de inmediato. Servicios para Miembros puede ayudarlo a programar su consulta. También podemos ayudarlo a programar traslados al consultorio de su médico. Llame a nuestra línea de transporte al 346-232-4130 o sin costo al 888-401-0170.

Cuando llame:

- Tenga su tarjeta de identificación de miembro a la mano. El número de teléfono aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Si necesita cuidado médico el mismo día, llame a su proveedor de cuidado primario lo más temprano posible.
- Esté preparado para decirle al médico su problema de salud o el motivo de la consulta.
- Anote el día y la hora de su consulta:

Cuando vaya a su consulta:

- Lleve su tarjeta de identificación de miembro.
- Conozca los medicamentos que está tomando.
- Tome notas sobre la información que obtiene del médico:

¿Qué necesito llevar conmigo a la consulta con mi médico?

Si es su primera consulta con este médico, traiga el nombre y dirección de su médico anterior. Los niños también deben traer sus registros de vacunas.

Llegue a tiempo a sus consultas con el médico. Llame al consultorio de su médico lo antes posible si no puede ir a su consulta o llegará tarde. Lo ayudarán a reagendar la consulta a un día u hora diferente. Además, recuerde cambiar o cancelar su traslado si tiene uno programado. Llamar para cancelar una consulta a veces es difícil de recordar. Es importante cancelar su consulta para que otros que las necesitan puedan obtenerlas.

¿Puede un especialista ser considerado un proveedor de cuidado primario?

Hay ocasiones en que Texas Children's Health Plan permitirá que un especialista sea su proveedor de cuidado primario. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555 para más información. Su proveedor de cuidado primario u otro médico que trabaja con él o ella está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cómo cambiar el proveedor de atención primaria de usted o de su hijo

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

Su relación con el médico es muy importante. Si decide que el proveedor de atención primaria que eligió no satisface sus necesidades o las de su hijo, o si le informan que el proveedor de atención ya no forma parte de Texas Children's Health Plan, puede elegir otro médico. Es posible que también desee cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo si:

- No está conforme con la atención que brindan.
- Necesita un tipo de médico diferente.
- El consultorio de su proveedor de atención primaria está demasiado lejos de usted porque se mudó.

Los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los proveedores de atención primaria de Texas Children's Health Plan se pueden encontrar en el directorio de proveedores de CHIP de Texas Children's Health Plan. Para obtener un directorio actual o para obtener ayuda para elegir un nuevo proveedor de atención primaria, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555 y nos complacerá ayudarlo. O bien, puede buscar fácilmente un médico en nuestro página web texaschildrenshealthplan.org/es/find-a-provider/.

No es necesario que cambie de plan de salud para cambiar de proveedor de atención primaria

No se cambie a un nuevo proveedor de atención primaria sin informarnos. Si visita a un nuevo proveedor de atención primaria sin informarnos, es posible que deba pagar por los servicios.

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

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de cuidado primario, o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de atención primaria llamándonos al 866-959-6555 o escribiendo a:

Texas Children's Health Plan
Member Services Department
PO Box 301011, WLS 8360
Houston, TX 77230-1011

¿Tiene preguntas sobre cómo cambiar su proveedor de cuidado primario? Escanee el código QR para saber más.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?

Cuando cambie su proveedor de atención primaria o el de su hijo, el cambio entrará en vigencia el día siguiente. Se le enviará por correo una nueva tarjeta de identificación de miembro. La tarjeta de identificación tendrá el nombre y el número de teléfono de su nuevo proveedor de atención primaria o el de su hijo. Asegúrese de que su historia clínica o la de su hijo se envíe al nuevo médico. El nuevo proveedor de atención primaria necesita conocer su historia clínica o la de su hijo para brindarles la mejor atención.

¿Qué debo hacer si deseo saber más sobre mi médico o el de mi hijo?

Puede obtener más información sobre el médico, como cuál es su especialidad o si ofrece servicios de telemedicina haciendo clic en el enlace "Find a doctor" (encontrar un médico), en nuestro sitio web www.texaschildrenshealthplan.org/es.

¿Existen motivos por los que no se puede aprobar una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria?

A veces, es posible que no pueda tener el proveedor de atención primaria que eligió. Esto sucede cuando el proveedor de atención primaria que eligió:

- No puede atender a más pacientes.
- No trata a los pacientes de su edad o la de su hijo.
- Ya no forma parte de Texas Children's Health Plan.

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

Llame siempre a Servicios para Miembros al 866-959-6555 para cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo antes de programar una visita con otro médico. Si decide ir a otro médico que no es su proveedor de atención primaria o el de su hijo, el médico puede negarse a atenderlo a usted y a su hijo, o quizá deba pagar.

El proveedor de atención primaria o el de su hijo también pueden solicitar cambios

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

Su proveedor de atención primaria o el de su hijo pueden pedirle que elija otro proveedor de atención primaria si:

- No acude a las visitas y no llama para avisar que no asistirá.
- A menudo llega tarde a sus visitas.
- No sigue los consejos de su proveedor de atención primaria.
- Usted es grosero, abusivo o no coopera ni se lleva bien con el personal del consultorio del proveedor de atención primaria.

Si su proveedor de atención primaria o el de su hijo le solicita que cambie a un nuevo proveedor de atención primaria, le enviaremos una carta. En la carta se le indicará que debe elegir un nuevo proveedor de atención primaria. Si no elige un nuevo proveedor de atención primaria, se elegirá uno por usted.

Si su proveedor de atención primaria o el de su hijo abandona Texas Children's Health Plan

¿Qué sucede si mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo dejan de participar?

Le informaremos si el proveedor de atención primaria decide finalizar su participación en Texas Children's Health Plan. Se le asignará un nuevo médico de atención primaria, pero si desea un médico de atención primaria diferente, llame a Servicios para Miembros al 866-959-2555. Un representante de Servicios para Miembros lo ayudará a realizar el cambio.

Si usted o su hijo reciben tratamientos médicos necesarios, es posible que pueda seguir con ese médico hasta que le ayudemos a encontrar uno nuevo. Cuando encontremos un nuevo proveedor de atención primaria en nuestra lista que puede brindarle el mismo tipo de atención, cambiaremos su proveedor de atención primaria o el de su hijo.

Su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan o la de su hijo

Usted y cada uno de sus hijos recibirán una tarjeta de identificación de miembro personal. Lleve esta tarjeta con usted todo el tiempo. Tiene información importante necesaria para recibir atención médica. Muéstresela a todos los proveedores de atención médica antes de recibir servicios médicos. Le informa a los proveedores que usted o su hijo tienen cobertura de Texas Children's Health Plan. Si no muestra su tarjeta de identificación, el médico puede negarse a atenderlo a usted o a su hijo, o es posible que deba pagar por los servicios recibidos.

Usted y su hijo no recibirán una nueva tarjeta de identificación de miembro todos los meses. Usted y su hijo recibirán una nueva tarjeta de identificación de miembro solo si:

- Pierden la tarjeta de identificación de miembro actual y solicita una nueva.
- Usted cambia de proveedor de atención primaria.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555 si usted o su hijo necesitan ver al proveedor de cuidado primario antes de que llegue la nueva tarjeta de

CHIP MEMBER ID CARD

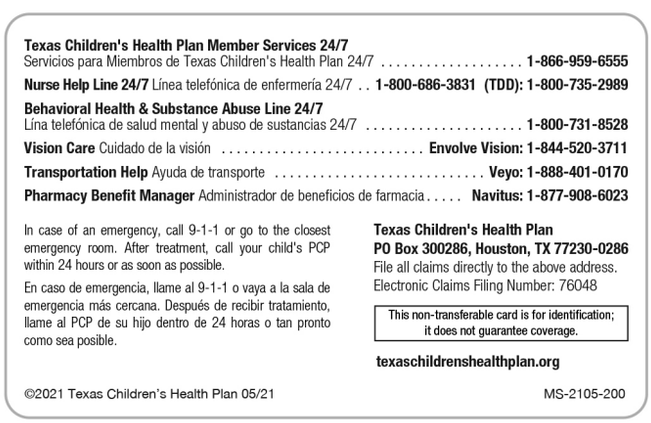
Texas Children's Health Plan

CHIP | TEXAS Health and Human Services

Name:
DOB:
ID:
Group:
PCP Name:
PCP Effective Date:
PCP Phone:
RXBIN: 610602 RXPCN: MCD RXGRP: TCH

Copays:
OV $
Non-ER $
Inpatient $

RX:
Generic $
Brand $


Texas Children's Health Plan Member Services 24/7
Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan 24/7 . . . . . **1-866-959-6555**
Nurse Help Line 24/7 Línea telefónica de enfermería 24/7 . . **1-800-686-3831 (TDD): 1-800-735-2989**
Behavioral Health & Substance Abuse Line 24/7
Lína telefónica de salud mental y abuso de sustancias 24/7 . . . . . **1-800-731-8528**
Vision Care Cuidado de la visión . . . . . **Envolve Vision: 1-844-520-3711**
Transportation Help Ayuda de transporte . . . . . **Veyo: 1-888-401-0170**
Pharmacy Benefit Manager Administrador de beneficios de farmacia . . . . . **Navitus: 1-877-908-6023**

In case of an emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible.

En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.

Texas Children's Health Plan
PO Box 300286, Houston, TX 77230-0286
File all claims directly to the above address.
Electronic Claims Filing Number: 76048

This non-transferable card is for identification; it does not guarantee coverage.

texaschildrenshealthplan.org

©2021 Texas Children's Health Plan 05/21 MS-2105-200

identificación. Lo llamaremos y le informaremos a su médico o al médico de su hijo que ustedes son miembros de Texas Children's Health Plan.

Cómo leer su tarjeta de identificación o la de su hijo

Arriba se muestra una copia de la tarjeta de identificación de miembro. La parte frontal muestra información importante sobre usted o su hijo. También tiene su número de identificación de miembro o el de su hijo, y el nombre y número de teléfono del proveedor de atención primaria. La sección inferior de la tarjeta de identificación de miembro tiene números de teléfono importantes para que llame si necesita ayuda para utilizar los servicios de salud.

La parte frontal de la tarjeta muestra:

- Su nombre y número de identificación o los de su hijo.
- Su fecha de nacimiento o la de su hijo.
- El nombre, el número de teléfono y la fecha de inicio de su proveedor de atención primaria o el de su hijo.
- En la tarjeta de identificación también se indican los copagos para los servicios de salud cubiertos y las farmacias. Los copagos son los montos que debe pagar. No hay copagos obligatorios para los miembros de CHIP Perinatal recién nacidos.

Tan pronto como reciba la tarjeta de identificación de miembro, verifique que la información sea correcta. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555 si encuentra un error. Corregiremos la información y le enviaremos una tarjeta nueva.

No permita que otras personas usen su tarjeta de identificación de miembro o la de su hijo. Si pierde o le roban la tarjeta, llame a Servicios para Miembros.

Cómo utilizar su tarjeta

Recuerde:

- Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de miembro o la de su hijo.
- Muestre la tarjeta de identificación cada vez que usted o su hijo vayan al consultorio de un médico.
- No permita que otras personas usen la tarjeta.
- Llame a Servicios para Miembros si no tiene una tarjeta de identificación de miembro para usted o su hijo.
- Llame a Servicios para Miembros si pierde o le roban su tarjeta de identificación de miembro o la de su hijo.

Cómo reemplazarla si la pierde

No permita que otras personas usen su tarjeta de identificación o la de su hijo. Si pierde o le roban la tarjeta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 832-828-1002 o al 866-959-6555.

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

Puede usar el portal para beneficiarios de Medicaid para hacer todo lo siguiente (tanto para usted como para otra persona a cuya información médica o dental tenga acceso):

- Ver sus planes de seguro médico y dental
- Ver los detalles de sus beneficios
- Ver las alertas de Pasos Sanos de Texas
- Ver las alertas públicas
- Ver los diagnósticos y tratamientos
- Ver su historial de vacunas
- Ver los medicamentos recetados
- Elegir si da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental

Para acceder al portal, visite el sitio web www.YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en **Entrar al sistema**.
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una cuenta**.
- Haga clic en **Maneje su cuenta o sus aplicaciones**.
- Vaya a la sección "**Quick links**" (Enlaces rápidos).
- Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP**.
- Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponibles**.

Nota: El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo de los beneficiarios actuales. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

Cuándo usted o su hijo necesitan ver a un médico

Cuando usted o su hijo necesiten consultar a un médico, llame al proveedor de atención primaria. El número de teléfono está impreso en su tarjeta de identificación de miembro y en la de su hijo. Si programa una visita con su médico o el médico de su hijo, pero ve que no puede asistir, llame para cancelar y coordinar una nueva fecha y hora.

Atención fuera del horario laboral

¿Cómo recibo atención médica si el consultorio de mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo está cerrado?

Puede haber ocasiones en las que necesite hablar con su proveedor de atención primaria o el de su hijo cuando el consultorio está cerrado. Por ejemplo, es posible que necesite asesoramiento médico sobre cómo cuidar de sí mismo o de un niño enfermo. El proveedor de atención

primaria u otro médico que trabaje con este están disponible para ayudar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al consultorio del proveedor de atención primaria al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo.

El servicio de respuesta del médico recibirá un mensaje y un médico o enfermero lo llamará. Vuelva a llamar si no tiene noticias de un médico o enfermero en un plazo de 30 minutos. Algunos teléfonos de los proveedores de atención primaria tienen un contestador automático fuera del horario laboral. La grabación le dará otro número de teléfono para comunicarse con el médico. No espere hasta la noche para llamar si puede ocuparse de un problema médico durante el día. La mayoría de las enfermedades tienden a empeorar a medida que avanza el día.

También puede llamar a la línea de ayuda de enfermería las 24 horas del Texas Children's Health Plan y hablar con una enfermera al 800-686-3831. Los enfermeros están dispuestos a ayudarlo a decidir qué hacer las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si usted o su hijo tiene una emergencia potencialmente mortal, llame al 9-1-1 de inmediato o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Atención de rutina

¿Qué es la atención médica de rutina? ¿Cuánto tiempo debo esperar para que me vean o vean a mi hijo?

Su proveedor de atención primaria y el de su hijo realizarán controles y tratamientos habituales cuando usted o él esté enfermo. Esto se conoce como atención periódica. Durante las visitas periódica, su médico o el de su hijo le dará recetas y lo enviará a usted o a su hijo a un especialista si es necesario. La mayoría de las consultas, incluidos los chequeos médicos de control del niño sano, se programan en un plazo de 2 a 14 días a partir de su solicitud.

Cuando usted o su hijo necesiten atención periódica, llame al proveedor de atención primaria correspondiente al número de teléfono que aparece en la parte delantera de su tarjeta de identificación o la de su hijo. Personal del consultorio del médico o de la clínica coordinará una visita para usted o su hijo. Es muy importante que asista a las consultas. Si no puede asistir, llame al consultorio del médico para avisar. Si más de uno de sus hijos necesita ver al médico, debe programar una consulta para cada niño.

Es importante que haga lo que su proveedor de atención primaria o el de su hijo dicen y que participe en las decisiones tomadas sobre su atención médica o la de su hijo. Si no puede tomar decisiones sobre su cuidado médico o el de su hijo, usted puede elegir a otra persona para que tome decisiones por usted.

Atención de urgencia

¿Qué es la atención médica de urgencia? ¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención médica urgente? ¿Cuánto tiempo deberemos esperar para que nos atiendan?

La atención urgente es otro tipo de atención. Hay algunas enfermedades y lesiones que quizás no sean emergencias pero pueden convertirse en una emergencia si no se tratan dentro de 24 horas. Algunos ejemplos son:

- Quemaduras o cortes pequeños.
- Dolores de oído.
- Dolores de garganta.
- Torceduras o esguinces musculares.

Primero debe llamar al proveedor de atención primaria al número de teléfono que aparece en la parte delantera de su tarjeta de identificación o la de su hijo. Si necesita atención urgente, llame al proveedor de atención primaria incluso por la noche y los fines de semana. El proveedor de atención primaria le indicará qué hacer. En algunos casos, puede indicarle que vaya a una clínica de atención de urgencias. Si el proveedor de atención primaria le dice que vaya a una clínica de atención de urgencias, no tiene que llamar a la clínica antes de ir. Debe ir a una clínica que acepte Texas Children's Health Plan. Para obtener ayuda, puede llamar a Servicios para Miembros al 866-959-6555. También puede llamar a nuestra línea de ayuda de enfermería las 24 horas al 800-686-3831 para obtener ayuda para recibir la atención que necesita. Debería recibir atención de urgencia en menos de 24 horas.

Atención médica de emergencia o de salud conductual

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

La atención de emergencia es un servicio cubierto. Se presta la atención de emergencia para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia. Una afección médica de emergencia se caracteriza por síntomas repentinos y agudos lo suficientemente graves (inclusive dolor muy fuerte) que llevaría a una persona que tenga conocimientos promedio de la salud y la medicina a deducir que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

- poner en grave peligro la salud del miembro;
- ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
- ocasionar disfunción grave de cualquier órgano vital o parte del cuerpo;

- sufrir desfiguración grave; o
- en el caso de una mujer embarazada afiliada a CHIP, poner en grave peligro la salud de la afiliada o del niño por nacer.

Afección de salud conductual de emergencia se refiere a cualquier afección, independientemente de la naturaleza o causa de la misma, que llevaría a alguien con un conocimiento promedio de salud y medicina a pensar:

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

¿Qué son servicios de emergencia y atención de emergencia?

Servicios de emergencia y atención de emergencia se refieren a los servicios de atención médica que se prestan dentro o fuera de la red de médicos, proveedores o el personal del departamento de emergencias de un hospital, institución independiente o centro similar, para evaluar y estabilizar afecciones médicas de emergencia o de salud conductual de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen exámenes de detección u otras evaluaciones exigidas por leyes estatales o federales, que sean necesarias para determinar si existe una afección médica de emergencia o de salud conductual de emergencia.

¿Cuánto tiempo debo esperar para que me vean o vean a mi hijo?

Usted o su hijo pueden esperar que lo atiendan tan pronto como sea conveniente según la afección médica. Diríjase o lleve a su hijo al hospital más cercano si cree que usted o su hijo tiene una afección de emergencia potencialmente mortal. Puede llamar al 9-1-1 para obtener ayuda para llegar a la sala de emergencias del hospital. Después de que usted o su hijo hayan recibido atención, llame al proveedor de atención primaria en el plazo de 48 horas o tan pronto como sea posible. El proveedor de atención primaria le brindará o coordinará la atención de seguimiento que usted o su hijo necesite. Si usted o su hijo recibe atención de seguimiento de un médico que no es su proveedor de atención primaria o el de su hijo sin aprobación, es posible que Texas Children's Health Plan no pague por la atención.

Si está seguro de que su situación o la de su hijo no es potencialmente mortal, pero no está seguro de si se necesita atención de emergencia, llame al proveedor de atención primaria. El proveedor de atención primaria lo ayudará a decidir si usted o su hijo deben acudir a la sala de emergencias. Si considera que tomarse el tiempo para llamar al proveedor de atención primaria pondrá en peligro su salud o la de su hijo, obtenga atención de inmediato en la sala de emergencias más cercana. Es posible que deba pagar la factura si va o lleva a su hijo a la sala de emergencias por una afección que no precisa atención urgente.

Las emergencias pueden ser situaciones como:

- Lesiones graves en un brazo, pierna, mano, pie, diente o la cabeza;
- Quemaduras graves;
- Dolores torácicos fuertes;
- Sangrado intenso;
- Ataque criminal (violación, asalto, apuñalamiento, disparo);
- Una reacción alérgica grave o una mordedura de animal.
- Asfixia, desmayos, convulsiones o falta de respiración;
- Usted está fuera de control y es un peligro para sí mismo o para los demás.
- Intoxicación o sobredosis de drogas o alcohol.

Recuerde mostrar su tarjeta de identificación de miembro o la de su hijo al personal de la sala de emergencias.

¿Están cubiertos los servicios dentales de emergencia?

Texas Children's Health Plan pagará algunos servicios dentales de emergencia brindados en un hospital, centro de atención para emergencias menores o cirugía fuera del entorno hospitalario, como servicios de:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento para lesiones traumáticas en los dientes y las estructuras de soporte.
- Extracción de quistes
- Tratamiento dental originado por un absceso en la boca o en las encías
- Tratamiento de anomalías en el rostro y la cabeza.
- Medicamentos para cualquiera de las afecciones anteriores.

Texas Children's Health Plan también cubre otros servicios dentales que su hijo recibe en un hospital, centro de atención de urgencias o cirugía fuera del hospital. Esto incluye servicios que el médico brinda y otros servicios que su hijo podría necesitar, como anestesia.

