

**CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM HEALTH BENEFIT PLAN
EVIDENCE OF COVERAGE
HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION
NON-FEDERALLY QUALIFIED PLAN**

THIS EVIDENCE OF COVERAGE (CONTRACT) IS ISSUED TO YOU, WHOSE CHILD HAS ENROLLED IN **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN** HEALTH BENEFIT PLAN THROUGH THE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP). YOU AGREE TO ADHERE TO THESE PROVISIONS FOR COVERED HEALTH SERVICES BY COMPLETING THE ENROLLMENT FORM, PAYING THE APPLICABLE PREMIUM AND ACCEPTING THIS EVIDENCE OF COVERAGE. THIS DOCUMENT DESCRIBES YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES IN RELATION TO YOUR CHILD RECEIVING COVERED HEALTH SERVICES AND BENEFITS FROM **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN** THROUGH THE CHIP PROGRAM.

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

In association with:

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

1 IMPORTANT NOTICE

To obtain information or make a complaint:

2. YOU may contact YOUR health plan at 1-866-959-6555.

TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN

3. YOU may call **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN'S** toll-free telephone number for information or to make a complaint at

1-866-959-6555

4. YOU may also write to **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN** at

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

5. YOU may contact the Texas Department of Insurance to obtain information on companies, coverages, rights or complaints at

1-800-252-3439

6. YOU may write the Texas Department of Insurance

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

7. **PREMIUM OR CLAIM DISPUTES:** Should you have a dispute concerning YOUR premium or about a claim you should contact Texas Children's Health Plan first. If the dispute is not resolved, you may contact the Texas Department of Insurance.

ATTACH THIS NOTICE TO YOUR POLICY: This notice is for information only and does not become a part or condition of the attached document.

TABLE OF CONTENTS

I. INTRODUCTION

- A. YOUR CHILD'S Coverage under HEALTH PLAN.
- B. YOUR Contract with CHIP

II. DEFINITIONS

III. WHEN DOES AN ENROLLED CHILD BECOME COVERED?

IV. COST-SHARING

V. TERMINATION OF CHILD'S COVERAGE

- A. Disenrollment due to loss of CHIP eligibility
- B. Disenrollment by HEALTH PLAN

VI. PREGNANT MEMBERS AND INFANTS

VII. YOUR CHILD'S HEALTH COVERAGE

- A. Selecting YOUR CHILD'S Primary Care Physician or Primary Care Provider
- B. Changing YOUR CHILD'S Primary Care Physician or Primary Care Provider
- C. Children with Chronic, Disabling, or Life-Threatening Illnesses
- D. Emergency Services
- E. Out-of-Network Services
- F. Continuity of Treatment
- G. Notice of Claims
- H. Coordination of Benefits
- I. Subrogation

VIII. HOW DO I MAKE A COMPLAINT?

- A. Complaint Process
- B. Appeals to the HEALTH PLAN
- C. Internal Appeal of Adverse Determination
- D. External Review by Independent Review Organization
- E. Filing Complaints with the Texas Department of Insurance (TDI)
- F. Retaliation Prohibited

IX. GENERAL PROVISIONS

- A. Entire Agreement, Amendments
- B. Release and Confidentiality of Medical Records
- C. Clerical Error
- D. Notice
- E. Validity
- F. Conformity with State Law

X. ENROLLMENT PERIOD FAMILY COPAYMENT MAXIMUM

XI. SCHEDULE OF BENEFITS, EXCLUDED SERVICES AND COVERED HEALTH SERVICES

I. INTRODUCTION

A. YOUR CHILD'S Coverage under HEALTH PLAN

HEALTH PLAN provides benefits to YOUR CHILD for Covered Health Services under CHIP and determines whether particular health services are Covered Health Services, as described in **Section XI, SCHEDULE OF BENEFITS, EXCLUDED SERVICES AND COVERED HEALTH SERVICES**. If properly enrolled, YOUR CHILD is eligible for the benefits described in **Section XI**. All services must be provided by participating Physicians and Providers except for Emergency Services and for out-of-network services that are authorized by HEALTH PLAN. YOU have a Contract with HEALTH PLAN regarding matters stated in this Section I.A, as more fully described in this Contract.

B. YOUR Contract with CHIP

CHIP has determined that YOUR CHILD is eligible to receive Coverage and under what circumstances the Coverage will end. CHIP also has determined YOUR CHILD'S eligibility for other benefits under the CHIP program.

II. DEFINITIONS

ADMINISTRATOR: The contractor with the state that administers enrollment functions for CHIP health plans.

Adverse Determination: A decision that is made by US or OUR Utilization Review Agent that the health care services furnished or proposed to be furnished to a CHILD are not medically necessary or are experimental or investigational.

CHILD: Any child who CHIP has determined to be eligible for Coverage and who is enrolled under this Plan.

CHIP: The Children's Health Insurance Program which provides Coverage to each CHILD in accordance with an agreement between HEALTH PLAN and the Health and Human Services Commission of the State of Texas.

Copayment: The amount that You are required to pay when your CHILD uses certain Covered Health Services within the Health Benefit Plan. Once the Copayment is made, You are not required to make further payment for these Covered Health Services.