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

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista de

cabecera haya cerrado, llame al Departamento de Servicios para Miembros del Texas Children's Health Plan al 866-959-6555.

Atención de posestabilización

What is post-stabilization?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por CHIP que mantienen estable el estado del afiliado tras la atención médica de urgencia.

Atención cuando está lejos de casa

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

Si usted o su hijo necesitan atención médica mientras están de viaje, llame a Servicios para miembros al 866-959-6555 y le brindaremos ayuda para encontrar un médico. Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia mientras están de viaje, diríjase a un hospital cercano, luego llame a Servicios para miembros al 866-959-6555.

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

CHIP no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

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

Si está fuera del estado y tiene una emergencia que pone en peligro su vida, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 9-1-1. Si busca cuidado médico de seguimiento no urgente sin autorización previa, es posible que Texas Children's Health Plan no pague por los servicios.

Si no es una emergencia, pero usted o su hijo se enferman o necesitan cuidado médico mientras están fuera del estado, llame a su proveedor de cuidado primario o al de su hijo para que le indique qué hacer. También puede llamar a la línea telefónica de enfermería 24/7 de Texas Children's Health Plan al 800-686-3831. Nuestros enfermeros están listos para ayudarlo a decidir qué hacer las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Recuerde que no hay cobertura para la atención periódica brindada fuera del área de servicio de Texas Children's Health Plan. Los controles de rutina incluyen controles, exámenes físicos, atención de seguimiento, análisis o cirugías no urgentes.

Atención especializada y remisiones

¿Qué sucede si alguno de nosotros necesita ver a un médico especial (especialista)? ¿Qué es una remisión?

Su proveedor de atención primaria o el de su hijo es el único médico que usted necesita para la mayoría de los servicios de atención médica. Si usted o su hijo tiene un problema de salud especial, el proveedor de atención primaria puede indicarle que consulte a otro médico o que se realice pruebas especiales. Esto se denomina remisión. El proveedor de atención primaria lo enviará a usted o a su hijo a un especialista u otro médico que esté en la red de Texas Children's Health Plan. Los especialistas pueden ser médicos, como cardiólogos (corazón), dermatólogos (piel) o alergistas.

El proveedor de atención primaria se asegurará de que usted o su hijo consulte al especialista adecuado para la afección o el problema. Su proveedor de atención primaria o el de su hijo hablará con el especialista sobre la necesidad de más tratamiento, pruebas especiales o atención hospitalaria.

Por lo general, Texas Children's Health Plan no cubre los costos de la atención médica de médicos fuera de la red. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que el médico considere que es fundamental que usted o su hijo reciban atención de un médico fuera de la red. En estos casos, su médico o el de su hijo recurrirá a Texas Children's Health Plan para obtener la aprobación. Su médico o el de su hijo enviará una solicitud por escrito a nuestro director médico para obtener autorización de servicios médicos necesarios que no estén disponibles con ningún otro médico u otro proveedor de la red de Texas Children's Health Plan.

¿Qué tan pronto puede un especialista verme a mí o a mi hijo?

Usted puede esperar que las consultas con especialistas ocurran dentro de 21 días de haberlas solicitado. Si usted o su hijo ve a un especialista sin ser derivado por el proveedor de atención primaria, el especialista podría negarse a atenderlo a usted o a su hijo. Excepto en una emergencia, consulte siempre a su proveedor de atención primaria o al de su hijo antes de ir a otro lugar para recibir atención.

Servicios que no necesitan un referido de su proveedor de atención primaria o del de su hijo

¿Qué servicios no necesitan un referido?

Texas Children's Health Plan no requiere un referido (para la mayoría de los servicios) para que consulte con un proveedor dentro de la red, pero algunos de los servicios necesitan aprobación o autorización previa. Para ver a un proveedor fuera de la red, la consulta debe ser autorizada.

Atención de obstetricia y ginecología

¿Qué sucede si necesito o mi hija necesita atención de un obstetra/ginecólogo? ¿Se necesita una remisión? ¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?

ATENCIÓN MIEMBROS:

Usted tiene derecho a escoger a un ginecólogo u obstetra para usted o su hija sin una derivación de servicios de su proveedor de atención primaria o el de su hija. Un ginecoobstetra le puede brindar:

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

Texas Children's Health Plan le permite escoger a un ginecólogo u obstetra, pero este médico debe pertenecer a la misma red que su proveedor de atención primaria.

¿Cómo elijo un proveedor perinatal?
Consulte nuestro directorio de proveedores para encontrar un obstetra/ginecólogo dentro de la red. También puede llamar a Servicios para Miembros al 866-959-6555 o haciendo clic en el enlace "Buscar un proveedor" en nuestra página web https://www.texaschildrenshealthplan.org/es/find-a-provider. Nos complacerá ayudarlo a elegir un médico.

Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿tengo acceso directo o necesito una remisión?
Puede comunicarse directamente con cualquier obstetra/ginecólogo de la red de Texas Children's Health Plan para obtener servicios.

¿Qué tan pronto puedo atenderme con un proveedor perinatal luego de solicitar una cita?
Debería recibir atención en el plazo de 14 días posteriores a la solicitud de una consulta.

¿Puedo quedarme con mi proveedor perinatal si no pertenece a Texas Children's Health Plan?
Texas Children's Health Plan ha limitado la selección de un obstetra/ginecólogo a la misma red que los proveedores de atención primaria. Esto significa que usted o su hija deben buscar atención de un obstetra/ginecólogo participante. Si usted o su hija van a un obstetra/ginecólogo no participante, los servicios de salud recibidos o solicitados no estarán cubiertos. Los obstetras/ginecólogos participantes figuran en el directorio de proveedores de CHIP de Texas Children's Health Plan o en el enlace "Buscar un proveedor" en nuestra página web https://www.texaschildrenshealthplan.org/es/find-a-provider.

Después del nacimiento de su bebé, usted continuará recibiendo los beneficios de CHIP hasta por 12 meses. Después de los 12 meses, es posible que pueda obtener algunos servicios de cuidado médico a través del Programa Healthy Texas Women y el Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS). Estos servicios son para mujeres que los solicitan y son aprobadas.

Healthy Texas Women
Healthy Texas Women ofrece exámenes de planificación familiar, exámenes de salud relacionados y control de natalidad para mujeres de 18 a 44 años (de 15 a 17 con el permiso de los padres) cuyos ingresos familiares están en los límites o por debajo de los límites de ingresos del programa (el 204.2% se aplica para averiguar si puede obtener servicios a través de este programa). Para más información acerca de los servicios disponibles a través del Programa de Planificación Familiar de Healthy Texas Women, escriba, llame o visite el sitio web:

Healthy Texas Women's Family Program
P.O. Box 149021
Austin, TX 78714-9021
Teléfono: 1-866-993-9972
Sitio web: www.healthytexaswomen.org
Fax: 1-877-466-2409

Servicios hospitalarios para pacientes internados
Su proveedor de atención primaria, el de su hijo o un especialista pueden decidir si necesitan atención en un hospital. El médico planificará la atención en un hospital que esté en la red de Texas Children's Health Plan. La cobertura incluye servicios para pacientes ambulatorios e internados. El proveedor de atención primaria o especialista deberá autorizar o derivarlo a usted o a su hijo para estos servicios.

Servicios de atención médica a domicilio
A veces, un niño enfermo o lesionado necesita atención médica en su hogar. La atención a domicilio también puede venir luego de una internación, o brindarse para evitar una internación. Si usted o su hijo necesitan servicios de atención médica a domicilio, el proveedor de atención primaria enviará una solicitud de servicios a Texas Children's Health Plan para que puedan recibir la atención adecuada.

Beneficios y servicios

Beneficios y servicios cubiertos

¿Cuáles son mis beneficios de CHIP o los de mi hijo? ¿Cómo obtengo esos servicios? ¿Cómo obtengo esos servicios para mi hijo? ¿Existen límites para los servicios cubiertos?

Encontrará información detallada sobre los beneficios y servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones en la lista de beneficios que se encuentra en el bolsillo de este manual. Los servicios cubiertos de CHIP deben cumplir con la definición de CHIP de médicamente necesarios. Si tiene alguna pregunta sobre un servicio cubierto, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555.

Las referencias a "usted", "mi" o "yo" se aplican si es miembro de CHIP. Se aplican las referencias a "mi hijo" si este es miembro de CHIP o miembro recién nacido de CHIP Perinatal.

Atención médica necesaria

Los servicios cubiertos para miembros de CHIP, miembros recién nacidos de CHIP Perinatal y 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:

1. Servicios de atención médica que:
   - Son razonables y se necesitan para evitar enfermedades o afecciones médicas, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o tratar afecciones médicas que provocan dolor o sufrimiento, causan deformidades físicas o limitaciones 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 de afecciones médicas de un miembro.
   - Cumplen con las pautas y normas de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por organismos del gobierno.
   - Son consecuentes con el diagnóstico del miembro.
   - Son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia.
   - No son experimentales ni de estudio.
   - No son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.
   - Medicamentos y biológicos para pacientes ambulatorios; incluyendo medicamentos y biológicos dispensados por la farmacia y los administrados por el proveedor médico.
2. 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, costear o prevenir daños mayores causados por dichos problemas de salud mental.
   - Cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas profesionalmente en el campo de la salud conductual.
   - 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 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.

Proceso de autorización previa

Ciertos servicios requieren autorizaciones de Texas Children's Health Plan. Su médico solicitará autorización. Esto significa que debemos revisar la solicitud para asegurarnos de que usted reciba la atención adecuada que necesita. También queremos asegurarnos de que su plan cubra la atención que reciba. Su médico enviará una solicitud de autorización por escrito a la administración de utilización para obtener autorización de servicios médicos necesarios que no estén disponibles con ningún otro médico o proveedor de la red de Texas Children's Health Plan.

Texas Children's Health Plan puede extender el plazo para informar la decisión de autorización estándar hasta 14 días corridos si el miembro o proveedor solicita una extensión o si se necesita información adicional y la extensión es lo más conveniente para el miembro.

Si desea ver la lista de autorizaciones previas, inicie sesión en el portal para miembros de Texas Children's Health Plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

Copagos para determinados servicios médicos

¿Qué son los copagos? ¿Cuánto cuestan y cuándo tengo que pagarlos?

Los copagos por servicios médicos o medicamentos recetados se pagan en el momento en que usted o su hijo recibe los servicios. Algunos servicios no tienen copagos. Su tarjeta de identificación de miembro o la de su hijo indican los copagos. Asegúrese de presentar la tarjeta de identificación

de miembro cuando busque servicios para usted o su hijo. No hay copagos para miembros recién nacidos de CHIP Perinatal o para cuidado preventivo, tal como vacunas, o chequeos de rutina para niños.

Un copago es lo que tiene que pagar de su factura cada vez que usted o su hijo recibe cierta atención médica. En la siguiente tabla se presenta el programa de copago de CHIP de acuerdo con los ingresos familiares. Los copagos por servicios médicos o medicamentos recetados se pagan al proveedor de atención médica en el momento de recibir el servicio.

Su tarjeta de identificación de Texas Children's Health Plan o la de su hijo indica los copagos que aplican. Presente su tarjeta de identificación o la de su hijo cada vez que reciba los servicios de atención médica. No se pagan copagos por atención preventiva, como vacunas, controles de niños sanos o controles de bebés sanos.

Límites de distribución de costos de CHIP

La guía para miembros que recibió de CHIP cuando se inscribió en el programa incluye un formulario desprendible para realizar un seguimiento de sus gastos de CHIP o los de su hijo. No hay distribución de costos para los miembros recién nacidos de CHIP Perinatal.

Para asegurarse de que no exceda el límite de distribución de costos o el de su hijo, lleve un registro de sus gastos relacionados con CHIP o los de su hijo en este formulario. En la carta de bienvenida del paquete de inscripción se le indica exactamente cuánto debe gastar antes de poder enviar el formulario por correo a CHIP. Si ha extraviado su carta de bienvenida o la de su hijo, llame a CHIP al 2-1-1 y ellos le indicarán el límite anual de distribución de costos de usted o su hijo.

Cuando alcance el límite anual, envíe el formulario a CHIP y se lo informará a Texas Children's Health Plan. Emitiremos una nueva tarjeta de identificación de miembro. Esta nueva tarjeta indicará que no hay copagos que deban pagarse cuando usted o su hijo recibe los servicios.

Es posible que usted o su familia también deban pagar una tarifa de inscripción una vez al año. Estas tarifas varían de $0 a $50 en cada período de inscripción de 12 meses. No hay cargos de inscripción para los miembros recién nacidos de CHIP Perinatal. Los miembros de CHIP que son nativos de Estados Unidos o nativos de Alaska están exentos de todas las obligaciones de distribución de costos, incluidas las tarifas y los copagos de inscripción. Si su tarjeta o la de su hijo indican un requisito de copago y usted o su hijo son nativos de Estados Unidos o nativos de Alaska, debe llamar a Servicios para Miembros de CHIP al 866-959-6555 para corregir esto.

Los copagos no se aplican, en ningún nivel de ingresos, a:

- Servicios para el cuidado de bebés y niños
- Servicios preventivos, como las vacunas
- Servicios relacionados con el embarazo
- Nativos estadounidenses o nativos de Alaska
- Miembros de CHIP Perinatal (niños por nacer y recién nacidos)

Tarifas de inscripción (para el período de inscripción de 12 meses)	
Del 151 % o menos de FPL*	**$0**
Del 151 % al 186 % de FPL inclusive	**$35**
Del 186 % al 201 % de FPL inclusive	**$50**
Copagos (por consulta):	
Del 151 % o menos de FPL	
Visita al consultorio (no preventiva)	**$5**
Sala de emergencias sin carácter de urgencia	**$5**
Medicamento genérico	**$0**
Medicamento de marca	**$5**
Copago del centro, pacientes internados (por hospitalización)	**$35**
Límite de distribución de costos	**5%** (de los ingresos familiares)**
Desde el 151 % hasta el 186 % de FPL inclusive	
Visita al consultorio (no preventiva)	**$20**
Sala de emergencias sin carácter de urgencia	**$75**
Medicamento genérico	**$10**
Medicamento de marca	**$35**
Copago del centro, pacientes internados (por hospitalización)	**$75**
Límite de distribución de costos	**5%** (de los ingresos familiares)**
Desde el 186 % hasta el 201 % de FPL inclusive	
Visita al consultorio (no preventiva)	**$25**
Sala de emergencias sin carácter de urgencia	**$75**
Medicamento genérico	**$10**
Medicamento de marca	**$35**
Copago del centro, pacientes internados (por hospitalización)	**$125**
Límite de distribución de costos	**5%** (de los ingresos familiares)**

*El nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) se refiere a las pautas de ingresos que establece anualmente el gobierno federal.
**Por período de cobertura de 12 meses.

Servicios de salud conductual y por consumo de drogas

¿Cómo obtengo ayuda si tengo o mi hijo tiene problemas de salud conductual (mental) o de consumo de drogas? ¿Necesito una remisión?

Usted o su hijo pueden recibir servicios de salud conductual o porconsumo de drogas cuando sea necesario. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria o del de su hijo. Sin embargo, algunos servicios requieren autorización previa. Consulte la lista de autorizaciones previas en el Portal para miembros de nuestro sitio web www.texaschildrenshealthplan.org/es. Los servicios de salud conductual y por consumo de drogas no son beneficios cubiertos de CHIP Perinatal.

Estos servicios incluyen:

- Servicios de asesoramiento.
- Desintoxicación y tratamiento para la adicción a las drogas y el alcoholismo.
- Atención para pacientes internados y ambulatorios (no en el hospitall).

Usted o su hijo pueden recibir servicios de salud conductual o por consumo de drogas de la siguiente manera:

- Llame a la línea directa de Salud conductual/Consumo de drogas de Texas Children's Health Plan al 800-731-8528. La línea directa recibe llamadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Elegir un proveedor de salud conductual o especializado en consumo de drogas de la red de proveedores de Texas Children's Health Plan.

Si usted o su hijo tiene una emergencia y es necesario que reciba un tratamiento inmediato de salud conductual, diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame a la línea directa de Salud conductual/Consumo de drogas de Texas Children's Health Plan al 800-731-8528. El personal lo ayudará a usted o a su hijo a recibir atención de inmediato.

Recompensa por consulta de seguimiento de salud mental:

Complete una consulta de seguimiento de salud mental dentro de 7 días de haber sido dado de alta de un hospital o centro de salud mental y reciba una tarjeta de recompensas de $25 (a partir de los 6 años).

Dele un buen comienzo saludable a su embarazo

¿Qué debo hacer si estoy embarazada o si mi hija está embarazada? ¿A quién debo llamar?

Llame al 2-1-1 para informar su embarazo, o el de su hija.

¿Qué otros servicios, actividades o capacitaciones ofrece el plan para mujeres embarazadas?

Texas Children's Health Plan tiene un programa de coordinación de servicios que puede ayudarla a usted o a su hija a tener un embarazo saludable. Nuestro equipo especializado de coordinadores de servicios está aquí para ayudar a las mujeres embarazadas durante todo el embarazo y la recuperación posparto. Trabajan en conjunto con los miembros, los médicos y el personal médico para asegurarse de que la mujer reciba la mejor atención posible en cada paso del embarazo. Nuestro programa de coordinación de servicios ofrece servicios y recursos importantes, como los siguientes:

- Elegir un obstetra/ginecólogo.
- Programar visitas al médico para la madre y el bebé.
- Obtener más información sobre el Programa para mujeres, bebés y niños (WIC).
- Encuentre recursos y consejos para padres.
- Sitio web Healthy Pregnancy con información útil relacionada con el embarazo en www.texaschildrenshealthplan.org/your-health/pregnancy-and-postpartum-care

Para obtener más información sobre cómo obtener estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555.

Un embarazo saludable con el programa Healthy Rewards

Este programa ofrece a las miembros embarazadas beneficios adicionales, como:

- **Servicios de transporte:** ¿Necesita traslados hacia clases o eventos de Texas Children's Health Plan? ¡Nosotros le brindamos servicios de transporte sin costo alguno!
- **Recompensa de consulta prenatal:** Complete al menos una consulta prenatal durante el primer trimestre de su embarazoy reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible.
- **Clases de cuidado básico del bebé y de parto** a través de INJOY para aprender más sobre el embarazo, el parto, la lactancia, la salud postparto, el cuidado del recién nacido y más. Materiales impresos disponibles bajo pedido
- **Cuna portátil/corralito:** Las miembros embarazadas que estén en su tercer trimestre y completen al menos una clase de embarazo de InJoy pueden recibir una cuna portátil gratuita que también funciona como corralito. La recompensa se puede solicitar hasta 15 días después de finalizar el año elegible.
- **Recompensa de consulta postparto:** Complete al menos una visita postparto dentro de 84 días de haber dado a luz y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa se puede solicitar hasta 60 días

después del final del año elegible.

- **Línea telefónica de ayuda 24/7:** Nuestra línea telefónica de ayuda 24/7 está disponible día y noche para ofrecerle consejos sobre sus síntomas, comprender las instrucciones del médico y más.
- **Recompensa por la prevención de la influenza:** Reciba la vacuna contra la influenza durante su embarazo y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa podrá solicitarse hasta 30 días después de finalizado el año elegible.
- **Servicios de transporte:** ¿Necesita que lo lleven a clases o eventos de Texas Children's Health Plan? ¡Le proporcionamos servicios de transporte sin costo alguno!

Pueden aplicarse restricciones y limitaciones. El rango de edad puede variar. Beneficios adicionales válidos desde el 1 de septiembre de 2025 hasta el 31 de agosto de 2026. Visite healthyrewardsprogram.org/es para obtener más detalles.

Cómo canjear sus recompensas

- **Opción 1:** Inicie sesión en su cuenta MyChart. Diríjase a "Recursos" y haga clic en "Healthy Rewards" para completar el formulario de solicitud de la recompensa. ¿Nuevo en MyChart? Abra una cuenta en texaschildrenshealthplan.org/es/mychart.
- **Opción 2:** Visite healthyrewardsprogram.org/es o llame a Servicios para Miembros al 1-866-959-6555.

Beneficios de medicamentos recetados

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

Los medicamentos recetados son un beneficio a través de su cobertura CHIP de Texas. Deberá obtener el medicamento de una farmacia de la red deTexas Children's Health Plan. Lleve siempre a la farmacia la receta médica, su tarjeta de identificación de Texas Children's Health Plan y su tarjeta de identificación de Medicaid de Texas.

Puede comunicarse con nuestro equipo de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre sus beneficios de medicamentos recetados. También puede buscar en nuestro sitio web o utilizar nuestro portal en línea para ver y administrar sus beneficios en www.texaschildrenshealthplan.org/es.

¿Qué tengo que hacer para obtener mis medicamentos, o los de mi hijo?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El médico le hará una receta para que la lleve a la farmacia o enviará la receta a la farmacia directamente.

Usted o el médico de su hijo pueden elegir de una lista de medicamentos aprobados por el Programa de Medicamentos de los Proveedores de Texas (VDP, por sus siglas en inglés). Si necesita ayuda para encontrar una farmacia cerca de usted o una que pueda entregar medicamentos directamente a su hogar, llámenos al 866-959-6555.

Las exclusiones incluyen medicamentos anticonceptivos recetados solo para propósitos de la prevención del embarazo.

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

¿Cuánto costarán mis medicamentos?

Es posible que tenga un copago dependiendo de su nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) y si el medicamento es genérico o de marca.

Igual o inferior al 151% de FPL*	Genérico $0/Marca $0
151% a 186% de FPL	Genérico $10/Marca $35
Por encima del 186% hasta e incluyendo el 201% de FPL	Genérico $10/Marca $35

* El FPL se refiere a las pautas de ingresos establecidas anualmente por el gobierno federal.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Puede llamar a Servicios para miembros al 866-959-6555 para encontrar una farmacia de nuestra red. Podemos ayudarlo a encontrar farmacias que entregan medicamentos de forma gratuita, que están abiertas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que cuentan con accesos para personas con discapacidades o donde hablan diferentes idiomas. Puede solicitar una copia impresa de las farmacias de nuestra red o visitar nuestro sitio web www.texaschildrenshealthplan.org/es para utilizar nuestra herramienta de búsqueda en línea.

¿Qué sucede si mi hijo o yo vamos a una farmacia que no pertenece a la red?

Si va a una farmacia que no pertenece a la red, posiblemente no podrá adquirir sus medicamentos o deberá pagar los costos de su propio bolsillo. Usted puede comunicarse con Servicios para Miembros al 866-959-6555 para encontrar una farmacia dentro de la red o solicitar una excepción para situaciones de emergencia.

¿Qué es el formulario de medicamentos?

Los medicamentos incluidos en su beneficio de medicamentos recetados o en el de su hijo forman parte del formulario de medicamentos de Medicaid/CHIP de Texas. Es una lista de medicamentos genéricos y de marca según la calidad y el valor. El formulario también identifica qué medicamentos

requieren autorización previa, y cuáles medicamentos están en una lista de medicamentos preferidos (PDL). La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) crea y mantiene el formulario de medicamentos para CHIP. El PDL se actualiza aproximadamente cada 6 meses en enero y julio.

¿Quién decide qué medicamentos están incluidos en el formulario?

Un grupo de médicos y farmacéuticos de la Junta de revisión de utilización de medicamentos de Texas revisa el formulario de manera continua. Solo se incluyen los medicamentos seguros, eficaces y económicos. El formulario, y lo que se necesita para la aprobación previa se deciden en el Programa de Medicamentos para Proveedores de Texas (VDP), de la HHSC.

¿Dónde puedo ir para averiguar qué medicamentos están cubiertos o requieren autorización previa?

Puede revisar la lista de medicamentos en https://www.txvendordrug.com/. Hay una herramienta para buscar medicamentos por nombre genérico o de marca. La herramienta también le informa si un medicamento necesita autorización por adelantado. También puede comunicarse con Texas Children's Health Plan para hablar con un farmacéutico si tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos y beneficios. Comuníquese con Servicios para Miembros al 866-959-6555 si necesita ayuda.

¿Qué ocurre si también tengo Medicare?

Es posible que algunos planes de Medicare no tengan cobertura de beneficios de farmacia. Si usted o su hijo tienen cobertura de farmacia de Medicare y Medicaid, traiga ambas tarjetas de seguro a la farmacia. Medicare pagará primero hasta los límites de su cobertura. Medicaid cubrirá los costos restantes si están dentro de los límites de su cobertura. Es posible que los medicamentos cubiertos bajo la cobertura dual Medicare-Medicaid no sean los mismos que los típicos de Medicaid únicamente.

¿Qué es un administrador de beneficios de farmacia (PBM, por su siglas en inglés)? ¿Quién es el PBM en Texas Children's Health Plan?

Un PBM es una empresa que administra los beneficios de farmacia. Navitus es el administrador de PBM de Texas Children's Health Plan. Navitus es responsable de:

- Mantener la red de farmacias de Texas Children's Health Plan.
- Ayudar a procesar los reclamos de farmacia.
- Asegurarse de que solo se procesen los reclamos cubiertos según la lista de medicamentos de Texas de STAR y CHIP.
- Revisar las solicitudes de autorización previa de los médicos para medicamentos que requieren autorización previa.
- Revisar las excepciones de límites de cantidad o las dosis altas.

¿Qué cantidad de medicamento puedo recoger para mí o para mi hijo?

Texas Children's Health Plan permite un suministro de medicamento de hasta 34 días por abastecimiento. Puede solicitar una excepción para un reabastecimiento al comunicarse con de Servicios para Miembros al 866-959-6555.

¿Qué sucede si mi medicamento o el de mi hijo requieren autorización previa?

Algunos medicamentos necesitan una autorización previa antes de poder entregarse en una farmacia. Su médico debe presentar una solicitud de aprobación. Trabajamos con un gerente de beneficios de farmacia para revisar las solicitudes. Las decisiones se toman típicamente dentro de 24 a 72 horas de haber presentado una solicitud de autorización previa. Usted puede encontrar una lista de formularios de autorización previa en su portal en línea para miembros. También puede encontrarlo en "Formularios de autorización previa".

Hay momentos en que una farmacia puede darle un suministro de emergencia para 3 días. Esto sucede cuando:

- Si el médico que prescribió la receta no puede ser ubicado o no puede solicitar una autorización previa.
- Si no se tomó una decisión de autorización previa dentro de 72 horas de haber presentado la solicitud.
- Esto no se aplica a sustancias controladas como opioides.

¿Dónde puedo encontrar los criterios clínicos de Texas Children's Health Plan para la autorización previa?

Los criterios clínicos de autorización previa de Medicaid de Texas Children's Health Plan están disponibles en el sitio web del PBM de Navitus: https://txstarchip.navitus.com en el enlace "Formularios de autorización previa".

¿Puedo solicitar una excepción?

Si se rechaza su autorización previa. Su médico puede solicitar una excepción apelando el rechazo de la autorización previa. El médico también puede presentar un formulario de "excepción a la solicitud" por separado para medicamentos de dosis alta, o para solicitudes que superen los límites de la cantidad estándar. El formulario de excepción a la cobertura se puede encontrar en txstarchip.navitus.com en "Prior Authorization Forms" (Formularios de autorización previa).

Si está fuera del estado o necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos, o tiene algún otro problema para obtener sus medicamentos o los de su hijo,

usted o el médico pueden llamar a Servicios para Miembros al 866-959-6555. El proveedor también puede apelar una denegación de autorización previa si usted y el proveedor consideran que necesita el medicamento.

¿Cómo puedo presentar un reclamo o una apelación por los medicamentos que indicó mi médico o el médico de mi hijo?

Si usted o su médico no están de acuerdo con una decisión de solicitud de autorización previa, tiene derecho a presentar una apelación. Texas Children's Health Plan revisa todas las solicitudes de apelación. Las instrucciones sobre cómo apelar se incluyen en la carta de denegación de autorización previa. Si tiene alguna inquietud sobre un beneficio de farmacia, un reclamo u otro servicio, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555.

¿Qué pasa si no consigo que aprueben la medicación que ha pedido mi médico o el de mi hijo?

Si no se puede contactar con su médico, o el de su hijo, para que apruebe una receta, usted o su hijo pueden obtener un suministro de emergencia para tres días (72 horas) de su medicación o la de su hijo. Consulte en su farmacia sobre el suministro de emergencia para usted o su hijo. También puede llamar al Texas Children's Health Plan al 866-959-6555 para obtener ayuda. El farmacéutico utilizará su criterio clínico si le proporciona un suministro de 72 horas. Texas Children's Health Plan no tomará esa decisión y no impedirá que los miembros obtdengan el suministro de 72 horas.

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

Si necesita que le envíen sus medicamentos, puede recurrir a una farmacia de nuestra red que ofrezca servicios de entrega. Busque una farmacia que ofrezca servicios de entrega en nuestro sitio web en línea, o llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555.

¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo si estoy en un centro de enfermería?

Si está en un centro de enfermería, ellos le proporcionarán sus medicamentos.

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

Si pierde sus medicamentos, debe llamar al médico o a la clínica para recibir ayuda. Si se encuentra fuera del horario de atención de su médico o clínica, es posible que la farmacia proporcione un suministro de emergencia de 72 horas. Algunas veces, es posible que necesite un permiso especial de Texas Children's Health Plan para un reabastecimiento anticipado. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555 para obtener ayuda.

¿Qué hago si mi hijo o yo necesitamos un medicamento sin receta (OTC)?

El formulario puede cubrir algunos medicamentos de venta libre. Si un OTC solicitado no está en el formulario, usted tendrá que pagarlo de su bolsillo.

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

La farmacia solo puede proporcionarle la cantidad de un medicamento que usted o su hijo necesiten para los próximos 34 días. Para consultar sobre solicitudes de excepción, llame a Texas Children's Health Plan al 866-959-6555.

¿Cómo se manejan las sustituciones por un medicamento genérico o los intercambios terapéuticos?

La sustitución de un medicamento genérico se realiza cuando el beneficio requiere que los miembros solo usen un medicamento genérico. El intercambio terapéutico se produce cuando el médico receta un medicamento, pero la farmacia proporciona uno que es químicamente diferente, pero funciona igual. Cualquier cambio en su medicamento se debe realizar solamente con la consideración de su médico.

Texas Children's Health Plan no denegará la cobertura de ningún producto cubierto por los beneficios de Medicaid/CHIP. Esto incluye medicamentos de marca o genéricos de la lista. Texas Children's Health Plan solo procesará los reclamos tal como los redacte su médico.

Suministro de recetas de emergencia

Usted puede recibir un suministro de emergencia para 72 horas de un medicamento si lo necesita sin demora y la autorización previa no está disponible. Esto se aplica a todos los medicamentos que requieren una autorización previa. El farmacéutico en su farmacia tomará la decisión final sobre darle o no el suministro de 3 días. La elección depende del farmacéutico.

El suministro de emergencia de 72 horas debe entregarse en cualquier momento en que una autorización previa no pueda fijarse dentro de 24 horas para un medicamento en el formulario del programa Vendor Drug Program y que sea apropiado para la condición médica del miembro. Si el proveedor médico no puede ser contactado o no puede solicitar una autorización previa, la farmacia debería otorgar una receta de emergencia de 72 horas

La farmacia puede proporcionar un producto con un envase fijo e irrompible, como un inhalador de albuterol, a modo de suministro de emergencia para 72 horas.

Programa Lock-In de la Oficina del Inspector General de Medicaid (OIG)

¿Qué es el Programa Lock-In de Medicaid?

El Programa Lock-In de la Oficina del Inspector General de Medicaid (OIG) está diseñado tanto para administrar el uso inapropiado de los servicios médicos como para promover la seguridad.

Si usted no sigue las reglas de Medicaid, puede que le asignen al Programa Lock-in. Este programa revisa cómo utiliza los servicios de farmacia de Medicdaid, si usted no sigue las reglas de Medicaid.

Esto puede incluir actividades que pueden considerarse peligrosas, excesivas o potencialmente fraudulentas.

Si se lo selecciona para el programa Lock-in, debe obtener todos sus medicamentos en una sola farmacia. Recibirá una carta de la Oficina del Inspector General (OIG) en la que se le notificará sobre la farmacia en la que se le aplica el bloqueo y la fecha de inicio. El bloqueo puede variar de 36 a 60 meses.

Sus beneficios de Medicaid no cambian. Si cambia de plan de salud no cambiará su condición en el programa.

Si está restringido a una farmacia, pero tiene una necesidad inmediata que dicha farmacia no puede solucionar, comuníquese de inmediato con Servicios para Miembros. Revisaremos la solicitud caso por caso.

Para evitar que lo pongan en el Programa Lock-in de Medicaid:

- Escoja una farmacia en particular y úsela todo el tiempo.
- Asegúrese de que su doctor de cabecera, dentista primario o los especialistas a los que lo refieren, sean los únicos doctores que le receten medicamentos.
- No obtenga el mismo tipo de medicamento de diferentes doctores.

En determinadas situaciones, se puede permitir a los miembros obtener medicamentos en una farmacia distinta a la farmacia bloqueada designada. Las excepciones se revisarán y aprobarán caso por caso. Las situaciones en las que se puede otorgar una excepción incluyen, entre otras:

- El miembro se mudó fuera del área geográfica (a más de 30 millas de la farmacia de bloqueo).
- La farmacia limitada no tiene el medicamento recetado y no estará disponible durante más de 3 días.
- La farmacia limitada está cerrada ese día y el miembro necesita el medicamento con urgencia.
- La farmacia limitada no tiene el medicamento y no puede pedirlo o almacenarlo.
- La farmacia se negó a continuar como farmacia limitada.
- La farmacia limitada se dio de baja del Programa Medicaid.
- El miembro tiene quejas válidas contra la farmacia limitada o su personal; o
- Cualquier otra excepción que TCHP y las reglamentaciones consideren apropiadas.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555 y solicite hablar con un farmacéutico sobre el Programa Lock-in de Medicaid.

¿Qué es el portal de miembros?

El Portal para miembros es una herramienta en línea que le permite desempeñar un papel activo en sus necesidades de atención médica. Ahora puede cambiar su médico principal, hacer un seguimiento de sus citas, acceder a sus registros de vacunas y mucho más. Es fácil Simplemente visite nuestro sitio web texaschildrenshealthplan.org/es y haga clic en el enlace “Member Login” (Inicio de sesión de miembros) en la parte superior de la página para comenzar.

Atención de la vista

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

Para realizarse controles de la vista o de anteojos, llame a Envolve Vision al 844-520-3711. Los representantes del Servicio de Atención al Cliente están listos para ayudarlo a elegir un médico cerca de usted. También le dirán qué hacer para conseguir sus anteojos o los de su hijo. Se cubre un examen de la vista cada 12 meses. Su hijo y usted no necesitan una remisión del proveedor de atención primaria para realizarse un control de la vista.

Como parte de nuestro Healthy Rewards Program, los miembros de CHIP de hasta 18 años reciben una asignación de $110 para mejoras de anteojos con montura o de $90 para lentes de contacto y ajustes. Aprenda más en healthyrewardsprogram.org/es.

Servicios dentales

¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?

Texas Children’s Health Plan pagará algunos servicios dentales de emergencia en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Texas Children’s Health Plan pagará lo siguiente:

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

Texas Children’s Health Plan cubre los servicios hospitalarios, médicos y otros servicios relacionados con las enfermedades anteriormente mencionadas. Esto incluye servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo podría necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

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

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

¿Qué es la intervención temprana en la infancia (ECI)?

La Intervención Temprana en la Infancia (ECI por sus siglas en inglés) es un programa estatal que proporciona información sobre los servicios listos para ayudar a los niños, desde el nacimiento hasta los 3 años, que pueden tener una discapacidad o retraso en el desarrollo. El ECI apoya a las familias para ayudar a sus hijos a alcanzar su potencial a través de servicios de desarrollo. Diversas agencias y organizaciones locales de todo Texas son las encargados de brindar los servicios.

¿Necesito una remisión para esto?

No, los servicios de ECI no necesitan una remisión.

¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?

Para obtener más información sobre ECI o para derivar a un hijo, llame a su coordinador asistencial o a la oficina del defensor del pueblo de la HHS al 877-787-8999, elija un idioma y luego seleccione la opción 3. Encuentre su programa ECI más cercano en https://citysearch.hhsc.state.tx.us/.

Evaluación de riesgos para la salud

Texas Children's Health Plan alienta a sus miembros a completar la evaluación de riesgos para la salud (HRA). Sus respuestas nos ayudan a comprender mejor su salud y crear un plan de cuidado personalizado para usted. Para obtener más información y completar la evaluación, por favor visite texaschildrenshealthplan.org/es/hra.

Como parte de nuestro programa Healthy Rewards, los miembros nuevos pueden recibir una tarjeta de recompensas de $10 cuando completen la Evaluación de riesgos para la salud dentro de 90 días de inscribirse al plan de salud. Obtenga más información en healthyrewardsprogram.org/es.

Beneficios adicionales que se ofrecen a los miembros de Texas Children's Health Plan

¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro de Texas Children's Health Plan? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi o para mi hijo?

¡La buena salud comienza aquí! Al unirse a Texas Children's Health Plan, usted o su hijo tienen acceso a los beneficios exclusivos de nuestro programa Healthy Rewards. Estos beneficios son servicios de valor agregado que CHIP no cubre y que Texas Children's Health Plan ofrece para que su familia los disfrute mientras le ayudamos a planificar un futuro saludable. Los beneficios del programa Healthy Rewards se dividen en cuatro categorías:

Embarazo Saludable

- **Recompensa de consulta prenatal:** Complete al menos una consulta prenatal durante su embarazo y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible.
- **Clases de cuidado básico del bebé y de parto:** Participe en una variedad de clases que se ofrecen en línea a través de INJOY para obtener más información sobre el embarazo, el parto, la lactancia, la salud postparto, el cuidado del recién nacido y más. Materiales impresos proporcionados bajo pedido.
- **Cuna portátil/corralito:** Notifique a Texas Children's Health Plan de su embarazo en cualquier momento durante su tercer trimestre y reciba sin costo alguno una cuna portátil que también funciona como corralito. La recompensa se puede solicitar hasta 15 días después del final del año elegible.
- **Recompensa de consulta postparto:** Complete al menos una visita postparto dentro de 84 días de haber dado a luz y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa se puede solicitar hasta 60 días después del final del año elegible.
- **Recompensa por la prevención de la influenza:** Reciba la vacuna contra la influenza durante su embarazo y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa podrá solicitarse hasta 30 días después de finalizado el año elegible.

Salud y Bienestar

- **Recompensa por control de la diabetes (Tipo 1 o 2):**
  - Complete un examen de la vista para diabéticos (de retina o dilatación) una vez al año y reciba una tarjeta de recompensas de $25.
  - Complete un análisis de sangre HbA1c y reciba una tarjeta de recompensas de $25
  - Complete una evaluación de salud renal y obtenga una tarjeta de recompensas de $25.

  Las recompensas se pueden solicitar hasta 30 días después del final del año elegible. A partir de los 18 años para el examen de la vista para diabéticos y la evaluación de salud renal. A partir de los 10 años para el análisis de sangre HbA1c.

- **Eventos especiales de educación sobre la salud:** Aprenda sobre hábitos saludables mientras se divierte con su familia en nuestros eventos especiales, como actividades de temporada y eventos comunitarios.
- **Recompensa de consulta de seguimiento de salud mental:** Complete una consulta de seguimiento de salud mental dentro de 7 días de haber sido dado de alta de un hospital o centro de salud mental y reciba una tarjeta de recompensas de $25. De los 6 años en adelante.
- **Ayuda para lentes:** Reciba una asignación de $110 para monturas de lentes o de $90 para lentes de contacto y ajustes. Hasta los 18 años de edad.
- **Recompensa de chequeos de rutina para niños:**
  - Complete 6 chequeos de rutina para niños hasta los 15 meses de edad y reciba una tarjeta de recompensas de $100.
  - Complete 2 más chequeos de rutina para niños hasta los 30 meses de edad y reciba una tarjeta de recompensas adicional de $50.

  Las recompensas se pueden solicitar hasta 30 días después del final del año elegible.
- **Recompensa de chequeo de rutina para adultos jóvenes:** Complete un chequeo de rutina anual y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible. Edades 16-21.
- **Recompensa de evaluación de riesgos para la salud:** Complete este formulario dentro de 90 días de convertirse en miembro para que podamos entender sus necesidades de salud y reciba una tarjeta de recompensas de $10. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible.
- **Recompensa por educación sobre el asma:** Si le diagnostican asma de alto riesgo, inscríbase y complete el programa de manejo de casos de 90 días y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible.
- **(Nuevo) Recompensa por la vacunación infantil contra la influenza:** Los miembros de hasta 2 años que se vacunen contra la influenza recibirán una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después de que finalice el año elegible.
- **(Nuevo) Recompensa por la prueba de clamidia:** Complete una prueba de clamidia y reciba una tarjeta de recompensas de $25. Para miembros de 16 a 24 años. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después de que finalice el año elegible.