Covered Health Services or Covered Services or Coverage: Those Medically Necessary Services that are listed in **Section XI, SCHEDULE OF BENEFITS, EXCLUDED SERVICES AND COVERED HEALTH SERVICES**, of this Health Benefit Plan. Covered Services also include any additional services offered by the HEALTH PLAN as Value Added Services (VAS) in **Section XI, SCHEDULE OF BENEFITS, EXCLUDED SERVICES AND COVERED HEALTH SERVICES**, of this Health Benefit Plan.

Disability: A physical or mental impairment that substantially limits one or more of an individual's major life activities, such as caring for oneself, performing manual tasks, walking, seeing, hearing, speaking, breathing, learning, and/or working.

Emergency Behavioral Health Condition: Any condition, without regard to the nature or cause of the condition, which in the opinion of a prudent layperson possessing an average knowledge of health and medicine:

1. requires immediate intervention and/or medical attention without which a CHILD would present an immediate danger to themselves or others, or
2. that renders a CHILD incapable of controlling, knowing or understanding the consequences of their actions.

Emergency Condition: means an Emergency Medical Condition or an Emergency Behavioral Health Condition.

Emergency Medical Condition: A medical condition manifesting itself by acute symptoms of recent onset and sufficient severity (including severe pain), such that a prudent layperson, who possesses an average knowledge of health and medicine, could reasonably expect the absence of immediate medical care could result in:

1. placing the patient's health in serious jeopardy;
2. serious impairment to bodily functions;
3. serious dysfunction of any bodily organ or part;
4. serious disfigurement; or
5. in the case of a pregnant woman, serious jeopardy to the health of a woman or her unborn child.

Emergency Services and Emergency Care: covered inpatient and outpatient services furnished by a provider that is qualified to furnish such services and that are needed to evaluate or stabilize an Emergency Medical Condition and/or an Emergency Behavioral Health Condition, including post-stabilization care services.

Experimental and/or Investigational: A service or supply is Experimental and/or Investigational if WE determine that one or more of the following is true:

1. The service or supply is under study or in a clinical trial to evaluate its toxicity, safety or efficacy for a particular diagnosis or set of indications. Clinical trials include but are not limited to Phase I, II and III clinical trials.
2. The prevailing opinion within the appropriate specialty of the United States medical profession is that the service or supply needs further evaluation for the particular diagnosis or set of indications before it is used outside clinical trials or other research settings.

WE will determine if this item 2 is true based on:

- a. Published reports in authoritative medical literature; and
 - b. Regulations, reports, publications and evaluations issued by government agencies such as the Agency for Health Care Policy and Research, the National Institutes of Health, and the FDA.
3. In the case of a drug, a device or other supply that is subject to FDA approval:
 - a. It does not have FDA approval; or
 - b. It has FDA approval only under its Treatment Investigational New Drug regulation or a similar regulation;
 - c. It has FDA approval, but it is being used for an indication or at a dosage that is not an accepted off-label use. Unlabeled uses of FDA-approved drugs are not considered Experimental or Investigational if they are determined to be:
 - (i) included in one or more of the following medical compendia: The American Medical Association Drug Evaluations, The American Hospital Formulary Service Drug Information, The United States Pharmacopeia Information and other authoritative compendia as identified from time to time by the Secretary of Health and Human Services; or
 - (ii) in addition, the medical appropriateness of unlabeled uses not included in the compendia can be established based on supportive clinical evidence in peer-reviewed medical publications.
 4. The Physician's or Provider's institutional review board acknowledges that the use of the service or supply is Experimental or Investigational and subject to that board's approval.
 5. Research protocols indicate that the service or supply is Experimental or Investigational. This item 5, applies for protocols used by the CHILD'S Physician or Provider as well as for protocols used by other Physicians or Providers studying substantially the same service or supply.

Health Benefit Plan or Plan: The Coverage provided to CHILD issued by HEALTH PLAN providing Covered Health Services.

HEALTH PLAN: Texas Children's Health Plan, Inc. otherwise referred to as US, WE, or OUR.

Home Health Services: Health services provided at a CHILD'S home by health care personnel, as prescribed by the responsible Physician or other authority designated by the HEALTH PLAN.

Hospital: A licensed public or private institution as defined by Chapter 241, Texas Health and Safety Code, or in Subtitle C, Title 7, Texas Health and Safety Code.

Illness: A physical or mental sickness or disease.

Independent Review Organization: An entity that is certified by the Commissioner of Insurance under Chapter 4202 to conduct independent review of Adverse Determinations.

Injury or Accidental Injury: Accidental trauma or damage sustained by CHILD to a body part or system that is not the result of a disease, bodily infirmity or any other cause.

Life-threatening: A disease or condition for which the likelihood of death is probable unless the course of the disease or condition is interrupted.

Medically Necessary Services: Health services that are:

Physical:

- reasonable and necessary to prevent illness or medical conditions, or provide early screening, interventions, and/or treatments for conditions that cause suffering or pain, cause physical malformation or limitations in function, threaten to cause or worsen a Disability, cause illness or infirmity of a CHILD, or endanger life;
- provided at appropriate facilities and at the appropriate levels of care for the treatment of CHILD'S medical conditions;
- consistent with health care practice guidelines and standards that are issued by professionally recognized health care organizations or governmental agencies;
- consistent with diagnoses of the conditions
- no more intrusive or restrictive than necessary to provide a proper balance of safety, effectiveness, and efficiency;
- are not Experimental or Investigative; and
- are not primarily for the convenience of the CHILD or health care provider.

Behavioral:

- reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of a mental health or Chemical Dependency disorder to improve, maintain, or prevent deterioration of function resulting from the disorder;
- provided in accordance with professionally accepted clinical guidelines and standards of practice in behavioral health care;
- are not Experimental or Investigative; and
- are not primarily for the convenience of the CHILD or health care provider.

Medically Necessary Services must be furnished in the most appropriate and least restrictive setting in which services can be safely provided and must be provided at the most appropriate level or supply of service which can safely be provided and which could not be omitted without adversely affecting the CHILD'S physical and/or mental health or the quality of care provided.

Member: Any covered CHILD, up to age 19, who is eligible for benefits under Title XXI of the Social Security Act and who is enrolled in the Texas CHIP program.

Out-of-Area: Any location outside HEALTH PLAN'S CHIP Service Area.

Pediatrician: A Physician who is board eligible/board certified in pediatrics by the American Board of Pediatrics.

Physician: Anyone licensed to practice medicine in the State of Texas.

Primary Care Physician or Primary Care Provider(PCP): A physician or provider who has agreed with the HEALTH PLAN to provide a medical home to a CHILD and who is responsible for providing initial and primary care to patients, maintaining the continuity of patient care, and initiating referral for care.

Provider: Any institution, organization or person, other than a Physician, that is licensed to or otherwise authorized to provide a health care service in this state. The term includes, but is not limited to a hospital, doctor of chiropractic, pharmacist, registered nurse, optometrist, registered optician, pharmacy, skilled nursing facility, or home health agency.

Serious Mental Illness: The following psychiatric illnesses as defined by the American Psychiatric Association in the Diagnostic and Statistical Manual (DSM):

1. schizophrenia;
2. paranoid and other psychotic disorders;
3. bipolar disorders (hypomanic, manic, depressive, and mixed);
4. major depressive disorders (single episode or recurrent);
5. schizo-affective disorders (bipolar or depressive);
6. pervasive developmental disorders;
7. obsessive-compulsive disorders; and
8. depression in childhood and adolescence.

Service Area: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller and Wharton counties.

Specialist Physician: A participating Physician, other than a Primary Care Physician, under Contract with HEALTH PLAN to provide Covered Health Services upon referral by the Primary Care Physician or Primary Care Provider.

Urgent Behavioral Health Care: A behavioral health condition that requires attention and assessment within twenty-four (24) hours but that does not place the CHILD in immediate danger to himself or herself or others and the CHILD is able to cooperate with treatment.

Urgent Care: A health condition including an Urgent Behavioral Health Care that is not an emergency but is severe or painful enough to cause a prudent layperson, possessing the average knowledge of medicine, to believe that his or her condition requires medical treatment evaluation or treatment within twenty-four (24) hours by the CHILD's PCP or PCP designee to prevent serious deterioration of the CHILD's condition or health.

Usual and Customary Charge: The usual charge made by a group, entity, or person who renders or furnishes covered services, treatments or supplies; provided the charge is not in excess of the general level of charges made by others who render or furnish the same or similar services, treatments or supplies.

Utilization Review: The system for retrospective, concurrent, or prospective review of the medical necessity and appropriateness of Covered Health Services provided, being provided, or proposed to be provided to a CHILD. The term does not include elective requests for clarification of coverage.

Utilization Review Agent: An entity that is certified by the Commissioner of Insurance to conduct Utilization Review.

YOU and YOUR: The family or guardian of the CHILD.

III. WHEN DOES AN ENROLLED CHILD BECOME COVERED?

Children enrolling in CHIP for the first time, or returning to CHIP after disenrollment, will be enrolled the 1st day of the next month following completion of the enrollment process. Children covered by private insurance within 90 days of application may be subject to a waiting period which extends for a period of 90 days after the last date on which the applicant was covered under a health benefits plan.

IV. COST-SHARING

Enrollment fees and co-pays are based on your family's income. If you are required to pay an enrollment fee for your CHILD'S CHIP coverage, the fee is due with YOUR enrollment form.

No co-payments are required for preventive services or pregnancy-related assistance.

V. TERMINATION OF CHILD'S COVERAGE

A. Disenrollment due to loss of CHIP eligibility

Disenrollment may occur if YOUR CHILD loses CHIP eligibility. YOUR CHILD may lose CHIP eligibility for the following reasons:

1. "Aging-out" when CHILD turns nineteen;
2. Failure to re-enroll by the end of the 12-month coverage period;
3. Change in health insurance status, i.e., a CHILD enrolls in an employer-sponsored health plan;
4. Death of a CHILD;
5. CHILD permanently moves out of the state;
6. CHILD is enrolled in Medicaid or Medicare.
7. Failure to drop current insurance if CHILD was determined to be CHIP-eligible because health insurance cost under the current health plan totaled 10% or more of the family's net income.
8. CHILD'S parent or Authorized Representative requests (in writing) the voluntary disenrollment of a CHILD.
9. Failure to respond to a request of income verification during month six of the enrollment period (only required for certain families) or if the income information provided indicates that the family's income exceeds CHIP income limits.