Juegos y ejercicios saludables

- **Asistencia con la tarifa de actividades extracurriculares:** Regístrese en una actividad extracurricular a través de un programa escolar o comunitario, como Boys and Girls Clubs of America y BakerRipley, y reciba una tarjeta de recompensas de hasta $50. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible. Edades 5-21.
- **Exámenes físicos para los programas deportivos y escolares:** Realice un examen físico anual deportivo o escolar sin costo con su proveedor de cuidado primario. Debe haber completado un chequeo de rutina para niños en los últimos 12 meses. Edades 5-19.
- **Clases deportivas:** Manténgase activo y asista a una variedad de clases deportivas sin costo alguno. Las clases deportivas incluyen fútbol, taekwondo, ballet, béisbol, fútbol americano, baloncesto y seguridad en la bicicleta. Registro por orden de llegada. Solo en el condado de Harris. Edades 3-18.

Ayuda adicional para familias

- **Línea telefónica de ayuda 24/7:** ¿No se siente bien? Llámenos al 1-800-686-3831. Nuestros enfermeros están disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarle con consejos sobre sus síntomas e inquietudes médicas.
- **Servicios de transporte:** Reciba traslados sin costo hacia consultas médicas, la farmacia o clases o eventos de Texas Children's Health Plan.

Pueden aplicarse restricciones y limitaciones. El rango de edad puede variar. Beneficios adicionales válidos desde el 1 de septiembre de 2024 hasta el 31 de agosto de 2025. Visite healthyrewardsprogram.org/es para obtener más detalles.

Cómo canjear sus recompensas

- **Opción 1:** Inicie sesión en su cuenta MyChart. Diríjase a "Recursos" y haga clic en "Healthy Rewards" para completar el formulario de solicitud de las recompensas. ¿Nuevo en MyChart? Abra una cuenta en texaschildrenshealthplan.org/es/mychart.
- **Opción 2:** Visite healthyrewardsprogram.org/es o llame a Servicios para Miembros al 1-866-959-6555.

Coordinación de servicios

Los miembros pueden unirse a nuestros programas de Coordinación de Servicios comunicándose con nosotros directamente al 832-828-1430 o al 844-780-1154. Usted puede ser referido al programa de coordinación de

servicios por su proveedor de atención médica, por decisión propia, o si cumple ciertos criterios. Puede entrar o salir del coordinación de servicios de casos en cualquier momento.

¿Qué hacen los coordinación de servicios?

Un coordinación de servicios se reunirá con usted y lo ayudará a:

- Establecer metas y ayudarlo a alcanzar sus metas.
- Brindarle educación y recursos para ayudarlo a controlar una condición crónica.
- Se enterará de qué servicios necesita usted.
- Encontrará servicios cerca de donde vive.
- Le enseñará cómo encontrar y recibir otros servicios.
- Se asegurará de que usted está recibiendo los servicios que necesita.
- Recibir servicios médicos y dentales.
- Obtener artículos o equipo médicos.
- Trabajar en asuntos escolares o educativos.
- Tratar otros problemas.

¿Qué programas de coordinación de servicios ofrece Texas Children's Health Plan?

- Asma
- Embarazo Saludable
- Manejo de casos complejos
- Anemia drepanocítica
- Diabetes
- Salud conductual
- Embarazo de alto riesgo
- Asociación de Enfermeros y Familias
- Uso frecuente de la sala de emergencias

Clases de educación de la salud

¿Qué clases educativas sobre la salud ofrece Texas Children's Health Plan?

¡Se necesita mucho cuidado y preparación durante un embarazo para que un bebé nazca saludable! Participe en una variedad de clases en línea a través de INJOY para obtener más información sobre:

- Entendiendo el embarazo
- Entendiendo el parto
- Entendiendo la lactancia materna
- Entendiendo la salud postparto y el cuidado del bebé
- Entendiendo a su recién nacido

Materiales impresos disponibles bajo pedido. ¿Preguntas? Llame al 800-990-8247.

Evaluaciones de riesgos para la salud

La salud de usted y de su hijo son importantes para nosotros. Ofrecemos muchos servicios para ayudarla a mantenerse lo más saludable posible y uno de esos servicios se proporciona a través de una evaluación de riesgos para la salud (HRA, por su sigla en inglés) en línea. La HRA es una lista de preguntas sobre su salud y estilo de vida que nos ayuda a decidir qué servicios son los mejores para usted, incluido nuestro programa de Coordinación de servicios. La HRA está disponible a través de nuestro portal para miembros en línea. Puede ver sus resultados de inmediato.

Pautas preventivas de salud

Texas Children's Health Plan promueve el uso de servicios preventivos. Sus beneficios y los de su hijo incluyen vacunas y controles de salud. Hable con el proveedor de atención primaria sobre sus necesidades de atención preventiva y las de su hijo.

Miembros con necesidades especiales de atención médica

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

Si usted o su hijo tiene necesidades especiales de atención médica, como retrasos en el desarrollo, diabetes o asma, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555 para obtener más información sobre cómo obtener ayuda. Texas Children's Health Plan tiene un programa de coordinación de servicios que ofrece ayuda a las familias con las necesidades especiales de usted o de su hijo. Los servicios van desde alcance e información simple hasta coordinación de servicios intensivos. También incluyen coordinación con y referidos hacia recursos de la comunidad para ayudar a familias con servicios de transporte y necesidades básicas de vida. El coordinador de servicios lo llamará dentro de 15 días laborables para evaluar sus necesidades. El coordinador de servicios trabajará con usted para desarrollar un plan de servicio dentro de 30 días laborables. Usted puede rechazar u optar por no participar en la Administración de Casos en cualquier momento.

Un administrador de casos es un enfermero o trabajador social que puede ayudarlo a:

- Encontrar servicios en su comunidad.
- Programar visitas con médicos especialistas.
- Obtener más información sobre su afección médica o la de su hijo.
- Explicar los beneficios y servicios cubiertos.
- Elaborar un plan de atención solo para usted o su hijo.
- Colaborar con su médico o el de su hijo para obtener la atención médica necesaria para usted o su hijo.

Asegúrese de informar al administrador de atención sobre cualquier proveedor especial que usted o su hijo haya consultado. También es importante informar a su proveedor de atención primaria o al de su hijo que tienen necesidades especiales de atención médica. La mejor manera de informar a su médico o al médico de su hijo es programar una visita.

Servicios para miembros

Servicios para miembros

Si tiene preguntas sobre su cobertura o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555. El número de teléfono figura en la parte delantera de su tarjeta de identificación de miembro y la de su hijo. Necesitará contar con su número de identificación de miembro cuando llame. Con la ayuda de intérpretes en línea, los representantes del Servicio de Atención al Cliente pueden ayudarlo en 140 idiomas. Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También aceptamos sus llamadas para contarnos cómo nos está yendo. Agradecemos los comentarios y consejos sobre cómo podemos brindarle un mejor servicio.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si:

- Debe elegir un proveedor de atención primaria.
- Necesita saber qué servicios están cubiertos.
- Tiene preguntas sobre especialistas, hospitales y otros proveedores.
- Recibe una factura de un médico
- Tiene una queja.
- Se muda o cambia de número de teléfono.
- Necesita un intérprete para una visita médica.
- Necesita reemplazar una tarjeta de identificación.
- No entiende algo que recibe por correo.
- Necesita transporte para llegar al médico.
- Tiene alguna pregunta.
- Tiene problemas para obtener una receta para usted o para su hijo.

El Departamento de Servicios para Miembros también puede proporcionarle materiales sobre lo siguiente:

- Atención de salud conductual.
- Atención para la diabetes.
- Servicios dentales.
- Atención del asma.
- Cuidado personal.
- Atención preventiva.

Servicios de intérpretes y traducción

¿Alguien me puede interpretar cuando hablo con mi médico o el médico de mi hijo? ¿A quién puedo llamo para obtener los servicios de un intérprete? ¿Con qué anticipación debo llamar? ¿Cómo puedo conseguir un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?

Podemos conseguirle un intérprete presencial de lengua de señas e idiomas para sus visitas al médico. Infórmenos si usted o su hijo necesita estos servicios al menos 48 horas antes de la visita. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555, TTY 800-735-2989 o 7-1-1.

También tenemos una línea de idiomas. Llámenos desde cualquier consultorio médico. Encontraremos a alguien que hable su idioma. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555.

Ayuda para las personas con discapacidad visual

Si tiene una deficiencia visual, Texas Children's Health Plan le proporcionará los materiales de su plan de salud en letra grande, Braille o en cintas de audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para hablar sobre sus necesidades especiales.

Servicios para miembros con deficiencia auditiva o del habla

Texas Children's Health Plan utiliza los servicios TTY de Texas Relay para los miembros y sus padres o tutores que tienen una deficiencia auditiva o del habla. Para TTY, llame al 800-735-2989.

?Puede obtener materiales para miembros en inglés y español?

Este manual para miembros y todos los demás materiales incluidos en su paquete para miembros y el de su hijo se proporcionan en inglés y español. También puede obtener muchos de los otros materiales educativos sobre la salud en español.

¿Qué debe hacer si usted y su hijo se mudan?

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

Tan pronto como sepa su nueva dirección, informe a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, por sus siglas en inglés) llamando al 2-1-1, actualizando su cuenta en YourTexasBenefits.com, o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan al 866-959-6555. Antes de recibir servicios de CHIP en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Texas Children's Health Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Texas Children's Health Plan hasta que la HHSC modifique su dirección.

Cómo solicitar el reembolso de su dinero por reclamos pagados por atención de emergencia

Si usted o su hijo reciben atención de emergencia de un hospital o médico no participante, es posible que deba

pagar por los servicios prestados. Para recuperar su dinero, conserve una copia de la factura pagada y llame al Departamento de Servicios para Miembros al 832-828-1002 o al 866-959-6555 para obtener instrucciones sobre cómo solicitar la devolución de su dinero.

¿Qué debe hacer si recibe una factura de un proveedor?

¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico o del médico de mi hijo? ¿A quién llamo? ¿Qué información me solicitarán?

Los médicos participantes facturan a Texas Children's Health Plan directamente por los servicios brindados a los miembros. Si no presenta su tarjeta de identificación o la de su hijo cuando recibe servicios de salud, es posible que un médico participante le facture. Si recibe una factura por un servicio cubierto, llame al médico de inmediato. Dígale que le facture a Texas Children's Health Plan.

Tenga a mano su tarjeta de identificación o la de su hijo para que pueda indicarle lo siguiente:

- Su número de identificación o el de su hijo.
- La dirección de reclamos de Texas Children's Health Plan.
- El número de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555 para informarnos que recibió una factura.

Tenga la factura a mano para que pueda indicarnos lo siguiente:

- El nombre del médico.
- Número de teléfono del médico.
- La fecha en que se prestaron los servicios.
- Monto del reclamo.
- El número de referencia del médico o el número de cuenta. También llamaremos al médico para realizar un seguimiento.

Cambios en Texas Children's Health Plan

A veces, Texas Children's Health Plan puede hacer algunos cambios en la forma en que funciona, en los servicios cubiertos o en la red de médicos y hospitales. Le enviaremos una carta cuando hayamos realizado cambios en los servicios.

Derechos y responsabilidades

Confidencialidad de la información de salud personal

Texas Children's Health Plan se toma muy en serio la confidencialidad de la información de su salud personal y la de su hijo, la cual los identifica personalmente. Además de cumplir con todas las leyes aplicables, manejamos cuidadosamente su información de salud personal (PHI) y la de su hijo de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos de confidencialidad. Estamos comprometidos a proteger su privacidad o la de su hijo en todos los entornos. Utilizamos y compartimos su información y la de su hijo solo para brindarles beneficios de salud.

Texas Children's Health Plan no divulgará ninguna información a nadie que no sea el padre indicado como titular de la cuenta de CHIP de la familia. Si usted es el titular de la cuenta y desea que otorguemos información a alguien más, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad contiene información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Se incluye una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en su Manual para miembros y está disponible en nuestro sitio web en www.texaschildrenshealthplan.org/es. También puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro aviso, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555.

Cómo cambiar de plan de salud

¿Qué hago si quiero cambiar mi plan de salud, o el de mi hijo?

Usted puede cambiar de plan de salud:

- Por cualquier motivo, dentro de los 90 días de afiliarse a CHIP.
- Por una causa justificada, en cualquier momento.
- Si se muda a un área de servicio diferente.
- Durante el período anual de reinscripción en CHIP.

¿A quién llamo?

¿Tiene preguntas? Llame a CHIP al 800-964-2777.

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

Si llama para cambiar de plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigor el día primero del mes siguiente. Si llama después del 15 del mes, el cambio entrará en vigor el día primero del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

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

¿Cuántas veces puedo cambiar mi plan de salud o el de mi hijo?

Puede cambiar su plan de salud o el de su hijo tantas veces como desee. Si usted o su hijo están en el hospital, no podrá cambiar su plan de salud o el de su hijo hasta que hayan sido dados de alta.

El plan de salud de usted o de su hijo también puede solicitar cambios

¿Puede Texas Children's Health Plan pedir que mi hijo o yo dejen el plan de salud (por incumplimiento, etc.)?

Texas Children's Health Plan también podría solicitarle al estado que los retire a usted o a su hijo del plan de salud si:

- A menudo no sigue los consejos de su médico o el de su hijo.
- Usted continúa yendo a la sala de emergencias cuando usted o su hijo no tiene una emergencia.
- Continúa yendo o llevando a su hijo a otro médico o clínica sin primero obtener la aprobación de su proveedor de atención primaria o del de su hijo.
- Usted o sus hijos muestran un patrón de comportamiento perturbador o abusivo que no está relacionado con una afección médica.
- A menudo no asiste a las visitas sin informar con anticipación a su médico o al médico de su hijo.
- Permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación o la de su hijo.

Segundas opiniones

¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?

Tiene derecho a recibir una segunda opinión sobre el uso de cualquier servicio de atención médica. Informe a su proveedor de atención primaria o al de su hijo si desea una segunda opinión sobre un tratamiento recomendado por un proveedor. Su proveedor de atención primaria y el de su hijo lo derivará a usted y a su hijo a otro médico de la red de Texas Children's Health Plan. Si no hay otro médico disponible en la red, lo derivarán a usted o a su hijo a un especialista fuera de la red. No tendrá que pagar por estos servicios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555 si necesita ayuda para realizar una solicitud o elegir un médico para una segunda opinión:

- A continuación, se enumeran algunas de las razones por las que podría querer tener una segunda opinión:

- No está seguro de si usted o si su hijo necesita la cirugía que su médico o el de su hijo está planeando realizar.
- No está seguro del diagnóstico o plan de atención de su médico o el de su hijo para una necesidad médica grave o compleja.
- Ha hecho lo que el médico le pidió, pero usted no usted o su hijo no está mejorando.

¿Qué pasa si recibo cuidado de un médico que no está en mi red?

Siempre comience con su proveedor de cuidado primario cuando busque atención médica que no sea de emergencia. Ellos pueden ayudarlo a decidir el cuidado médico que necesita y referirlo a un especialista.

Si su doctor lo refiere a otro proveedor médico, es importante que verifique si está en su red. Para confirmarlo, llámenos o llame al médico que desea ver. Si el proveedor médico está fuera de su red, asegúrese de que su proveedor de cuidado primario apruebe su atención. Si no aprueba su atención, usted deberá cubrir el costo de su propio bolsillo.

Si busca cuidado médico fuera de su red sin un referido o autorización, usted deberá pagar parte o la totalidad del costo de dicho cuidado.

Renueve sus beneficios de CHIP y los de su hijo a tiempo

No pierda sus beneficios médicos ni los de su hijo. Cada 12 meses deberá renovar sus beneficios y los de su hijo. CHIP le enviará un paquete con la documentación de renovación en la que se le indicará que es momento de renovar sus beneficios y los de su hijo. Deberá completar, firmar y devolver este formulario antes de la fecha de vencimiento. Si no renueva sus beneficios de CHIP y los de su hijo antes de la fecha de la carta, perderá sus beneficios de atención médica y los de su hijo. CHIP cubre a los miembros hasta el final del mes en que el hijo cumple 19 años.

Información que puede solicitar y obtener de Texas Children's Health Plan cada año

Como miembro, padre o tutor de un miembro de Texas Children's Health Plan, puede solicitar y obtener la siguiente información cada año:

- Información sobre los proveedores de la red; como mínimo los médicos de atención primaria, los especialistas y los hospitales de nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, la dirección, los teléfonos de cada proveedor de la red y los idiomas que habla (aparte del inglés), así como los nombres de aquellos médicos que no están aceptando a nuevos pacientes.
- Cualquier restricción de la libertad de elección de un miembro entre los proveedores de la red.
- Sus derechos y responsabilidades.
- Información sobre los procedimientos de quejas y apelaciones.
- Información sobre los beneficios disponibles de CHIP, incluso la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Se diseñó de esta forma para garantizar que entienda los beneficios a los que tiene derecho.
- Cómo puede obtener, usted o su hijo, los beneficios, entre ellos, los requisitos de autorización.
- Cómo puede obtener, usted o su hijo, los beneficios, entre ellos, servicios de planificación familiar, de proveedores que no pertenecen a la red, los límites a dichos beneficios, o ambos.
- Cómo funcionan las coberturas fuera del horario de atención y de emergencia, límites para esos beneficios, o ambos, incluidos:
  - La explicación de un estado médico de emergencia, de los servicios de emergencia y de posestabilización.
  - No necesita la autorización previa de su proveedor de atención primaria para recibir atención de emergencia.
  - Cómo obtener servicios de emergencia, incluso cómo usar el sistema telefónico de 9-1-1 o su equivalente local.
  - Las direcciones de los lugares donde los proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por Medicaid.
  - Una declaración sobre su derecho y el de su hijo de usar cualquier hospital u otro lugar para recibir atención de emergencia.
  - Las reglas sobre la posestabilización.
- Las normas sobre derivaciones a especialistas y a otros servicios que el proveedor de atención primaria no presta.
- Las pautas de práctica de Texas Children's Health Plan.

Planes de incentivos para médicos

Texas Children's Health Plan tiene un programa de incentivos para proveedores de atención primaria y obstetricia de CHIP.

Texas Children's Health Plan no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los servicios médicamente necesarios cubiertos para los miembros.

Texas Children's Health Plan no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los servicios médicamente necesarios cubiertos para los miembros. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de atención primaria (médico de cabecera), o el de su hijo, participa en el plan de incentivos para médicos. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555 para obtener más información.

Cuando no está satisfecho, o tiene una queja

¿Qué es una queja?

Una queja se produce cuando usted o su hijo no están satisfecho con la atención médica o los servicios brindados por el médico, el personal del consultorio, o los servicios o el personal de Texas Children's Health Plan.

¿Qué hago si tengo una queja?

Estamos aquí para ayudar. Si tiene una queja, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555 para informarnos sobre su problema. El Servicios para Miembros atenderá y registrará su queja. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos pocos días. Texas Children's Health Plan no puede tomar ninguna acción negativa contra usted por presentar una queja.

Si tiene una inquietud que involucre la calidad de la atención o el servicio médico que está usted o su hijo está recibiendo, lo instamos a hablar directamente con su médico, o el de su hijo, primero. Si no está satisfecho con la solución, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555.

Si tiene alguna inquietud relacionada con la cobertura de servicios o suministros del Texas Children's Health Plan, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555. Un representante de Servicios para Miembros tomará medidas de inmediato para resolver su inquietud. Si no está satisfecho con la solución, el representante de Servicios para Miembros presentará una queja en su nombre.

Para presentar una queja, escriba o llame a:

Texas Children's Health Plan
Atención: Coordinador de Quejas y Apelaciones
Servicios para Miembros
PO Box 301011, WLS
Houston, Texas 77230-1011
832-828-1002 o 866-959-6555

Asegúrese de incluir su nombre y número de identificación de su tarjeta de identificación de miembro.

¿Cuánto tiempo tardará en procesarse mi queja?

Le enviaremos una carta dentro de 5 días laborables para informarle que recibimos su queja. Le enviaremos una carta de resolución dentro de 30 días calendario.

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

Usted puede presentar una queja en cualquier momento. Recibirá una carta dentro de 5 días laborables informándole que se recibió su queja.

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿a quién más puedo contactar? ¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación de quejas?

Si no está satisfecho con nuestra respuesta, usted tiene derecho a apelar la decisión. Puede informarnos inicialmente llamando a Servicios para Miembros al 832-828-1002 o al 866-959-6555. Su petición, sin embargo, aún deberá proporcionarse por escrito. Un representante de miembros puede ayudarlo.

Para apelar la resolución de la queja, envíe una solicitud por escrito a:

Texas Children's Health Plan
Atención: Departamento de Apelaciones
PO Box 301011, WLS
Houston, Texas 77230-1011

Dentro de 5 días laborables de la recepción de su apelación escrita, Texas Children's Health Plan le enviará una carta para informarle que ha recibido su apelación. El Coordinador de Apelaciones y Quejas se encargará de que su queja sea revisada nuevamente por un Comité de Apelaciones dentro de 30 días de su solicitud. Al menos 5 días laborables antes de la audiencia de apelación, usted recibirá una carta con información importante sobre sus derechos de apelación. Usted puede aparecer ante el comité.

Después de la audiencia del comité de apelaciones, le enviaremos una carta de resolución dentro de 30 días de haber recibido su solicitud de apelación por escrito.

Si aún no está satisfecho con la respuesta a su queja, usted también puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI) llamando al 800-252-3439. La línea de ayuda está abierta de 8 a.m. a 5:00 p.m. Hora Centro, de lunes a viernes.

Si puede acceder a Internet, usted puede presentar su queja en línea visitando http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html y haciendo clic en el portal de quejas en línea.

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

Los miembros pueden elegir que la apelación de su queja sea debatida por un comité de apelación de quejas. El

comité de apelaciones tendrá números iguales de:

- personal de Texas Children's Health Plan;
- proveedores; y
- miembros.

Los miembros del comité de apelación no pueden haber sido parte de la queja de ninguna manera. Los proveedores sabrán qué tipo de atención está en la queja. Los miembros de CHIP que formen parte del comité de apelación tampoco pueden ser empleados de Texas Children's Health Plan.

Información proporcionada al miembro sobre el comité de apelación de quejas:

A más tardar 5 días hábiles antes de que se reúna el comité de apelaciones de quejas, a menos que usted acepte lo contrario, Texas Children's Health Plan le dará al reclamante o a su representante:

- Cualquier información que Texas Children's Health Plan comparta con el comité de apelaciones.
- El tipo de proveedor al que se le solicitó ayuda; y
- El nombre y cargo de cada miembro del personal de Texas Children's Health Plan que forma parte del comité de apelaciones.

Derechos del reclamante en la reunión con el comité de apelación de quejas:

Un miembro, o su representante en caso de que el miembro sea menor de edad o esté discapacitado, tiene derecho a:

- Reunirse en persona con el comité de apelación.
- Tener otros testigos expertos.
- Pedirle a cualquier persona involucrada en la toma de la decisión que causó la queja que esté presente en la reunión y que se le haga preguntas.

No se permiten represalias

Texas Children's Health Plan no sancionará a ningún miembro ni a otra persona por lo siguiente:

- Presentar una queja contra Texas Children's Health Plan.
- Apelar una decisión tomada por Texas Children's Health Plan.

Cuando la solicitud de servicios cubiertos de su médico o del de su hijo no está aprobada o es limitada

¿Qué puedo hacer si mi médico, o el de mi hijo, solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero Texas Children's Health Plan lo rechaza o limita?

Puede haber ocasiones en que Texas Children's Health Plan rechace o limite los servicios solicitados por su médico, o el de su hijo, si no son médicamente necesarios.

Si no está satisfecho o de acuerdo con la decisión de rechazar o limitar el servicio, tiene derecho a solicitar una apelación. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555. Un representante de miembros puede ayudarlo a solicitar una apelación. Su proveedor de atención médica, un amigo, un familiar, un asesor legal o cualquier otro representante también puede representarlo y solicitar una apelación.

¿Cómo sabré si los servicios no están aprobados?

Texas Children's Health Plan le enviará una carta si un servicio no está aprobado o está limitado. La notificación se enviará dentro de los 3 días hábiles a partir del día en que el plan de salud reciba la solicitud de revisión. Si usted o su hijo están en el hospital, también se enviará la notificación por correo dentro de un día hábil.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación? ¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación? ¿Debo presentar mi solicitud por escrito? ¿Puede alguien de Texas Children's Health Plan ayudarme a presentar una apelación?

Si no está de acuerdo con la decisión de rechazar o limitar un servicio, tiene derecho a una apelación. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555. Un representante de miembros puede ayudarlo a presentar una apelación. Su proveedor de atención médica, un amigo, un familiar, un asesor legal u otro representante también pueden representarlo y solicitar una apelación.

Tiene 60 días a partir de la fecha de la carta de rechazo, o de la fecha del servicio solicitado para enviarnos una apelación. Usted, su proveedor, o el de su hijo, pueden apelar verbalmente o por escrito. Si solicitó una apelación verbalmente, le enviaremos a usted o a su representante un formulario de apelación. No es necesario que devuelva el formulario completo, pero lo instamos a que nos ayude a revisar su apelación. Si necesita más de 10 días para apelar, puede solicitar más tiempo. Puede tener 14 días más para presentar una apelación. Su solicitud de apelación será revisada dentro de los 30 días a partir de la fecha en que la recibimos.

Las solicitudes de apelación se pueden realizar por teléfono o por correo a:

Texas Children's Health Plan
Attn: UM Appeals Department
P.O. Box 301011, WLS 8390
Houston, TX 77230-1011

Le enviaremos una carta dentro de los 5 días posteriores a la recepción de su apelación para informarle que la recibimos. Completaremos la revisión de la apelación dentro de los 30

días. Si necesitamos más tiempo para revisar la apelación, le enviaremos una carta en la que le informaremos por qué necesitamos más tiempo.

¿Qué sucede si los servicios son para una emergencia, o si alguno de nosotros está en el hospital?

En caso de emergencias o admisiones hospitalarias, puede solicitar una apelación acelerada (respuesta rápida).

¿Qué es una apelación acelerada? ¿Cuáles son los plazos para 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 los plazos del proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud. Se revisará y arreglará una apelación acelerada en el plazo de 1 día a partir de la recepción de la solicitud. La decisión se le informará por teléfono o en persona. Otras apelaciones expeditivas se revisarán en un plazo de 3 días, o pueden extenderse hasta 14 días si es necesario obtener más información.

¿Cómo solicito una apelación expeditiva? ¿Debo presentar mi solicitud por escrito? ¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación?

Puede llamar a Servicios para Miembros al 832-828-1002 o al 866-959-6555 y solicitar ayuda para presentar una apelación. Un representante de miembros está disponible para brindarle ayuda. Su solicitud no tiene que ser por escrito. Su médico, o el de su hijo, pueden solicitar este tipo de apelaciones en su nombre.

¿Qué sucede si Texas Children's Health Plan rechaza la solicitud de una apelación acelerada?

Es posible que Texas Children's Health Plan decida que su apelación no debe ser acelerada. De ser así, seguiremos el proceso regular de apelación. Lo llamaremos para informarle que se seguirá el proceso regular. También le enviaremos una carta dentro de un día calendario con esta información. También le enviaremos una copia de la carta a su médico o al médico de su hijo. Esta carta le explicará el proceso completo de quejas y apelaciones, y le informará sobre sus derechos de apelación.

Si no está satisfecho con la resolución que ofrece la apelación acelerada de nivel 1, puede presentar una apelación verbal seguida de una solicitud por escrito para una resolución de apelación acelerada de nivel 2.

Se entregará una decisión en el plazo de un día hábil a partir de la recepción de la solicitud. Se notificará verbalmente la decisión de apelación acelerada. Se enviará una notificación por escrito dentro de los 3 días calendario.

Proceso de apelaciones de especialidad

El proveedor oficial puede solicitar una apelación de especialidad, que pide que un tipo específico de proveedor de especialidad revise el caso. El proveedor de atención médica que es de la misma especialidad, o similar, que el proveedor de atención médica que normalmente manejaría la condición médica u odontológica, el procedimiento o el tratamiento que se considera para la revisión, revisará el rechazo o la decisión que rechaza la apelación. El proveedor oficial debe solicitar este tipo de apelación dentro de los diez (10) días hábiles a partir de la fecha en que se solicitó o rechazó la apelación. Completaremos la apelación de especialidad y le enviaremos nuestra decisión por escrito a usted, o a su representante, y al proveedor que le brindó el servicio/tratamiento dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de la apelación de especialidad.

¿Cuándo puede solicitar una revisión independiente? ¿Qué es una revisión externa?

La revisión externa es una revisión, realizada por fuera, del rechazo de un servicio de su plan de salud que usted y su médico consideran médicamente necesario. EL proceso de revisión externa es administrado por MAXIMUS Federal Services para los miembros de CHIP. Esta organización no está relacionada con su médico ni con Texas Children's Health Plan. No hay costo alguno para usted por una revisión externa. Puede solicitar una revisión externa después de completar el proceso de apelación con Texas Children's Health Plan, o si Texas Children's Health Plan no ha aprobado un servicio que usted considera que es potencialmente mortal.

¿Cómo solicito una revisión externa?

Todas las solicitudes de revisión externa deben enviarse directamente a MAXIMUS Federal Services, la organización de revisión externa para los miembros de CHIP de Texas Children's Health Plan.

Para solicitar una revisión externa, debe proporcionar la siguiente información: nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, y si la solicitud es acelerada o estándar. Usted también debe completar el formulario de designación de representante (si alguien se presenta en su nombre) y la razón por la cual no está de acuerdo con las recomendaciones de Texas Children's Health Plan decisión.

Debe completar el formulario de solicitud de revisión externa federal de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) que se envía con la carta de rechazo o apelación. Incluya su carta de rechazo de Texas Children's Health Plan cuando

envíe por correo o envíe por fax su solicitud a MAXIMUS. Si necesita este formulario, Texas Children's Health Plan puede proporcionarle una copia. El formulario está disponible en el sitio web de Texas Children's Health Plan aquí: texaschildrenshealthplan.org/externalreview. Envíe su solicitud de revisión externa directamente a MAXIMUS a:

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

Usted puede enviar la solicitud a través del portal en línea en externalappeal.cms.gov bajo la opción "Solicitar una revisión en línea".

Si tiene preguntas o inquietudes durante este proceso, usted puede llamar a MAXIMUS sin cargo al 1-888-866-6205.

Usted puede enviar comentarios por escrito al examinador de MAXIMUS a la dirección postal anterior. MAXIMUS compartirá cualquier información que usted envíe con Texas Children's Health Plan para darle al plan una oportunidad de reconsiderar la negación.

Usted puede solicitar una revisión externa acelerada llamando a MAXIMUS sin cargo al 1-888-866-6205 ext. 3326. Usted puede enviar la solicitud de revisión acelerada a través del portal en línea en externalappeal.cms.gov y seleccione la opción "acelerada". Usted también puede enviar la solicitud de revisión acelerada por correo electrónico a FERP@maximus.com.

¿Cuáles son los plazos para este proceso?

El examinador de MAXIMUS Federal Services se comunicará inmediatamente con Texas Children's Health Plan cuando reciba la solicitud de revisión externa. En un plazo de cinco (5) días hábiles, Texas Children's Health Plan le dará al examinador todos los documentos e información utilizados para tomar la decisión de apelación interna.

Para solicitud de revisión externa estándar:

Usted o alguien que actúe en su nombre recibirá una notificación por escrito de la decisión final de la revisión externa. Recibirá una notificación a más tardar 45 días después de que el examinador reciba la solicitud de una revisión externa.

Para una solicitud de revisión externa rápida:

El examinador de MAXIMUS le dará a Texas Children's Health Plan y a usted, o a la persona que lo represente, la decisión de la revisión externa tan pronto como lo requiera su estado médico. Recibirá una decisión a más tardar 72 horas de que hayamos recibido la solicitud. Usted o alguien que actúe en su nombre recibirá la decisión por teléfono. MAXIMUS también enviará una versión escrita de la decisión dentro de 48 horas de la llamada telefónica.

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos del Miembro

1. Usted tiene derecho a obtener información correcta y fácil de entender como ayuda para tomar mejores decisiones sobre el plan de salud de su hijo, los médicos, hospitales y otros proveedores.
2. Su plan de salud debe informarle si utilizan una "red limitada de proveedores". Esta red consiste en un grupo de médicos y otros proveedores que solo derivan pacientes a otros médicos del mismo grupo. "Red limitada de proveedores" quiere decir que usted no puede ver a todos los médicos que forman parte del plan de salud. Si el plan de salud utiliza "redes limitadas", asegúrese de que el proveedor de atención primaria de su hijo y cualquier especialista que quiera ver estén en la misma "red limitada".
3. Usted tiene derecho a saber cómo se les paga a los médicos. Algunos reciben un pago fijo sin importar las veces que usted tenga cita. Otros reciben pagos basados en los servicios que prestan a su hijo. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
4. Usted tiene derecho a saber cómo decide el plan de salud si un servicio está cubierto o es médicamente necesario. Usted tiene derecho a saber qué personas en el plan de salud deciden esas cosas.
5. Usted tiene derecho a saber el nombre y dirección de los hospitales y otros proveedores del plan de salud. Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus médicos y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
6. Usted tiene derecho a escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente larga para que su hijo pueda obtener la atención adecuada cuando la necesita.
7. Si un médico dice que su hijo tiene necesidades médicas especiales o una discapacidad, es posible que pueda tener a un especialista como proveedor de atención primaria del niño. Pregunte al plan de salud acerca de esto.
8. Los niños a quienes les diagnostican necesidades médicas especiales o una discapacidad tienen derecho a recibir atención especializada.
9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el médico que lo atiende sale del plan de salud, su hijo tal

vez pueda seguir viendo a ese médico durante 3 meses, y el plan de salud tiene que continuar pagando esos servicios. Pregunte al plan cómo funciona esto.

10. Su hija tiene derecho a ver a un ginecólogo u obstetra (OB/GYN) participante sin un referido de su proveedor de atención primaria y sin preguntar primero al plan de salud. Pregunte al plan cómo funciona esto. Algunos planes exigen que escoja a un ginecólogo u obstetra antes de la consulta sin un referido.
11. Su hijo tiene el derecho de recibir servicios de emergencia si usted tiene motivos razonables para creer que la vida de su hijo 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. Quizás tenga que hacer un copago según sus ingresos. No se aplican copagos a Miembros de CHIP Perinatal.
12. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las opciones sobre el cuidado de la salud de su hijo:
    - Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento y estar involucrado en las decisiones de tratamiento. Eso incluye el derecho a:
      - Trabajar como parte de un equipo con su proveedor para decidir qué cuidado médico es mejor para usted.
      - Tener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento independientemente de la cobertura de costos o beneficios.
      - Decir sí o no a los cuidados recomendados por su proveedor médico o el de su hijo.
13. Usted tiene derecho a hablar en nombre de su hijo en todas las decisiones de tratamiento.
14. Usted tiene derecho a pedir una segunda opinión de otro médico del plan de salud sobre el tipo de tratamiento que necesita su hijo.
15. Usted tiene derecho a hablar en privado con los médicos y otros proveedores de su hijo, y de que los expedientes médicos de su hijo se mantengan confidenciales. Usted tiene derecho a ver y copiar los expedientes médicos de su hijo y de pedir que se hagan cambios a esos expedientes.
16. Usted tiene derecho a expresar quejas o apelaciones sobre Texas Children's Health Plan o el cuidado que Texas Children's Health Plan proporciona. Tiene derecho a un proceso justo y rápido para resolver problemas con su plan de salud y los médicos del plan, hospitales y otros que brindan servicios a su hijo. Si su plan de salud dice que no pagará un servicio o beneficio cubierto que el médico de su hijo considera médicamente necesario, usted tiene derecho a que otro grupo, fuera del plan de salud, le informe si cree que su médico o el plan de salud tenía razón.
17. Usted tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otras personas que atienden a su hijo pueden aconsejarle sobre el estado de salud, la atención médica y el tratamiento de su hijo. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
18. Tiene derecho a saber que es responsable de pagar solo los copagos aprobados por servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.
19. Tiene derecho al respeto, la dignidad, la intimidad, la confidencialidad, y no discriminación. Eso incluye el derecho a:
    - Ser tratado con justicia y respeto.
    - Saber que sus registros médicos y conversaciones con sus proveedores médicos se mantendrán privados y confidenciales.

Responsabilidades del miembro

Tanto usted como el plan de salud tienen interés en que la salud de su hijo mejore. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades.

1. Usted debe intentar tener hábitos sanos. Inste a su hijo a mantenerse alejado del tabaco y a seguir una dieta saludable.
2. Debe participar en las decisiones del médico sobre el tratamiento de su hijo, lo que incluye intentar comprender los problemas de salud y las opciones de tratamiento de su hijo. El desarrollo de objetivos de tratamiento se acuerda en la medida de lo posible en forma mutua por usted y el equipo de atención médica de su hijo. Usted debe trabajar en conjunto con los médicos y otros proveedores del plan de salud para escoger tratamientos para su hijo que todos acepten. Usted debe comprender y conocer su responsabilidad de seguir los planes y las instrucciones de cuidado que ha acordado con su médico.
3. Si está en desacuerdo con el plan de salud, debe intentar de resolverlo primero por medio del trámite de quejas del plan de salud.
4. Usted debe conocer qué es lo que el plan de salud cubre y lo que no cubre. Lea el Manual para Miembros para entender cómo funcionan las reglas.

5. Si hace una cita para su hijo, debe intentar llegar al consultorio del médico a tiempo. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
6. Si su hijo tiene CHIP, usted es el responsable de pagar al médico y a otros proveedores los copagos adeudados. Si su hijo recibe servicios de CHIP Perinatal, no tendrá ningún copago para ese niño.
7. Usted debe denunciar el mal uso de los servicios de CHIP o CHIP Perinatal por parte de los proveedores de atención médica, otros miembros o los planes de salud.
8. Usted debe participar en las decisiones relacionadas con el servicio y opciones de tratamiento, tomar decisiones personales y tomar medidas para mantenerse saludable. Eso incluye la responsabilidad de:
   - Trabajar en equipo con su proveedor médico para decidir qué servicios de cuidado de salud son los mejores para usted.
   - Comprender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud.
   - Hacer lo mejor que pueda para mantenerse saludable.
   - Tratar a los proveedores médicos y al personal con respeto.
   - Hablar con su proveedor médico acerca de sus medicamentos.
9. Usted debe compartir su información de salud o la de su hijo con su proveedor de cuidado primario y aprender sobre las opcionesconozca de servicios y tratamientos. Esto incluye la responsabilidad de:
   - Informar a su proveedor de cuidado primario sobre su salud o la de su hijo.
   - Hablar con los proveedores sobre sus necesidades de cuidado médico o las de su hijo y hacer preguntas sobre las diferentes formas en que sus problemas de salud o los de su hijo pueden tratarse.
   - Ayudar al proveedor a obtener sus registros médicos o los de su hijo.

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

Instrucciones anticipadas

Esta sección se aplica a adultos mayores de 18 años.

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo para decidir sobre mi atención médica?

Cuando necesite atención médica, tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención que recibirá y hablar sobre estas decisiones con sus médicos. Si está demasiado enfermo para decidir sobre su atención médica, una instrucción anticipada (instrucciones que nos entregará con anticipación) le informará a su médico qué tipo de atención desea o nombrará a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica por usted.

¿Qué es una instrucción anticipada?

Es un documento legal que le permite informar a su médico y a su familia sus preferencias de tratamiento médico antes de que necesite atención. Si está muy enfermo y no puede tomar decisiones sobre su atención médica, su médico y su familia sabrán qué tipo de atención desea o no. Una instrucción anticipada también permite indicar quién puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo.

Existen 4 tipos de instrucciones anticipadas en virtud de la ley de Texas:

- **Instrucción para médicos y familiares o sucedáneos (testamento en vida)** – un testamento en vida le permitirá tomar decisiones médicas con anticipación para que su médico pueda conocer sus deseos de tratamiento si usted tiene una enfermedad terminal o irreversible y no puede hablar ni tomar decisiones informadas.
- **Orden de no reanimar (DNR) fuera del hospital** – este es un formulario que debe completar con el médico y le permite rechazar tratamientos específicos que salvan vidas fuera de un hospital.
- **Poder notarial médico** – Un poder notarial médico le permite elegir a alguien de su confianza para que tome decisiones de atención médica en su nombre en caso de que no pueda hacerlo usted mismo.
- **Declaración para el tratamiento de la salud mental** – este tipo de instrucción anticipada le permite tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental en caso de que usted no pueda hacerlo.

¿Cómo doy una instrucción anticipada?

Cualquier persona de 18 años o más puede dar una instrucción anticipada. Si ya tiene una instrucción anticipada, informe a su proveedor de atención primaria. Si desea obtener información sobre cómo dar sus instrucciones por escrito, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555.

Denunciar el despilfarro, abuso o fraude de CHIP

¿Desea denunciar malgasto, abuso o fraude de CHIP?