B. Disenrollment by HEALTH PLAN

YOUR CHILD may be disenrolled by US, subject to approval by the Health and Human Services Commission, for the following reasons:

1. Fraud or intentional material misrepresentation made by YOU after 15 days written notice;
2. Fraud in the use of services or facilities after 15 days written notice;
3. Misconduct that is detrimental to safe Plan operations and the delivery of services;
4. CHILD no longer lives or resides in the Service Area.
5. CHILD is disruptive, unruly, threatening or uncooperative to the extent that CHILD's membership seriously impairs HEALTH PLAN's or Provider's ability to provide services to the CHILD or to obtain new members, and the CHILD's behavior is not caused by a physical or behavioral health condition.
6. CHILD steadfastly refuses to comply with HEALTH PLAN restrictions (e.g., repeatedly using emergency room in combination with refusing to allow HEALTH PLAN to treat the underlying medical condition).

We will not disenroll a CHILD based on a change in the CHILD'S health status, diminished mental capacity, or because of the amount of Medically Necessary Services that are used to treat the CHILD'S condition. WE will also not disenroll a CHILD because of uncooperative or disruptive behavior resulting from his or her special needs, unless this behavior seriously impairs OUR ability to furnish services to the CHILD or other enrollees.

VI. PREGNANT MEMBERS AND INFANTS

When WE receive notice from YOU, YOUR CHILD or YOUR CHILD'S Physician or Provider that a pregnancy has been diagnosed, WE will notify the HHSC Administrative Service Organization.

Depending on YOUR income and family size, the HHSC Administrative Service Organization may notify YOU and YOUR CHILD about her potential eligibility for Medicaid and of her ability to apply for Medicaid. In that situation, the Administrator will also provide appropriate resource information. A member who is potentially eligible for Medicaid must apply for Medicaid. A Member who is determined to be Medicaid-eligible will no longer be eligible for CHIP.

If YOUR CHILD is not eligible for Medicaid, the Administrator will extend YOUR CHILD'S eligibility period, if her eligibility would otherwise expire, to ensure that she continues coverage during her pregnancy and through the end of the second full month following the month of the baby's birth.

The HHSC Administrative Service Organization will enroll the newborn in the mother's CHIP plan prospectively, following standard cut-off rules.

VII. YOUR CHILD'S HEALTH COVERAGE

A. Selecting YOUR CHILD'S Primary Care Physician or Primary Care Provider

YOU shall, at time of enrollment in the HEALTH PLAN, select YOUR CHILD'S Primary Care Physician or Primary Care Provider (PCP). A female Member may select an Obstetrician/Gynecologist (OB/GYN) to provide Covered Health Services within the scope of the professional specialty practice of the OB/GYN. The selection shall be made from those Physicians and Providers listed in HEALTH PLAN'S published list of Physicians and Providers. YOU have the option to choose as a PCP a Family Practice Physician with experience in treating children, a Pediatrician, or other age-appropriate and qualified health care Provider.

YOU shall look to the selected PCP to direct and coordinate CHILD'S care, and recommend procedures and/or treatment.

B. Changing YOUR CHILD'S Primary Care Physician or Primary Care Provider

YOU may request a change in YOUR CHILD'S Primary Care Physician or Primary Care Provider and a change in YOUR CHILD'S OB/GYN. YOUR request must be made to HEALTH PLAN at least thirty (30) days prior to the requested effective date of the change.

C. Children with Chronic, Disabling or Life-threatening Illnesses

A CHILD who has a chronic, disabling or Life-threatening Illness may be eligible to receive services above and beyond those normally provided. If YOUR CHILD is identified as having special health care needs, YOUR CHILD will be eligible for Case Management Services for Children with Special Health Care Needs (CSHCN) through the Texas Department of State Health Services.

A CHILD who has a chronic, disabling, or Life-threatening Illness may apply to HEALTH PLAN'S medical director to use a non-primary Specialist Physician as a Primary Care Physician. The Specialist Physician must agree to the arrangement and agree to coordinate all of the CHILD'S health care needs.

D. Emergency Services

When YOUR CHILD is taken to a Hospital emergency department, free-standing emergency medical facility or to a comparable emergency facility, the treating Physician/Provider will perform a medical screening examination to determine whether a medical Emergency exists and will provide the treatment and stabilization of an Emergency Condition.

If additional care is required after the patient is stabilized, the treating Physician/Provider must contact HEALTH PLAN. HEALTH PLAN must respond within one hour of receiving the call to approve or deny Coverage of the additional care requested by the treating Physician/Provider.

If HEALTH PLAN agrees to the care as proposed by the treating Physician/Provider, or if HEALTH PLAN fails to approve or deny the proposed care within one hour of receiving the call, the treating Physician/Provider may proceed with the proposed care.

YOU should notify HEALTH PLAN within twenty-four (24) hours of any out-of-network Emergency Services, or as soon as reasonably possible.

E. Out-of-Network Services

If Covered Health Services are not available to YOUR CHILD through network Physicians or Providers, HEALTH PLAN, upon the request of a network Physician or Provider, shall allow referral to an out-of-network Physician or Provider and shall fully reimburse the out-of-network Physician or Provider at the Usual and Customary Charge or at an agreed upon rate. HEALTH PLAN further must provide for a review by a specialist of the same or similar specialty as the type of Physician or Provider to whom a referral is requested before HEALTH PLAN may deny a referral.

F. Continuity of Treatment

The contract between HEALTH PLAN and a Physician or Provider must provide that reasonable advance notice be given to YOU of the impending termination from the Plan of a Physician or Provider who is currently treating YOUR CHILD. The contract must also provide that the termination of the Physician or Provider contract, except for reasons of medical competence or professional behavior, does not release HEALTH PLAN from its obligation to reimburse the Physician or Provider who is treating YOUR CHILD of special circumstance, such as a CHILD who has a Disability, acute condition, Life-threatening Illness, or is past the twenty-fourth week of pregnancy, for YOUR CHILD'S care in exchange for continuity of ongoing treatment for YOUR CHILD then receiving medically necessary treatment in accordance with the dictates of medical prudence.

Special circumstance means a condition such that the treating Physician or Provider reasonably believes that discontinuing care by the treating Physician or Provider could cause harm to YOUR CHILD. Special circumstance shall be identified by the treating Physician or Provider who must request that YOUR CHILD be permitted to continue treatment under the Physician's or Provider's care and agree not to seek payment from YOU for any amount for which YOU would not be responsible if the Physician or Provider were still on HEALTH PLAN'S network. HEALTH PLAN shall reimburse the terminated Physician or Provider for YOUR CHILD'S ongoing treatment for ninety days from the effective date of the termination, or for nine months if YOUR CHILD has been diagnosed with a terminal Illness. For a CHILD who at the time of termination is past the twenty-fourth week of pregnancy, HEALTH PLAN shall reimburse the terminated Physician or Provider for treatment extending through delivery, immediate postpartum care, and follow-up checkup within six weeks of delivery.

G. Notice Of Claims

YOU should not have to pay any amount for Covered Health Services except for Copayments or Deductibles. If YOU receive a bill from a physician or provider that is more than your authorized Copayment or Deductible amounts, contact HEALTH PLAN.

H. Coordination of Benefits

Your CHILD'S coverage under CHIP is secondary when coordinating benefits with any other insurance coverage. This means that the coverage provided under CHIP will pay benefits for covered services that remain unpaid after any other insurance coverage has paid.

I. Subrogation

HEALTH PLAN receives all rights of recovery acquired by YOU or YOUR CHILD against any person or organization for negligence or any willful act resulting in illness or injury covered by HEALTH PLAN, but only to the extent of such benefits. Upon receiving such benefits from the HEALTH PLAN, YOU and YOUR CHILD are considered to have assigned such rights of recovery to HEALTH PLAN and YOU agree to give HEALTH PLAN any reasonable help required to secure the recovery.

VIII. HOW DO I MAKE A COMPLAINT?

A. Complaint Process

"Complaint" means any dissatisfaction expressed by YOU orally or in writing to US with any aspect of OUR operation, including but not limited to, dissatisfaction with plan administration; procedures related to review or appeal of an Adverse Determination, the denial, reduction, or termination of a service for reasons not related to medical necessity; the way a service is provided; or disenrollment decisions.

If YOU notify US orally or in writing of a Complaint, WE will, not later than the fifth business day after the date of the receipt of the Complaint, send to YOU a letter acknowledging the date WE received YOUR Complaint. If the Complaint was received orally, WE will enclose a one-page Complaint form clearly stating that the Complaint form must be returned to US for prompt resolution.

After receipt of the written Complaint or one-page Complaint form from YOU, WE will investigate and send YOU a letter with OUR resolution. The total time for acknowledging, investigating and resolving your Complaint will not exceed thirty (30) calendar days after the date WE receive YOUR Complaint.

YOUR Complaint concerning an Emergency or denial of continued stay for hospitalization will be resolved in one business day of receipt of YOUR Complaint. The investigation and resolution shall be concluded in accordance with the medical immediacy of the case.

YOU may use the appeals process to resolve a dispute regarding the resolution of YOUR Complaint.

B. Appeals to the HEALTH PLAN

1. If the Complaint is not resolved to YOUR satisfaction, YOU have the right either to appear in person before a Complaint appeal panel where YOU normally receive health care services, unless another site is agreed to by YOU, or to address a written appeal to the Complaint appeal panel. WE shall complete the appeals process not later than the thirtieth (30th) calendar day after the date of the receipt of the request for appeal.
2. WE shall send an acknowledgment letter to YOU not later the fifth day after the date of receipt of the request of the appeal.
3. WE shall appoint members to the Complaint appeal panel, which shall advise US on the resolution of the dispute. The Complaint appeal panel shall be composed of an equal number of OUR staff, Physicians or other Providers, and enrollees. A member of the appeals panel may not have been previously involved in the disputed decision.
4. Not later than the fifth business day before the scheduled meeting of the panel, unless YOU agree otherwise, WE shall provide to YOU or YOUR designated representative:
 - a. any documentation to be presented to the panel by OUR staff;
 - b. the specialization of any Physicians or Providers consulted during the investigation; and
 - c. the name and affiliation of each of OUR representatives on the panel.
5. YOU, or YOUR designated representative if YOU are a minor or disabled, are entitled to:
 - a. appear in person before the Complaint appeal panel;
 - b. present alternative expert testimony; and
 - c. request the presence of and question any person responsible for making the prior determination that resulted in the appeal.