Avísenos si cree que un médico, odontólogo, farmacéutico, otros tipos de proveedores de atención médica o una

persona que recibe beneficios de CHIP está haciendo algo incorrecto. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o que no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento.
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de CHIP.
- Está usando la tarjeta de identificación de CHIP de otra persona.
- Está mintiendo 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 Oficina del Inspector General (OIG) al 800-436-6184
- Visite https://oig.hhsc.state.tx.us/ y haga clic en la casilla roja "Informar fraude" para completar el formulario en línea, o
- Denúncielo directamente al plan de salud:

  Texas Children's Health Plan
  Fraud and Abuse Investigations
  PO Box 301011, WLS 8302
  Houston, TX 77230
  832-828-1320 o 866-959-6555
  Correo electrónico: TCHPSIU@texaschildrens.org

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 (médico, odontólogo, 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.

Revisión de nuevos procedimientos médicos

Como miembro, tiene derecho a que el plan de salud revise los nuevos procedimientos médicos. Estos pueden incluir pruebas y cirugías. Cada situación se revisa caso por caso. Revisamos cada procedimiento para asegurarnos de que usted reciba la atención adecuada. ¿Tiene preguntas? Llame al 866-959-6555.

Contenidos de CHIP Perinatal

CHIP Perinatal – Cómo funciona el plan

Información sobre la tarjeta de identificación del miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan 38

Cómo utilizar su tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan 39

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid 39

Su proveedor de CHIP Perinatal. 39

¿Puedo elegir el proveedor de atención primaria de mi bebé antes de que nazca?. 40

Controles de rutina o atención regular 40

Atención de urgencia. 41

Atención de emergencia 41

Servicios médicamente necesarios. 41

Atención fuera del horario laboral 42

Atención cuando está lejos de casa 42

Remisiones 42

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados? 43

CHIP Perinatal – Beneficios y servicios

¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal de mi hijo por nacer? 44

¿Tengo que pagar los servicios que no están cubiertos?.. 44

¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinate Newborn? 45

¿Qué beneficios adicionales obtiene un miembro de Texas Children's Health Plan?. 45

Cómo canjear sus recompensas 46

¿Qué clases de educación de la salud ofrece Texas Children's Health Plan? 46

CHIP Perinatal – Servicios para miembros

¿Cuándo finaliza la cobertura de CHIP Perinatal? 47

¿Me enviará el estado algo cuando termine mi cobertura de CHIP Perinatal?. 47

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud? . 47

Inscripción simultánea en la cobertura de CHIP, CHIP Perinatal y Medicaid para determinados recién nacidos. 47

¿Alguien me puede interpretar cuando hablo con mi proveedor perinatal? 47

¿Qué sucede si recibo una factura de un proveedor perinatal? 47

¿Qué tengo que hacer si me mudo? 48

¿Cómo funciona la renovación? 48

CHIP Perinatal – Derechos y responsabilidades

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades? 49

Responsabilidades del miembro 49

Cuando no está satisfecho o tiene una queja . . . 50

Cuando la solicitud de servicios cubiertos de su médico no está aprobada o limitada 51

¿Qué es una apelación acelerada? 52

Cuando solicita una revisión externa. 52

Denunciar el despilfarro, abuso o fraude de CHIP 53

Revisión de nuevos procedimientos médicos . . . 53

Términos y definiciones 54

CHIP Perinatal – Cómo funciona el plan

Texas Children's Health Plan se preocupa por nuestros miembros. Es importante para nosotros mantenerlos saludables a usted y a su hijo por nacer. Hemos ofrecido este Manual para miembros como una guía. El Departamento de Servicios para Miembros puede responder las preguntas que pueda tener sobre el manual para miembros. El Manual para miembros también se puede proporcionar en audio, letra grande, braille u otros idiomas si es necesario. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555 para solicitar estos servicios especiales. Los representantes de Servicios para miembros están disponibles para brindarle ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cómo leer este libro

Esta sección es para todos los miembros por nacer de CHIP Perinatal. Las referencias a "usted" o "su" se aplican a la madre del niño por nacer.

Beneficios de unirse a Texas Children's Health Plan

Tendrá a su proveedor de atención primaria, también llamado proveedor perinatal. Un proveedor perinatal es el proveedor de atención primaria, enfermero o clínica que le brinda la mayor parte de su atención médica. Su proveedor:

- Conocerá sus antecedentes médicos y lo ayudará a obtener la atención médica necesaria para su hijo por nacer.
- Se esforzará por mantener saludable a su hijo por nacer.

Texas Children's Health Plan cuenta con una amplia red de médicos, hospitales y otros proveedores de salud.

Un representante de Servicios para miembros estará disponible para brindarle ayuda

Puede llamar a Servicios para miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana para brindarle ayuda. Con la ayuda de intérpretes en línea, nuestros representantes de miembros pueden hablar con usted en 140 idiomas. El Departamento de Servicios para Miembros puede brindarle ayuda en:

- Responder preguntas sobre los beneficios.
- Encontrar un proveedor perinatal.
- Enviarle una nueva tarjeta de identificación de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan si esta se pierde o la roban.
- Resolver quejas o problemas.

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros del Texas Children's Health Plan al 832-828-1002 o al 866-959-6555. Para TTY, llame al 800-735-2989 (Texas Relay) o al 7-1-1.

Información sobre la tarjeta de identificación del miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan

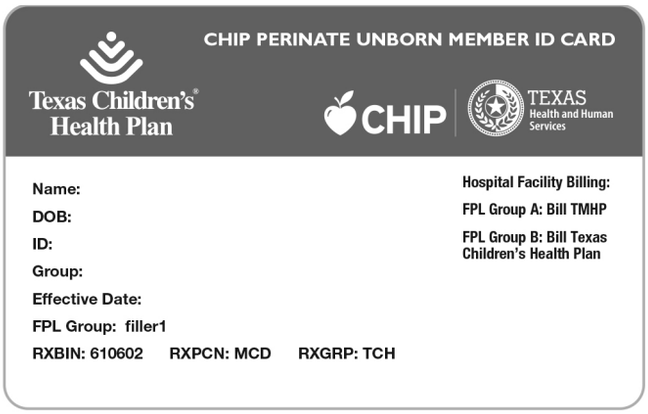
Mientras esté embarazada, recibirá una tarjeta de identificación de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan para su hijo por nacer. Lleve consigo su tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan en todo momento. Muestre la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan a su proveedor perinatal antes de recibir atención.

Cómo leer la tarjeta de identificación de miembro perinatal Texas Children's Health Plan

Revise la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de su hijo por nacer para asegurarse de que sea correcta. Debe tener:

- su nombre;
- su número de identificación de CHIP Perinatal;
- información muy importante para su proveedor de atención primaria sobre el pago.

En el reverso de la tarjeta, se le aconseja llamar a su proveedor perinatal antes de recibir atención médica, excepto en caso de emergencia. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si su atención de emergencia no está

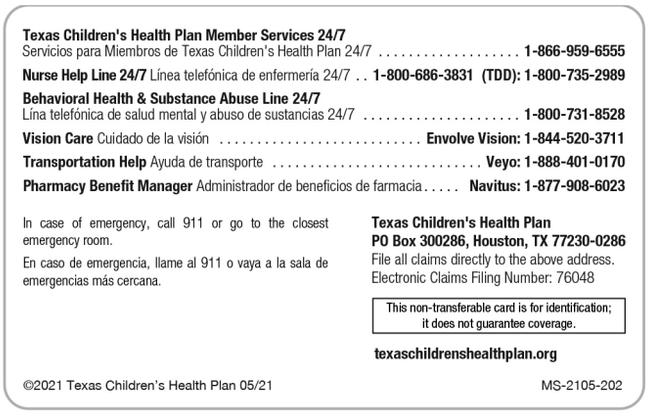

CHIP PERINATE UNBORN MEMBER ID CARD

Texas Children's Health Plan

CHIP | TEXAS Health and Human Services

Name:
DOB:
ID:
Group:
Effective Date:
FPL Group: filler1
RXBIN: 610602 RXPCN: MCD RXGRP: TCH

Hospital Facility Billing:
FPL Group A: Bill TMHP
FPL Group B: Bill Texas Children's Health Plan


Texas Children's Health Plan Member Services 24/7
Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan 24/7 ..... **1-866-959-6555**

Nurse Help Line 24/7 Línea telefónica de enfermería 24/7 .. **1-800-686-3831 (TDD): 1-800-735-2989**

Behavioral Health & Substance Abuse Line 24/7
Lína telefónica de salud mental y abuso de sustancias 24/7 ..... **1-800-731-8528**

Vision Care Cuidado de la visión ..... **Envolve Vision: 1-844-520-3711**

Transportation Help Ayuda de transporte ..... **Veyo: 1-888-401-0170**

Pharmacy Benefit Manager Administrador de beneficios de farmacia..... **Navitus: 1-877-908-6023**

In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room.

En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Texas Children's Health Plan
PO Box 300286, Houston, TX 77230-0286
File all claims directly to the above address.
Electronic Claims Filing Number: 76048

This non-transferable card is for identification; it does not guarantee coverage.

texaschildrenshealthplan.org

©2021 Texas Children's Health Plan 05/21 MS-2105-202

relacionada con el trabajo de parto vinculado al nacimiento de su hijo, deberá solicitar Medicaid de emergencia o pagar los servicios usted mismo.

Cómo utilizar su tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan

Es importante que:

- Lleve siempre consigo la tarjeta de identificación de miembro CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan que le enviamos a su hijo por nacer.
- Siempre tenga la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan cuando llame a Servicios para miembros.
- Lleve la tarjeta de identificación del miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan a todas las visitas médicas.
- No permita que otras personas usen la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan que se le entregó a usted para su hijo por nacer.

Cómo reemplazar la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan

Llame a Servicios para miembros si pierde la tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan que se le emitió para su hijo por nacer. A continuación, encontrará una muestra de la tarjeta de identificación de miembro de CHIP de Texas Children's Health Plan para su hijo por nacer:

El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid

Puede usar el portal para beneficiarios de Medicaid para hacer todo lo siguiente (tanto para usted como para otra persona a cuya información médica o dental tenga acceso):

- SVer sus planes de seguro médico y dental
- Ver los detalles de sus beneficios
- Ver las alertas de Pasos Sanos de Texas
- Ver las alertas públicas
- Ver los diagnósticos y tratamientos
- Ver su historial de vacunas
- Ver los medicamentos recetados
- Elegir si da su autorización para que los médicos y el personal de Medicaid vean su información médica y dental

Para acceder al portal, visite el sitio web www.YourTexasBenefits.com.

- Haga clic en **Entrar al sistema**.
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña. Si no tiene una cuenta, haga clic en **Crear una cuenta**.
- Haga clic en **Maneje su cuenta o sus aplicaciones**.
- Vaya a la sección "**Quick links**" (Enlaces rápidos).
- Haga clic en **Servicios de Medicaid y CHIP**.
- Haga clic en **Ver servicios e información de salud disponibles**.

Nota: El portal de YourTexasBenefits.com para beneficiarios de Medicaid muestra información solo de los beneficiarios actuales. Un representante legalmente autorizado puede ver la información de cualquier persona que forme parte de su caso.

Su proveedor de CHIP Perinatal

Su proveedor de CHIP Perinatal es una parte importante del equipo de atención médica de su hijo por nacer.

¿Cómo elijo un proveedor perinatal?

- Consulte el sitio web de Texas Children's Health Plan en texaschildrenshealthplan.org/es/find-a-provider o el Directorio de proveedores de CHIP de Texas Children's Health Plan para obtener una lista de los proveedores de CHIP Perinatal cercanos a su domicilio.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555 para obtener ayuda en elegir un proveedor perinatal.

¿Necesito una derivación?

No necesita una derivación para consultar a un proveedor de CHIP Perinatal.

¿Qué tan pronto puedo atenderme con un proveedor perinatal luego de solicitar una cita?

Debería poder consultar a su proveedor de CHIP Perinatal dentro de las 2 semanas posteriores a su llamada para una visita de atención prenatal regular.

¿Una clínica puede ser un proveedor perinatal de CHIP?

Puede elegir un proveedor de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan ubicado en una de las clínicas, clínicas de salud rurales o centros de salud con calificación federal enumerados en su directorio de proveedores.

¿Qué sucede si voy a otro médico que no es mi proveedor de CHIP Perinatal?

Excepto en caso de emergencia, siempre llame a su proveedor de CHIP Proveedor de CHIP Perinatal antes de ir a otro médico o al hospital. Puede comunicarse con su proveedor de CHIP Perinatal o con su médico de respaldo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si consulta a otro médico que no es su proveedor de CHIP Perinatal,

es posible que deba pagar la factura. Si su atención de emergencia no está relacionada con el trabajo de parto vinculado al nacimiento de su hijo, deberá solicitar Medicaid de emergencia o pagar los servicios usted mismo.

¿Puedo permanecer con un proveedor de CHIP Perinatal si no pertenece a Texas Children's Health Plan?

Debe elegir un proveedor de CHIP Perinatal que se encuentre en la red de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan. Si le quedan 16 semanas o menos antes de la fecha prevista del nacimiento de su bebé, puede permanecer bajo su proveedor perinatal actual durante el control posparto, incluso si el proveedor perinatal está o se convierte en un proveedor fuera de la red. Si esto sucede, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555.

¿Cómo puedo obtener más información sobre mi médico?

Puede obtener más información acerca de su médico, como el lugar donde fueron a la universidad, especialidad o certificación del consejo, en nuestro sitio web texaschildrenshealthplan.org/es y haciendo clic en el enlace **Buscar un médico**.

¿Qué necesito llevar a una cita de CHIP Perinatal?

Cuando visite a su proveedor perinatal de CHIP, siempre lleve su tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan, una lista de los problemas que tiene y una lista de todos los medicamentos o suplementos herbales que está tomando.

¿Qué beneficios recibe mi bebé cuando nace?

- Atención: Si usted cumple 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 cumple con 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.
- La cobertura de CHIP Perinatal brinda atención a niños por nacer de mujeres embarazadas que no son elegibles para Medicaid y que tienen ingresos familiares de hasta el 202% del nivel federal de ingresos de pobreza (FPIL). Una vez que nazca, el bebé recibirá beneficios de Medicaid o CHIP, según sus ingresos.
- Dos visitas posteriores al nacimiento para la madre.
- Una vez que un niño se retira de la admisión hospitalaria inicial, recibe el paquete de beneficios de CHIP tradicional o Medicaid, según sus ingresos. Los beneficios de CHIP o Medicaid incluyen controles regulares, inmunizaciones y recetas para el bebé después de que deja el hospital.
- Según los ingresos, el recién nacido puede recibir Medicaid desde el nacimiento hasta su primer cumpleaños. La mayoría de los bebés de CHIP Perinatal califican para Medicaid. Si el bebé es elegible para recibir Medicaid, la madre recibirá una carta y el Formulario H3038-P (Certificación de Servicios Médicos de emergencia de CHIP Perinatal) por correo antes del parto. Debe llevarlos al hospital.

¿Qué servicios no están cubiertos?

Consulte el libro "Evidencia de beneficios de cobertura para niños por nacer de CHIP" que se incluye con su manual para conocer sus beneficios cubiertos.

¿Cómo obtengo esos servicios para mi hijo?

Llame a su proveedor perinatal de CHIP o al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555.

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

Es importante encontrar al médico adecuado para su hijo por nacer. Puede elegir un proveedor de atención primaria antes de que nazca su bebé. Puede encontrar una lista de proveedores de atención primaria en su directorio de proveedores. Usted puede solicitar una copia impresa del Directorio de Proveedores llamando a Servicios para Miembros al 866-959-6555, o puede buscar fácilmente "Buscar un proveedor" en nuestro sitio web texaschildrenshealthplan.org/es/find-a-provider.

¿A quién llamo? ¿Qué información necesito?

Llame a Servicios para miembros al 866-959-6555 con su número de identificación de miembro a mano. Un representante de Servicios para miembros puede brindarle ayuda para encontrar una lista de proveedores de atención primaria.

Controles de rutina o atención regular

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención médica de rutina, o la atención habitual, es cuando visita a su proveedor de CHIP Perinatal para asegurarse de que su hijo por nacer esté en buen estado de salud. La atención médica de rutina incluye controles prenatales regulares y atención de seguimiento.

¿Cuánto tiempo esperaré para que me vean?

Debería poder consultar a su proveedor de CHIP Perinatal dentro de las 2 semanas posteriores a su llamada para una visita de atención prenatal de rutina.

Atención de urgencia

¿Qué es la atención médica de urgencia?

Un problema urgente es cuando necesita tratamiento de inmediato para su hijo por nacer. Si su problema es grave, pero no es una emergencia y no necesita una sala de emergencias, diríjase a su proveedor de CHIP Perinatal.

¿Qué tan pronto podré ver a un proveedor?

Debería poder ver a un médico por un problema urgente dentro de las 24 horas. Llame primero a su proveedor de CHIP Perinatal si tiene un problema con su hijo por nacer.

Atención de emergencia

¿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 las siguientes afecciones médicas 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 durante el trabajo de parto y trabajo de parto de riesgo.
- 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 murió dentro del útero).

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

¿Qué son servicios de emergencia y atención de emergencia?

"Servicios de emergencia" o "atención de emergencia" son servicios cubiertos de hospitalización y ambulatorios que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios, y que se necesitan para valorar o estabilizar una afección médica, entre ellos los servicios de atención de posestabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del bebé.

¿Qué debo hacer en caso de emergencia?

- Acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano.
- Llame al 9-1-1 si necesita ayuda para llegar al hospital.
- Llame a su proveedor de CHIP Perinatal dentro de las 24 horas, o tan pronto como sea posible, para informarle y que este pueda brindarle atención de seguimiento.

Si su atención de emergencia no está relacionada con el trabajo de parto de su hijo, deberá solicitar Medicaid de emergencia o pagar los servicios usted mismo comunicándose con HHSC al 2-1-1.

¿En cuánto tiempo deberían atenderme por una emergencia?

Debería recibir tratamiento tan pronto como sea apropiado para la afección médica de su hijo por nacer. Las lesiones potencialmente mortales se tratan de inmediato.

Servicios médicamente necesarios

Los servicios cubiertos para miembros de CHIP, miembros recién nacidos de CHIP Perinatal y miembros de CHIP Perinatal deben ajustarse a la definición de "médicamente necesario" de CHIP. Un miembro de CHIP Perinatal es un niño por nacer.

Médicamente necesario significa:

1. Servicios de atención médica que:
   a. 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.;
   b. se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro.;
   c. cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno.
   d. son consecuentes con el diagnóstico del miembro.
   e. son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio adecuado de seguridad,

efectividad y eficacia.

f. no son experimentales ni de estudio; y

g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

2. Servicios de salud mental y abuso de sustancias que:

a. 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.

b. cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental.

c. se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo donde se puedan brindar los servicios sin ningún riesgo.

d. se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos.

e. no se pueden negar sin verse afectada negativamente la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada.

f. no son experimentales ni de estudio; y

g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

Atención fuera del horario laboral

¿Cómo puedo recibir atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de CHIP Perinatal cierre?

Debe llamar al consultorio de su proveedor de CHIP Perinatal, excepto en caso de emergencia. Puede comunicarse con su proveedor de CHIP Perinatal o con un médico de respaldo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O puede llamar a la línea de ayuda de enfermería las 24 horas de Texas Children's Health Plan al 800-686-3831. Los enfermeros de Texas Children's Health Plan lo ayudarán a obtener la atención médica adecuada para su hijo por nacer.

EXCEPTO EN UNA EMERGENCIA, LLAME PRIMERO A SU PROVEEDOR DE CHIP PERINATAL ANTES DE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA.

Si su atención de emergencia no está relacionada con el trabajo de parto vinculado al nacimiento de su hijo, deberá solicitar Medicaid de emergencia o pagar los servicios usted mismo.

Atención cuando está lejos de casa

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

Si necesita atención médica mientras está de viaje, llámenos al 866-959-6555 y le brindaremos ayuda para encontrar un médico.

Si necesita servicios de emergencia mientras está de viaje, vaya a un hospital cercano y llámenos al 866-959-6555.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

CHIP no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué hago si estoy fuera del estado?

Si tiene una emergencia que pone en peligro su vida cuando está fuera del estado, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercana o llame 9-1-1. Si busca atención de seguimiento no urgente sin obtener aprobación previa, es posible que Texas Children's Health Plan no pague por ello.

Si no es una emergencia, pero usted o su hijo se enferman o necesitan atención médica mientras está fuera del estado, llame a su proveedor de cuidado primario o el de su hijo para que le indique qué hacer. También puede llamar a la línea telefónica de enfermería 24/7 de Texas Children's Health al 800-686-3831. Nuestras enfermeras están listas para ayudarlo a decidir qué hacer las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Recuerde que no hay cobertura para la atención periódica brindada fuera del área de servicio de Texas Children's Health Plan. Los controles de rutina incluyen controles, exámenes físicos, atención de seguimiento, pruebas o cirugías no urgentes.