6. Investigation and resolution of appeals relating to ongoing emergencies or denial of continued stays for hospitalization shall be concluded in accordance with the medical immediacy of the case but in no event to exceed one business day after YOUR request for appeal.

Due to the ongoing Emergency or continued Hospital stay, and at YOUR request, WE shall provide, in lieu of a Complaint appeal panel, a review by a Physician or Provider who has not previously reviewed the case and is of the same or similar specialty as typically manages the medical condition, procedure, or treatment under discussion for review of the appeal.

7. Notice of OUR final decision on the appeal must include a statement of the specific medical determination, clinical basis, and contractual criteria used to reach the final decision.

C. Internal Appeal of Adverse Determination

An "Adverse Determination" is a decision that is made by US or OUR Utilization Review Agent that the health care services furnished or proposed to be furnished to a CHILD are not medically necessary or appropriate.

If YOU, YOUR designated representative or YOUR CHILD'S Physician or Provider of record disagree with the Adverse Determination, YOU, YOUR designated representative or YOUR CHILD'S Physician or Provider may appeal the Adverse Determination orally or in writing.

Within 5 business days after receiving a written appeal of the Adverse Determination, WE or OUR Utilization Review Agent will send YOU, YOUR designated representative or YOUR CHILD'S Physician or Provider, a letter acknowledging the date of receipt of the appeal. The letter will also include a list of documents that YOU, YOUR designated representative or YOUR CHILD'S Physician or Provider should send to US or to OUR Utilization Review Agent for the appeal.

If YOU, YOUR designated representative or YOUR CHILD'S Physician or Provider orally appeal the Adverse Determination, WE or OUR Utilization Review Agent will send YOU, YOUR designated representative or YOUR CHILD'S Physician or Provider a one-page appeal form. YOU are not required to return the completed form, but WE encourage YOU to because it will help US resolve YOUR appeal.

Appeals of Adverse Determinations involving ongoing emergencies or denials of continued stays in a Hospital will be resolved no later than 1 business day from the date all information necessary to complete the appeal is received. All other appeals will be resolved no later than 30 calendar days after the date WE or OUR Utilization Review Agent receives the appeal.

D. External Review by Independent Review Organization

If the appeal of the Adverse Determination is denied, YOU, YOUR designated representative or YOUR CHILD'S Physician or Provider of record have the right to request a review of that decision by an Independent Review Organization (IRO). When WE or OUR Utilization Review Agent deny the appeal, YOU, YOUR designated representative or YOUR CHILD'S Physician or Provider will receive information on how to request an IRO review of the denial and the forms that must be completed and returned to begin the independent review process.

In circumstances involving a Life-threatening condition, YOUR CHILD is entitled to an immediate review by an IRO without having to comply with the procedures for internal appeals of Adverse Determinations. In Life-threatening situations, YOU, YOUR designated representative or YOUR CHILD'S Physician or Provider of record may contact US or OUR Utilization Review Agent by telephone to request the review by the IRO and WE or OUR utilization review agent will provide the required information.

When the IRO completes its review and issues its decision, WE will abide by the IRO's decision. WE will pay for the IRO review.

The appeal procedures described above do not prohibit YOU from pursuing other appropriate remedies, including injunctive relief, declaratory judgment, or other relief available under law, if YOU believe that the requirement of completing the appeal and review process places YOUR CHILD'S health in serious jeopardy.

E. Filing Complaints with the Texas Department of Insurance

Any person, including persons who have attempted to resolve complaints through OUR complaint system process and who are dissatisfied with the resolution, may report an alleged violation to the Texas Department of Insurance, P.O. Box 149104, Austin, Texas 78714-9104. Complaints to the Texas Department of Insurance may also be filed electronically at www.tdi.texas.gov.

The Commissioner of Insurance shall investigate a complaint against US to determine compliance within sixty (60) days after the Texas Department of Insurance's receipt of the Complaint and all information necessary for the Department to determine compliance. The Commissioner may extend the time necessary to complete an investigation in the event any of the following circumstances occur:

1. additional information is needed;
2. an on-site review is necessary;
3. WE, the Physician or Provider, or YOU do not provide all documentation necessary to complete the investigation; or
4. other circumstances beyond the control of the Department occur.

F. Retaliation Prohibited

1. WE will not take any retaliatory action, including refusal to renew coverage, against a CHILD because the CHILD or person acting on behalf of the CHILD has filed a Complaint against US or appealed a decision made by US.
2. WE shall not engage in any retaliatory action, including terminating or refusal to renew a contract, against a Physician or Provider, because the Physician or Provider has, on behalf of a CHILD, reasonably filed a Complaint against US or has appealed a decision made by US.

IX. GENERAL PROVISIONS

A. Entire Agreement, Amendments

This Contract, and any attachments or amendments are the Entire Agreement between YOU and HEALTH PLAN. To be valid, any changes to this Contract must be approved by an officer of HEALTH PLAN and attached to this Contract.

B. Release and Confidentiality of Medical Records

HEALTH PLAN agrees to maintain and preserve the confidentiality of any and all medical records of YOUR CHILD or YOUR family. However, by enrolling in HEALTH PLAN, YOU authorize the release of information, as permitted by law, and access to any and all of medical records of YOUR CHILD for purposes reasonably related to the provision of services under this Contract, to HEALTH PLAN, its agents and employees, YOUR CHILD'S Primary Care Physician or Primary Care Provider, participating Providers, outside Providers of Utilization Review Committee, CHIP and appropriate governmental agencies. HEALTH PLAN's privacy protections are described in more detail in its Notice of Privacy Practices. The Notice of Privacy Practices is available at www.TexasChildrensHealthPlan.org or you may request a copy by calling 1-866-959-6555.

C. Clerical Error

Clerical error or delays in keeping records for YOUR and YOUR CHILD'S Contract with CHIP:

1. Will not deny Coverage that otherwise would have been granted; and
2. Will not continue Coverage that otherwise would have terminated.

If any important facts given to the CHIP about YOUR CHILD are not accurate and they affect Coverage:

1. the true facts will be used by CHIP to decide whether Coverage is in force; and
2. any necessary adjustments and/or recoupments will be made.

D. Notice

Benefits under Workers' Compensation are not affected.

E. Validity

The unenforceability or invalidity of any provision of this Evidence of Coverage shall not affect the enforceability or validity of the rest of this Contract.

F. Conformity with State Law

Any provision of this Contract that is not in conformity with the Texas HMO Act, and state or federal laws or regulations governing CHIP, or other applicable laws or regulations shall not be rendered invalid but shall be construed and applied as if it were in full compliance with the Texas HMO Act, state and federal laws or regulations governing CHIP, and other applicable laws or regulations.

X. ENROLLMENT PERIOD FAMILY COPAYMENT MAXIMUM

Under this plan, there is a limit per family on the Co-payments that YOU must pay for Covered Health Services each enrollment period. It is YOUR responsibility to keep up with how much YOU have paid for Covered Health Services and to provide proof to CHIP. CHIP will notify YOU of the amount of YOUR Co-payment maximum and will provide YOU with a simplified form that YOU can use to keep up with the amount of Co-payments that YOU have paid.

YOU must notify CHIP when the maximum Co-payment under the Plan has been paid. When YOU notify CHIP about reaching the Co-payment maximum, CHIP will issue a new Member ID Card for each CHILD in YOUR family. The new Member ID Card will notify participating Physicians and providers to waive Co-payments for the remainder of the enrollment period for the CHILD.

XI. SCHEDULE OF BENEFITS, EXCLUDED SERVICES AND COVERED HEALTH SERVICES

These health services when medically necessary must be furnished in the most appropriate and least restrictive setting in which services can be safely provided; must be provided at the most appropriate level or supply of service that can safely be provided and that could not be omitted without adversely affecting the Member's physical health or the quality of life.

Emergency Care is a covered CHIP service and must be provided in accordance with **Section VII. D. Emergency Services**. Please refer to **Section II Definitions**, for the definition of "Emergency and Emergency Condition" and the definition of "Emergency Services and Emergency Care" to determine if an Emergency Condition exists.

There is no lifetime maximum on benefits; however, 12-month, enrollment period or lifetime limitations do apply to certain services, as specified in the Schedule of Benefits. Co-payments apply until a family reaches its specific enrollment period co-payment maximum. Co-payments do not apply to preventive services or pregnancy-related assistance.

**PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS
PRUEBA DE COBERTURA
ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD
PLAN SIN AUTORIZACIÓN FEDERAL**

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

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

En asociación con:

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

1 AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o presentar una queja:

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

TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN

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

1-866-959-6555

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

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

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

1-800-252-3439

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

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
FAX # (512) 475-1771

Sitio web: <http://www.tdi.texas.gov>

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

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

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

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

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

II. DEFINICIONES

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

IV. COSTOS COMPARTIDOS

V. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO

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

VI. MIEMBROS EMBARAZADAS Y BEBÉS

VII. LA COBERTURA DE SALUD DE SU HIJO

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

VIII. ¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?

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

IX. DISPOSICIONES GENERALES

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

X. MÁXIMO COPAGO FAMILIAR POR PERIODO DE INSCRIPCIÓN

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

I. INTRODUCCIÓN

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

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

B. SU Contrato con CHIP

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

II. DEFINICIONES

ADMINISTRADOR: El contratista con el estado que administra las funciones de inscripción para los planes de salud de CHIP.

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

Área de Servicios: Los condados de Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller y Wharton.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Copago: La cantidad que Usted debe pagar cuando su HIJO usa ciertos Servicios de Salud Cubiertos dentro del Plan de Beneficios de Salud. Después de realizar el Copago, Usted no debe hacer más pagos por estos Servicios de Salud Cubiertos.