Remisiones

¿Qué es una remisión?

Su proveedor médico de CHIP Perinatal, es el único médico que necesita para la mayoría de los servicios de atención prenatal. Si usted tiene un problema de salud especial, proveedor médico de CHIP Perinatal, puede pedirle que consulte a otro médico o que se le realicen pruebas especiales. Esto se denomina remisión.

Su proveedor médico de CHIP Perinatal, lo derivará a un especialista u otro médico que esté en la red de Texas Children's Health Plan. Los especialistas pueden ser médicos, como cardiólogos (corazón), dermatólogos (piel) o alergistas.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

- **Atención de emergencia**—Los servicios de emergencia y la atención médica de emergencia son servicios cubiertos solo si son para el trabajo de parto, lo que da como resultado el parto de su bebé. Si su atención de emergencia no está relacionada con el trabajo de parto vinculado al nacimiento de su hijo,

deberá solicitar Medicaid de emergencia o pagar los servicios usted mismo.

- **Atención prenatal**—Puede recibir atención prenatal sin una derivación. Su proveedor de CHIP Perinatal debe solicitar una autorización previa para algunas pruebas y procedimientos, y debe informar a Texas Children's Health Plan sobre las visitas de atención del embarazo.

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

CHIP Perinatal tiene beneficios cubiertos limitados. Solo los servicios enumerados en la sección "beneficios y servicios cubiertos" son pagados por CHIP Perinatal. Los miembros de CHIP Perinatal deben hablar con su proveedor sobre cómo obtener servicios que no están cubiertos. El Departamento de Servicios para Miembros también ayudará a los miembros a encontrar información sobre organizaciones comunitarias que pueden ofrecer ayuda. Si necesita servicios que no están cubiertos, CHIP Perinatal NO pagará por esos servicios.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos recetados?

¿Cómo obtengo mis medicamentos? ¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados para mi hijo por nacer?

CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que el médico dice que usted necesita. El médico le prescribirá una receta para llevar a la farmacia o puede enviar directamente la receta a la farmacia.

No hay copagos obligatorios para los miembros de CHIP Perinatal.

¿Qué llevo a la farmacia?

Cuando vaya a la farmacia, tome su receta y su tarjeta de identificación de miembro de Texas Children's Health Plan.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

Puede presentar las recetas en cualquier farmacia que acepte el programa CHIP de Texas Children's Health Plan. Si necesita una lista de farmacias que acepten el programa CHIP de Texas Children's Health Plan., llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555 o visite nuestro sitio web en texaschildrenshealthplan.org/es y haga clic en el enlace "**Listado de farmacias**" en la sección de miembros de CHIP.

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

Si va a una farmacia que no pertenece a la red, es posible que no acepten las recetas para los medicamentos prescritos o que deba pagarlos usted mismo. Para obtener una lista de farmacias participantes, llame a Servicios para miembros al 866-959-6555 o visite nuestro sitio web en texaschildrenshealthplan.org/es y haga clic en el enlace "**Listado de farmacias**" en la sección de miembros de CHIP.

¿Qué hago si yo o mi hijo necesitamos un medicamento sin receta?

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

¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, llame a Servicios para miembros al 866-959-6555 para obtener ayuda.

¿Qué sucede si pierdo mis medicamentos?

If you lose your medication(s), call Member Services at 866-959-6555 for help.

¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?

Si pierde sus medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555 para obtener ayuda.

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el médico prescribió?

Si no se puede localizar al médico para que apruebe un medicamento recetado, es posible que reciba un suministro de emergencia para 3 días. Llame a Texas Children's Health Plan al 866-959-6555 para obtener ayuda con sus medicamentos y reabastecimientos.

CHIP Perinatal – Beneficios y servicios

¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal de mi hijo por nacer?

El programa de CHIP Perinatal es para los hijos por nacer de mujeres embarazadas que no están aseguradas y no califican para Medicaid. El programa proporciona un paquete básico de cuidado prenatal. Los servicios incluyen:

- Visitas prenatales.
- Vitaminas prenatales recetadas.
- Trabajo de parto y parto.
- Atención posparto.

Los miembros que reciben el beneficio de CHIP Perinatal están exentos del período de espera de 90 días y de toda la distribución de costos, incluidas las tarifas de inscripción y los copagos, durante el período de cobertura.

Texas Children's Health Plan ofrece los siguientes beneficios cubiertos de CHIP Perinatal:

- Hasta 20 visitas prenatales.
  - Durante las primeras 28 semanas de embarazo: 1 visita cada 4 semanas
  - Durante las semanas 28 a 36: 1 visita cada 2 a 3 semanas
  - 36 semanas hasta el parto: 1 visita por semana
  - Se permiten visitas prenatales adicionales si son médicamente necesarias
- Algunas pruebas de laboratorio, evaluaciones, servicios de planificación, educación y asesoramiento.
- La cobertura de medicamentos recetados se basa en el formulario actual de CHIP, incluidas las vitaminas prenatales recetadas.
- Suministros para diabéticos disponibles a través de farmacias con una receta médica.
- Cargos del centro hospitalario y cargos por servicios profesionales relacionados con el parto.
  - Para mujeres con ingresos del 199-202 % del FPL:
    - Cargos por servicios hospitalarios y profesionales pagados a través del plan de salud perinatal de CHIP.
  - Para mujeres con ingresos iguales o inferiores al 198 % del FPL (este rango de ingresos representa a muchos clientes perinatales de CHIP):
    - Cargos por servicios profesionales pagados a través de CHIP.
    - Cargos del centro hospitalario pagados a través de Medicaid de emergencia.
- Trabajo de parto del bebé (su cobertura dependerá de sus ingresos). Cuando vaya al hospital, es posible que deba solicitar Medicaid de emergencia (formulario H-3038) para pagar su hospitalización. Si no solicita Medicaid de emergencia y CHIP Perinatal no cubre su hospitalización, es posible que usted deba pagarla.
- Dos visitas para usted con el médico que dio a luz a su bebé después del nacimiento.
- Controles regulares, vacunas y recetas para su bebé después de que a su bebé le den el alta del hospital una vez inscrito en Medicaid.

Consulte el libro "Evidencia de beneficios de cobertura de los niños por nacer de CHIP" que se incluye con su manual para conocer sus beneficios cubiertos.

¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi hijo por nacer?

Llame a su proveedor perinatal de CHIP o al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555.

¿Qué servicios NO están cubiertos?

Algunos de los servicios que no están cubiertos incluyen:

- Visitas al hospital por servicios no relacionados con el trabajo de parto, como un brazo roto.
- Trabajo de parto sin dar a luz a su bebé (falso trabajo de parto).
- Tratamiento especial para usted, como atención para el asma, afecciones cardíacas, salud mental o abuso de sustancias.

Consulte el libro "Evidencia de beneficios de cobertura de los niños por nacer de CHIP" que se incluye con su manual para conocer sus beneficios cubiertos.

¿Cuánto debo pagar por la atención médica de mi hijo por nacer con CHIP Perinatal?

Los copagos son el monto que un miembro de CHIP debe pagar cuando recibe cierta atención médica. No hay copagos ni distribución de costos para los miembros de CHIP Perinatal.

¿Tengo que pagar los servicios que no están cubiertos?

CHIP Perinatal solo paga los beneficios cubiertos por el programa. Si recibe servicios que no están cubiertos, es posible que deba pagar por estos servicios. Cuando vaya al hospital, es posible que deba solicitar Medicaid de emergencia para pagar su hospitalización. Si no solicita Medicaid de emergencia y CHIP Perinatal no cubre su internación en el hospital, es posible que deba pagar su internación en el hospital.

¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinate Newborn?
Encontrará información detallada sobre los beneficios y servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones en la lista de beneficios que se encuentra en el bolsillo de este manual.

Las referencias a "usted", "mi" o "yo" se aplican si es miembro de CHIP. Se aplican las referencias a "mi hijo" si este es miembro de CHIP o miembro recién nacido de CHIP Perinatal.

¿Qué servicios NO están cubiertos?
Los servicios cubiertos de CHIP deben cumplir con la definición de CHIP de médicamente necesarios. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 832-828-1002 o al 866-959-6555.

¿Cómo obtengo esos servicios para mi hijo?
Llame a su proveedor de CHIP o al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555.

¿Qué beneficios adicionales recibe un miembro de Texas Children's Health Plan?

¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi o para mi hijo?
¡El buen embarazo comienza aquí! Al unirse a Texas Children's Health Plan, usted y su hijo que está por nacer tienen acceso a los beneficios exclusivos de nuestro programa Healthy Rewards. Estos beneficios son servicios de valor agregado que CHIP Perinatal no cubre y que Texas Children's Health Plan ofrece para que su familia los disfrute mientras le ayudamos a planificar un futuro saludable.

Los beneficios del programa Healthy Rewards se dividen en cuatro categorías:

Embarazo Saludable

- **Recompensa de consulta prenatal:** Complete al menos una consulta prenatal durante el primer trimestre de su embarazo o dentro de 42 días de convertirse en miembro de Texas Children's Health Plan y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible.
- **Clases de cuidado básico del bebé y de parto:** Participe en una variedad de clases que se ofrecen en línea a través de INJOY para obtener más información sobre el embarazo, el parto, la lactancia, la salud postparto, el cuidado del recién nacido y más. Materiales impresos proporcionados bajo pedido.
- **Monitor de presión arterial:** Si fue diagnosticada con presión arterial alta durante su embarazo o en el momento del parto, ¡reciba un monitor de presión arterial sin costo para que pueda cuidar su salud! La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible.
- **Cuna portátil/corralito:** Las miembros embarazadas que estén en su tercer trimestre y completen al menos una clase de embarazo de InJoy pueden recibir una cuna portátil sin costo que también funciona como corralito. La recompensa se puede solicitar hasta 15 días después de finalizar el año elegible.
- **Recompensa de consulta postparto:** Complete al menos una visita postparto dentro de 84 días de haber dado a luz y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa se puede solicitar hasta 60 días después del final del año elegible.
- **Recompensa por la prevención de la influenza:** Reciba la vacuna contra la influenza durante su embarazo y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa podrá solicitarse hasta 30 días después de finalizado el año elegible.

Salud y Bienestar

- **Recompensa por control de la diabetes (Tipo 1 o 2):**
  - Complete un examen de la vista para diabéticos (de retina o dilatación) una vez al año y reciba una tarjeta de recompensas de $25.
  - Complete un análisis de sangre HbA1c y reciba una tarjeta de recompensas de $25.

  Las recompensas se pueden solicitar hasta 30 días después del final del año elegible. A partir de los 18 años para el examen de la vista para diabéticos y la evaluación de salud del riñón. A partir de los 10 años para el análisis de sangre HbA1c.
- **Eventos especiales de educación sobre la salud:** Aprenda sobre hábitos saludables mientras se divierte con su familia en nuestros eventos especiales, como actividades de temporada y eventos comunitarios.
- **Recompensa de consulta de seguimiento de salud mental:** Complete una consulta de seguimiento de salud mental dentro de 7 días de haber sido dado de alta de un hospital o centro de salud mental y reciba una tarjeta de recompensas de $25. De los 6 años en adelante.
- **Ayuda para la visión:** Reciba una asignación de $110 para reajustes de monturas de lentes o de $90 para lentes de contacto y ajustes. Hasta los 18 años de edad.
- **Recompensa de chequeos de rutina para niños:**
  - Complete 6 chequeos de rutina para niños hasta

los 15 meses de edad y reciba una tarjeta de recompensas de $100.

- Complete 2 más chequeos de rutina para niños hasta los 30 meses de edad y reciba una tarjeta de recompensas adicional de $50.

Las recompensas se pueden solicitar hasta 30 días después del final del año elegible.

- **Recompensa de chequeo de rutina para adultos jóvenes:** Complete un chequeo de rutina anual y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible. Edades 16-21.
- **Recompensa de evaluación de riesgos para la salud:** Complete este formulario dentro de 90 días de convertirse en miembro para que podamos entender sus necesidades de salud y reciba una tarjeta de recompensas de $10. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible.
- **Recompensa por educación sobre el asma:** Si le diagnostican asma de alto riesgo, inscríbase y complete el programa de manejo de casos de 90 días y reciba una tarjeta de recompensas de $25. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible.
- **(Nuevo) Recompensa por la prueba de clamidia:** Realice una prueba de clamidia y reciba una tarjeta de recompensas de $25. Para miembros de 16 a 24 años. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después de finalizar el año elegible.

Juegos y ejercicios saludables

- **Asistencia con la tarifa de actividades extracurriculares:** Regístrese en una actividad extracurricular a través de un programa escolar o comunitario, como Boys and Girls Clubs of America o BakerRipley, y reciba una tarjeta de recompensas de hasta $50. La recompensa se puede solicitar hasta 30 días después del final del año elegible. Edades 5-21.
- **Exámenes físicos para programas deportivos y escolares:** Realice un examen físico anual deportivo o escolar sin costo con su proveedor de cuidado primario. Debe haber completado un chequeo de rutina para niños en los últimos 12 meses. Edades 5-19.
- **Clases deportivas:** Manténgase activo y asista a una variedad de clases deportivas sin costo alguno. Las clases deportivas incluyen fútbol, taekwondo, ballet, béisbol, fútbol americano, baloncesto y seguridad en la bicicleta. Registro por orden de llegada. Solo en el condado de Harris. Edades 3-18.

Ayuda adicional para familias

- **Línea telefónica de ayuda 24/7:** ¿No se siente bien? Llámenos al 1-800-686-3831. Nuestros enfermeros están disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarle con consejos sobre sus síntomas e inquietudes médicas.
- **Servicios de transporte:** Reciba traslados sin costo hacia consultas médicas, la farmacia o clases o eventos de Texas Children's Health Plan.

Pueden aplicarse restricciones y limitaciones. El rango de edad puede variar. Beneficios adicionales válidos desde el 1 de septiembre de 2024 hasta el 31 de agosto de 2025. Visite healthyrewardsprogram.org/es para obtener más detalles.

Cómo canjear sus recompensas

- **Opción 1:** Inicie sesión en su cuenta MyChart. Diríjase a "Recursos" y haga clic en "Healthy Rewards" para completar el formulario de solicitud de las recompensas.
  ¿Nuevo en MyChart? Abra una cuenta en texaschildrenshealthplan.org/es/mychart.
- **Opción 2:** Visite healthyrewardsprogram.org/es o llame a Servicios para Miembros al 1-866-959-6555.

¿Qué clases educativas sobre la salud ofrece Texas Children's Health Plan?

¡Se necesita mucho cuidado y preparación durante un embarazo para que un bebé nazca saludable! Participe en una variedad de clases en línea a través de INJOY para obtener más información sobre:

- Entendiendo el embarazo
- Entendiendo el parto
- Entendiendo la lactancia materna
- Entendiendo la salud postparto y el cuidado del bebé
- Entendiendo a su recién nacido

Materiales impresos disponibles bajo pedido.
¿Preguntas? Llama al 800-990-8247

CHIP Perinatal – Servicios para miembros

¿Cuándo finaliza la cobertura de CHIP Perinatal?

El bebé seguirá recibiendo servicios por medio del Programa CHIP si usted cumple con 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. Después de que nazca su bebé, tendrá 2 visitas posparto antes de que finalice su cobertura.

¿Me enviará el estado algo cuando termine mi cobertura de CHIP Perinatal?

HHSC enviará una carta al miembro de CHIP Perinatal cuando haya finalizado la cobertura.

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?

Atención: 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.

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 los 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 la fecha efectiva de cobertura para escoger otro plan de salud si no está satisfecha con el plan que la HHSC escogió.

Los niños deben permanecer en el mismo plan de salud hasta que termine el período de inscripción del miembro de CHIP Perinatal, o hasta que termine el período de inscripción de los otros niños, lo que ocurra después. En ese momento, usted podrá escoger otro plan de salud para los niños.

Usted puede pedir un cambio de plan de salud:

- por cualquier motivo dentro de 90 días de inscribirse en CHIP Perinatal;
- si usted se muda a un área de servicio diferente;
- por motivo justificado, en cualquier momento.

¿A quién llamo?

¿Tiene preguntas? Llame al 800-964-2777.

Inscripción simultánea en la cobertura de CHIP, CHIP Perinatal y Medicaid para ciertos recién nacidos

Si tiene otros hijos inscritos en el Programa CHIP, se los trasladará a Texas Children's Health Plan. Los copagos, la distribución de costos y las tarifas de inscripción aún se aplican a los niños inscritos en el Programa CHIP.

Los servicios de CHIP Perinatal son para los niños por nacer de mujeres embarazadas no aseguradas que no cumplen con los requisitos para Medicaid for Pregnant Women. Para cumplir con los requisitos, las mujeres embarazadas deben tener un ingreso igual o inferior al 202 % del FPL. En el caso de los clientes de CHIP Perinatal que estén en un 198% de la FPL o por debajo, la madre debe solicitar Medicaid de emergencia para cubrir su trabajo de parto y parto. Si el trabajo de parto y el parto de la madre están cubiertos por Medicaid de emergencia, su hijo recién nacido de CHIP Perinatal puede recibir 12 meses de cobertura continua de Medicaid desde la fecha de nacimiento. Los recién nacidos de CHIP Perinatal cuyas familias tienen ingresos superiores al 198 % del FPL reciben beneficios de CHIP durante 12 meses a partir de la fecha de nacimiento.

¿Alguien me puede interpretar cuando hablo con mi proveedor perinatal?

Who do I call?

Si necesita un intérprete, llame al departamento de Servicios para miembros al 866-959-6555 para solicitar uno.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Infórmenos si necesita estos servicios al menos 48 horas antes de su consulta. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555, TTY 800-735-2989 o 7-1-1.

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

Si necesita un intérprete en persona en el consultorio del proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555 al menos 48 horas antes de su consulta.

¿Qué sucede si recibo una factura de un proveedor perinatal?

Siempre muestre su tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan cuando reciba servicios médicos.

¿A quién llamo?

Si recibe una factura por servicios cubiertos, llame al proveedor y proporciónele su número de identificación de miembro de CHIP Perinatal para su hijo por nacer.

¿Qué información me solicitarán?

Necesitarán la información que figura en su tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinatal de Texas Children's Health Plan. Si todavía tiene problemas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 866-959-6555. Proporcione a Servicios para miembros su número de identificación de miembro de CHIP Perinatal e informe quién le envió la factura. Si recibe facturas por servicios que no están cubiertos, CHIP Perinatal NO pagará estas facturas.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto como sepa su nueva dirección, avise a la HHSC llamando al 2-1-1, actualizando su cuenta en YourTexasBenefits.com o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de Texas Children's Health Plan al 866-959-6555. Antes de recibir servicios de CHIP en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a Texas Children's Health Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de Texas Children's Health Plan hasta que la HHSC cambie su dirección.

¿Cómo funciona la renovación?

En el décimo mes de cobertura, recibirá un formulario de renovación de CHIP. Debe completarlo y enviarlo al estado. El estado decidirá si su hijo puede obtener Medicaid o CHIP. Llame a Texas Children's Health Plan al 866-959-6555 para obtener ayuda para completar la solicitud de renovación.

CHIP Perinatal – Derechos y responsabilidades

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?

Derechos del Miembro

1. Usted tiene derecho a 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 médicos, hospitales y otros proveedores.
2. Usted tiene derecho a 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 derecho a 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 derecho a saber el nombre y dirección de los hospitales y de otros proveedores perinatales del plan de salud.
5. Usted tiene derecho a escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente larga para que su hijo por nacer pueda obtener la atención adecuada cuando la necesite.
6. Usted tiene derecho a 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 derecho a hablar en nombre del bebé por nacer en todas las decisiones de tratamiento.
9. Usted tiene derecho a recibir un trato justo del plan de salud y de los médicos, hospitales y otros proveedores.
10. Usted tiene derecho a hablar en privado con el proveedor perinatal, y de que sus expedientes médicos se mantengan confidenciales. Usted tiene derecho a ver y copiar sus expedientes médicos y de pedir que se hagan cambios a esos expedientes.
11. Usted tiene derecho a presentar quejas o apelaciones sobre Texas Children's Health Plan o el cuidado médico que le brinda Texas Children's Health Plan. Si el plan de salud dice que no pagará un servicio o beneficio perinatal cubierto que el médico de su hijo por nacer considera médicamente necesario, usted tiene derecho a que otro grupo, fuera del plan de salud, le diga si cree que su médico o el plan de salud tenían razón.
12. Usted tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otros proveedores perinatales pueden brindarle información sobre su estado de salud, cuidado médico o tratamiento o el de su hijo por nacer. Su plan de salud no puede impedirles que le brinden esta información, incluso si el cuidado médico o el tratamiento no es un servicio cubierto.
13. Usted tiene derecho al respeto, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad y la no discriminación. Eso incluye el derecho a:
    - Ser tratado de manera justa y con respeto.
    - Saber que sus registros médicos y las conversaciones con sus proveedores médicos se mantendrán privados y confidenciales.
14. Tener una conversación honesta sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
15. Usted tiene derecho a hacer recomendaciones a la política de derechos y responsabilidades.
16. Usted tiene derecho a participar con los médicos en la toma de decisiones sobre su cuidado médico y el de su hijo por nacer.

Responsabilidades del miembro

Usted y su plan de salud desean que su bebé nazca sano. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades.

1. Entender y conocer su responsabilidad de seguir los planes e instrucciones de cuidado médico acordados conjuntamente con sus médicos.
2. Usted tiene que tratar de tener hábitos sanos. Evite el tabaco y siga una dieta saludable.
3. Usted tiene que participar en las decisiones sobre la atención de su bebé por nacer.
4. Si tiene algún desacuerdo con el plan de salud, usted debe intentar resolverlo primero por medio del trámite de quejas del plan de salud.
5. Usted tiene que aprender qué es lo que el plan de salud cubre y no cubre. Lea el Manual del Programa de CHIP Perinatal para entender cómo funcionan las reglas.
6. Usted debe intentar llegar al consultorio del médico a tiempo. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.

7. Usted debe denunciar el mal uso de los servicios de CHIP Perinatal por parte de proveedores de atención médica, otros miembros o planes de salud.
8. Usted tiene que hablar con el proveedor sobre los medicamentos que le recete.
9. Usted es responsable de proporcionar la información (en la medida de lo posible) que Texas Children's y sus profesionales y proveedores médicos necesitan para brindarle cuidado.

Si cree que ha recibido un trato injusto o ha sufrido discriminación, llame al departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) al 800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en línea en www.hhs.gov/ocr.

Cuando no está satisfecho o tiene una queja

¿Qué hago si tengo una queja?

Nosotros queremos ayudarlo. Si tiene una queja, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555 para contarnos sobre su problema. Servicios para Miembros lo escuchará y anotará su queja. La mayoría del tiempo, podemos ayudarlo de inmediato o como máximo dentro de unos pocos días. Texas Children's Health Plan no puede tomar ninguna medida contra usted como resultado de la presentación de una queja.

Si tiene una inquietud que involucre la calidad de atención o servicio médico que está recibiendo, le alentamos a que primero lo discuta directamente con su médico. Si usted no está satisfecho con la solución, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555.

Si tiene alguna inquietud relacionada con la cobertura de servicios o suministros de Texas Children's Health Plan, llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555. Un representante de Servicios para Miembros actuará de inmediato para solucionar su problema. Si no está satisfecho con la solución, el representante de Servicios para Miembros presentará una queja en su nombre. También puede tener a alguien como un amigo, familiar o médico que presente una queja en su nombre. Se pueden presentar denuncias llamando o escribiendo a Servicios para Miembros.

Para presentar una queja, escriba o llame al:

Texas Children's Health Plan
Attention: Complaints and Appeals Coordinator
Servicios para Miembros
PO Box 301011, WLS 8360
Houston, TX 77230-1011
832-828-1002 o 866-959-6555

Asegúrese de incluir su nombre y el número de identificación de su tarjeta de miembro.

¿Cuánto tiempo tardará en procesarse mi reclamo?

Le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles en la que le informaremos que recibimos su reclamo. Le enviaremos una carta de resolución dentro de los 30 días calendario.

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

Puede presentar una queja en cualquier momento. Recibirá una carta en el plazo de 5 días hábiles en la que se le informará que se recibió su reclamo.

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme? ¿Tengo derecho a reunirme con un comité de apelación de reclamos?

Si no está satisfecho con nuestra respuesta, tiene derecho a apelar la decisión. Puede informarnos inicialmente llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 832-828-1002 o al 866-959-6555. Sin embargo, su solicitud deberá ser enviada por escrito. Un representante de miembros puede ayudarlo.

Para apelar la resolución de la queja, envíe una solicitud por escrito a:

Texas Children's Health Plan
Attention: Appeals Department
PO Box 301011, WLS 8390
Houston, TX 77230-1011

Dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de su apelación por escrito, Texas Children's Health Plan le enviará una carta en la que se le informará que recibió su apelación. El Coordinador de quejas y apelaciones coordinará que un Comité de Apelaciones vuelva a revisar su reclamo dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Al menos 5 días hábiles antes de la audiencia de la apelación, recibirá una carta con información importante sobre sus derechos de apelación. Puede presentarse ante el comité.

Después de la audiencia del comité de apelación, le enviaremos una carta de resolución dentro de los 30 días de recibir su solicitud de apelación por escrito.

Si todavía no está satisfecho con la respuesta a su reclamo, puede quejarse ante el departamento de Seguros de Texas (TDI) llamando al 800-252-3439. La línea de ayuda está abierta de 8 a. m. a 5 p. m., hora central, de lunes a viernes.

Si puede acceder a Internet, puede presentar su queja en línea en http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html y haciendo clic en el enlace del Portal de quejas en línea.

¿Tengo derecho a reunirme con un comité de apelación de reclamos?
Los miembros pueden elegir que su apelación de reclamo sea decidida por un comité de apelación de reclamos. El comité de apelaciones tendrá números iguales de:

- Personal de Texas Children's Health Plan,
- Proveedores, y
- Miembros.

Los miembros del comité de apelación no pueden haber sido parte del reclamo de ninguna manera. Los proveedores sabrán sobre el tipo de atención en la queja. Los miembros de CHIP en el comité de apelación tampoco pueden ser empleados de Texas Children's Health Plan.

Información proporcionada al miembro sobre el comité de apelación de reclamos:
A más tardar 5 días hábiles antes de que se reúna el comité de apelación de quejas, a menos que usted acepte lo contrario, Texas Children's Health Plan le dará al reclamante o a su representante:

- Cualquier información que Texas Children's Health Plan le muestre al comité de apelaciones,
- El tipo de proveedor al que se le solicitó ayuda, y
- El nombre y el cargo de cada miembro del personal de Texas Children's Health Plan en el comité de apelaciones.

Derechos del reclamante en la reunión con el comité de apelación de reclamos:
El miembro o su representante, si el miembro es menor de edad o está discapacitado, tiene derecho a:

- Reunirse en persona ante el comité de apelación;
- Tener otros testigos expertos;
- Pedirle a cualquier persona involucrada en la toma de la decisión que causó el reclamo que esté presente en la reunión y que se le haga preguntas.

No se permiten represalias.
Texas Children's Health Plan no sancionará a un miembro ni a otra persona por lo siguiente:

- Presentar una queja contra Texas Children's Health Plan.
- Apelar una decisión tomada por Texas Children's Health Plan.

Cuando la solicitud de servicios cubiertos de su médico no está aprobada o limitada

¿Qué puedo hacer si mi médico me solicita un servicio o medicamento que está cubierto, pero Texas Children's Health Plan lo rechaza o limita?
Texas Children's Health Plan puede rechazar los servicios si no son médicamente necesarios. Recibirá una carta en la que se le informará sobre la decisión.

¿Cómo averiguaré si los servicios no están aprobados?
Texas Children's Health Plan le enviará una carta si un servicio no está aprobado o limitado. La notificación se enviará dentro de los 3 días hábiles a partir del día en que el plan de salud reciba la solicitud de revisión. Si usted está en el hospital, la notificación se enviará por correo dentro de un día hábil.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación? ¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación? ¿Debo presentar mi solicitud por escrito? ¿Puede alguien de Texas Children's Health Plan ayudarme a presentar una apelación?
Si no está de acuerdo con la decisión de rechazar o limitar un servicio, tiene derecho a solicitar una apelación. Llame a Servicios para Miembros al 866-959-6555. Un representante del Servicio para miembros puede brindarle ayuda a presentar su solicitud de apelación. Su proveedor de atención médica, un amigo, un familiar, un asesor legal u otro representante también pueden representarlo y solicitar una apelación.

Tiene 60 días a partir de la fecha de la carta de negación, o de la fecha del servicio solicitado para enviarnos una apelación. Usted, su proveedor o el de su hijo pueden apelar verbalmente o por escrito. Si su solicitud de apelación se recibe verbalmente, le enviaremos a usted, o a su representante, un formulario de apelación. No está obligado a devolver el formulario completo, pero lo instamos a que nos ayude a solucionar su apelación. Si necesita más de 10 días para apelar, puede solicitar más tiempo. Puede tener 14 días más para presentar una apelación. Su solicitud de apelación será revisada y solucionada dentro de los 30 días a partir de la recepción de su solicitud.

Las solicitudes de apelación se pueden realizar por teléfono o por correo a:

Texas Children's Health Plan
Attention: Utilization Management Appeals Department
PO Box 301011 WLS 8390
Houston, TX 77230-1011
832-828-1002 o 866-959-6555

Le enviaremos una carta dentro de los 5 días posteriores a la recepción de su apelación para informarle que la recibimos. Completaremos la revisión de la apelación dentro de los 30 días. Si necesitamos más tiempo para revisar la apelación, le enviaremos una carta en la que le informaremos por qué necesitamos más tiempo.

¿Qué sucede si los servicios que necesito son para una emergencia o si estoy en el hospital?

En caso de emergencias o admisiones hospitalarias, puede solicitar una apelación acelerada.

¿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 plazo del proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo solicito una apelación acelerada? ¿Debo presentar mi solicitud por escrito? ¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación?

Puede llamar a Servicios para miembros al 832-828-1002 o al 866-959-6555 y pedir ayuda para solicitar una apelación. Un representante de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo. Su solicitud no tiene que ser por escrito. Su médico puede solicitar este tipo de apelación en su nombre.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Se revisará y establecerá una apelación expeditiva dentro de un día de la recepción de la solicitud. La decisión se entregará por teléfono o en persona. Otras apelaciones expeditivas se resolverán en un plazo de 3 días o se pueden extender hasta 14 días si se necesita más información.

¿Qué sucede si Texas Children's Health Plan rechaza la solicitud de una apelación acelerada?

Es posible que Texas Children's Health Plan decida que su apelación no debe ser acelerada. De ser así, seguiremos el proceso regular de apelación. Lo llamaremos para informarle que se seguirá el proceso regular. También le enviaremos una carta dentro de un día calendario con esta información. También le enviaremos una copia de la carta a su médico o al médico de su hijo. Esta carta le explicará el proceso completo de reclamo y apelación y le informará sobre sus derechos de apelación.

Si no está de acuerdo con la resolución que se ofrece al cierre de la apelación acelerada de nivel 1, se le permitirá presentar una apelación verbal seguida de una solicitud por escrito para una resolución de apelación acelerada de nivel 2.

Se entregará una decisión en el plazo de un día hábil a partir de la recepción de la solicitud. Se notifica verbalmente la determinación de apelación acelerada. Se envía una notificación por escrito dentro de los 3 días calendario.

Proceso de apelaciones de especialidad

El proveedor oficial puede solicitar una apelación de especialidad, que pide que un tipo específico de proveedor de especialidad revise el caso. El proveedor de atención médica que es de la misma especialidad, o similar, que el proveedor de atención médica que normalmente manejaría la condición médica u odontológica, el procedimiento o el tratamiento que se considera para la revisión, revisará el rechazo o la decisión que rechaza la apelación. El proveedor oficial debe solicitar este tipo de apelación dentro de los diez (10) días hábiles a partir de la fecha en que se solicitó o rechazó la apelación. Completaremos la apelación de especialidad y le enviaremos nuestra decisión por escrito a usted, o a su representante, y al proveedor que le brindó el servicio/tratamiento dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de la apelación de especialidad.

Cuándo puede solicitar una revisión externa

¿Qué es una revisión externa?

La revisión externa es una revisión hecha por fuera del rechazo de un servicio de su plan de salud que usted y su médico consideran médicamente necesario. EL proceso de revisión externa es administrado por MAXIMUS Federal Services para los miembros de CHIP. Esta organización no está relacionada con su médico ni con Texas Children's Health Plan. No hay costo alguno para usted por una revisión externa. Puede solicitar una revisión externa después de completar el proceso de apelación con Texas Children's Health Plan, o si Texas Children's Health Plan no ha aprobado un servicio que usted considera que es potencialmente mortal.

¿Cómo solicito una revisión externa?

Todas las solicitudes de revisión externa deben enviarse directamente a MAXIMUS Federal Services, la organización de revisión externa para los miembros de CHIP de Texas Children's Halth Plan.

Para solicitar una revisión externa, debe proporcionar la siguiente información: Nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, si la solicitud es acelerada o estándar, un formulario de designación de representante completo (si alguien está representándolo) y un resumen de la razón por la que no está de acuerdo con la decisión de Texas Children's Health Plan.

Debe completar el formulario de solicitud de revisión externa federal de la Comisión de Salud y Servicios Humano (HHS) que se envía con la carta de rechazo o apelación. Incluya su carta de negación de Texas Children's Health Plan cuando envíe por correo o envíe por fax su solicitud a MAXIMUS. Texas Children's Health Plan puede proporcionarle una copia. El formulario está disponible en el sitio web de Texas Children's Health Plan aquí: texaschildrenshealthplan.org/ExternalReview

Envíe su solicitud de revisión externa directamente a MAXIMUS a:

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

Si puede acceder a Internet, puede enviar la solicitud a través del portal en línea en externalappeal.cms.gov con la opción "solicitar una revisión en línea".

Si tiene alguna pregunta o inquietud durante el proceso de revisión externa, puede llamar a MAXIMUS.

¿Cuáles son los plazos para este proceso?
Puede solicitar una revisión externa dentro de los 4 meses posteriores a la recepción de la decisión de la apelación. El examinador de MAXIMUS Federal Services se comunicará inmediatamente con Texas Children's Health Plan cuando reciba la solicitud de revisión externa. En un plazo de cinco (5) días hábiles, Texas Children's Health Plan le dará al examinador todos los documentos e información utilizados para tomar la decisión de apelación interna.

Para solicitud de revisión externa estándar:
Usted o alguien que actúe en su nombre recibirá una notificación por escrito de la decisión final de la revisión externa lo antes posible. Recibirá una notificación a más tardar 45 días después de que el examinador reciba la solicitud de una revisión externa.

Para una solicitud de revisión externa acelerada o rápida:
El examinador de MAXIMUS le dará a Texas Children's Health Plan y a usted o a la persona que representándolo la decisión de la revisión externa tan pronto como lo requiera su estado médico. Recibirá una decisión a más tardar 72 horas de que hayamos recibido la solicitud. Usted o alguien que actúe en su nombre recibirá la decisión por teléfono.

Denunciar el despilfarro, abuso o fraude de CHIP

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude de CHIP?
Avísenos si cree que un médico, odontólogo, farmacéutico, otros tipos de proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios de CHIP está haciendo algo incorrecto. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

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

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

- Llame a la línea directa de la Oficina del Inspector General (OIG) al 800-436-6184;
- Visite https://oig.hhsc.state.tx.us/ y haga clic en la casilla roja "Informar fraude" para completar el formulario en línea, o
- Denúncielo directamente al plan de salud:
  Texas Children's Health Plan
  Fraud and Abuse Investigations
  PO Box 301011, WLS 8302
  Houston, TX 77230
  832-828-1320 o 866-959-6555
  Correo electrónico: TCHPSIU@texaschildrens.org

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 (médico, odontólogo, 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.

Revisión de nuevos procedimientos médicos

Como miembro, tiene derecho a que el plan de salud revise los nuevos procedimientos médicos. Estos pueden incluir pruebas y cirugías. Cada situación se revisa caso por caso. Revisamos cada procedimiento para asegurarnos de que usted recibe la atención adecuada. ¿Tiene preguntas? Llame al 866-959-6555.

Términos y definiciones

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

Reclamo: una queja formal que usted comunica a su seguro o plan de salud.

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

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): equipo indicado por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura de DME puede incluir, entre otros, equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para diabéticos.

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

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

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

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

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

Queja formal: una queja a su plan o seguro de salud.

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

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

Atención médica a domicilio: servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

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

Hospitalización: atención en un hospital que requiere admisión como paciente internado y que generalmente requiere una estadía de una noche.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención en un hospital que generalmente no requiere una estadía de una noche.

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

Red: centros, proveedores y compañías de suministro con los que su plan o el seguro de salud tiene contrato para brindar servicios de atención médica.

Proveedor no participante: proveedor que no tiene contrato con su seguro o plan de salud para brindarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener autorización de su seguro o plan de salud para obtener servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En muy pocos casos, como cuando no hay otros proveedores, el seguro de salud puede contratar a un proveedor no participante.

Proveedor participante: un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan de salud para brindarle servicios cubiertos.

Servicios médicos: servicios de atención médica que un médico autorizado o un médico especialista en osteopatía proporciona o coordina.

Plan: un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención médica.

Autorización previa: decisión tomada por su seguro o plan de salud de que un servicio de atención médica, un plan de tratamiento, un medicamento recetado o un equipo médico duradero que usted o su proveedor han solicitado son médicamente necesarios. Esta decisión o aprobación, a veces llamada autorización previa, aprobación previa o certificación previa, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

Prima: el monto que debe pagar por su seguro o plan de salud.

Cobertura de medicamentos recetados: seguro o plan de salud que ayuda a pagar los fármacos y medicamentos recetados.

Medicamentos recetados: fármacos y medicamentos que por ley requieren una receta.

Médico de atención primaria: un médico o médico especialista en osteopatía que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de atención primaria: un médico o médico especialista en osteopatía, enfermero profesional, especialista en enfermería clínica o asistente de médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor: un médico o médico especialista en osteopatía, profesional de atención médica o centro de atención médica autorizado, certificado o acreditado según lo exija la ley estatal.

Dispositivos y servicios de rehabilitación: servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana que se perdieron o deterioraron debido a una enfermedad, lesión o incapacidad de la persona.

Atención de enfermería especializada: servicios de enfermeros autorizados en su propio hogar o en un hogar de ancianos. Especialista: un médico especialista se centra en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Atención de urgencia: atención por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Línea telefónica de ayuda 24/7
Brindamos respuestas día y noche.

Siempre que necesites respuestas, la línea telefónica de ayuda 24/7 de Texas Children's Health Plan está disponible para ti. No esperes a que tu hijo empeore. ¡Llama cuando aparezcan los primeros síntomas! Puedes llamarnos **las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 800-686-3831.**

Nuestros enfermeros están disponibles para ayudarte con tus inquietudes de salud y a tomar decisiones informadas sobre tu salud o la de tu hijo. Llámanos cuando:

- No estás seguro si necesitas programar una cita con un médico.
- Necesites información sobre medicamentos, pruebas o procedimientos médicos.
- Desees saber cómo cuidar las erupciones y picaduras de insectos y si debes consultar a un médico.
- Estés en casa y no te sientes bien, pero no necesitas ver a un médico.
- Tengas preguntas generales y mucho más.

Texas Children's® Health Plan

CHIP | TEXAS STAR Su Plan de Salud ★ Su Opción | TEXAS STAR Kids Su Plan de Salud ★ Su Opción | TEXAS Health and Human Services

Llama a la línea telefónica de ayuda 24/7 para hablar con un enfermero:

800-686-3831

texaschildrenshealthplan.org/es

¡La buena salud comienza aquí!

HEALTHY REWARDS PROGRAM

En Texas Children's Health Plan, vamos mucho más que las necesidades médicas de nuestros miembros. Nuestro enfoque general para su bienestar incluye servicios, actividades y recompensas adicionales para que puedan comenzar y mantener estilos de vida saludables.

- **Embarazo saludable:** Servicios y recompensas para ayudar a nuestros miembros a dar a su bebé un comienzo saludable!
- **Salud y bienestar:** Los miembros pueden obtener recompensas solo por cuidar de su bienestar.
- **Juegos y ejercicios saludables:** Beneficios y recompensas para ayudar a los miembros a tener más fuerza y a tomar el control de su salud.
- **Ayuda adicional para familias:** Con servicios a de transporte y una línea telefónica de ayuda 24/7, ofrecemos un servicio excepcional que demuestra que realmente nos preocupamos por nuestros miembros.

Aprende sobre estos beneficios y más en **healthyrewardsprogram.org/es**

El Programa Healthy Rewards solo está disponible para los miembros activos de Texas Children's Health Plan. Pueden aplicarse restricciones y limitaciones. El intervalo de edad puede variar según el plan.

Texas Children's® Health Plan

CHIP | TEXAS STAR Su Plan de Salud ★ Su Opción | TEXAS STAR Kids Su Plan de Salud ★ Su Opción | TEXAS Health and Human Services