Determinación Adversa: Una decisión tomada por NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización que estipula que los servicios de atención médica provistos o que se propone proveer a un NIÑO no son médicamente necesarios o son experimentales o en etapa de investigación.

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

Enfermedad: Un malestar o una dolencia físicos o mentales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicios Médicamente Necesarios: Los servicios de salud que son:

Físicos:

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

Conductual:

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

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

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

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

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

IV. COSTOS COMPARTIDOS

Las cuotas de inscripción y los copagos se basan en el ingreso de su familia. Si debe pagar una cuota de inscripción para la cobertura de CHIP para su HIJO, la cuota vence con SU forma de inscripción.

No se requiere de copagos para servicios preventivos o asistencia relacionada con el embarazo.

V. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO

A. Desafiliación por pérdida de elegibilidad para el CHIP

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

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

B. Desafiliación por el PLAN DE SALUD

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

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

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

VI. MIEMBROS EMBARAZADAS Y BEBÉS

Cuando NOSOTROS recibimos aviso de USTED, de SU HIJA o del Médico o Proveedor de SU HIJA de que se ha diagnosticado un embarazo, NOSOTROS notificaremos a la Organización de Servicios Administrativos de la HHSC.

Según SUS ingresos y el tamaño de su familia, la Organización de Servicios Administrativos de la HHSC podría notificar a USTED y a SU HIJA acerca de la potencial elegibilidad para obtener Medicaid de la niña y de la posibilidad para que ella solicite Medicaid. En esa situación, el Administrador también proporcionará información sobre recursos adecuados. Una miembro que es potencialmente elegible para obtener Medicaid debe solicitar Medicaid. Una miembro que se determina que es elegible para obtener Medicaid ya no será elegible para obtener CHIP.

Si SU HIJA no es elegible para obtener Medicaid, el Administrador prolongará el periodo de elegibilidad de SU HIJA, si la elegibilidad se venciera por algún otro motivo, para garantizar que la cobertura continúa durante el embarazo y hasta el final del segundo mes completo posterior al mes del nacimiento del bebé.

La Organización de Servicios Administrativos de la HHSC inscribirá al recién nacido en el plan CHIP de la madre prospectivamente, siguiendo las reglas estándares de corte del servicio.

VII. LA COBERTURA DE SALUD DE SU HIJO

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

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

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

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

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

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

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

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

E. Servicios de Emergencia

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

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

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

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

F. Servicios fuera de la red

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

G. Continuidad del tratamiento

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

Circunstancia especial significa una condición tal que el Médico o Proveedor tratante cree razonablemente que interrumpir la atención del Médico o Proveedor tratante podría perjudicar a SU HIJO. La circunstancia especial será identificada por el Médico o Proveedor tratante que debe solicitar que se permita que SU HIJO continúe el tratamiento bajo la atención del Médico o Proveedor y debe aceptar no cobrarle a USTED ninguna suma por la cual USTED no sería responsable si el Médico o Proveedor todavía perteneciera a la red del PLAN DE SALUD. El PLAN DE SALUD reembolsará al Médico o Proveedor que ya no pertenece a la red por el tratamiento en curso de SU HIJO por noventa días desde la fecha de finalización del acuerdo, o por nueve meses si han diagnosticado a SU HIJO una enfermedad terminal. Para una NIÑO que al momento de finalización tenga más de veinticuatro semanas de embarazo, el PLAN DE SALUD reembolsará al Médico o Proveedor que ya no pertenece a la red por el tratamiento que se realice hasta el parto, la atención inmediata de posparto y los controles posteriores dentro de las seis semanas del parto.

H. Aviso de reclamaciones

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

I. Coordinación de beneficios

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

J. Subrogación

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

VIII. ¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?

A. Proceso de las quejas

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

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

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

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

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

B. Apelaciones al PLAN DE SALUD

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

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

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

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

C. Apelación interna de determinación adversa

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

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

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

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

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

D. Revisión externa por una Organización Independiente de Revisión

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

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

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

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

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

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

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

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

F. Prohibición de represalias

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

IX. DISPOSICIONES GENERALES

A. Acuerdo Total, Enmiendas

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

B. Divulgación y confidencialidad de los registros médicos

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

C. Error administrativo

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

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

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

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

D. Aviso

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

E. Validez

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

F. Conformidad con las leyes estatales

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

X. MÁXIMO COPAGO FAMILIAR POR PERIODO DE INSCRIPCIÓN

Bajo este plan, hay un límite por familia para los Copagos que USTED debe pagar por los Servicios de Salud Cubiertos en cada periodo de inscripción. Es SU responsabilidad mantener el registro de cuánto USTED ha pagado por los Servicios de Salud Cubiertos y presentar pruebas a CHIP. CHIP lo notificará a USTED de la cantidad máxima de SU Copago y le proporcionará a USTED una forma simplificada que USTED puede usar para mantener el registro de la cantidad de Copagos que USTED ha pagado.

USTED debe notificar a CHIP cuando ha pagado el máximo Copago bajo el Plan. Cuando USTED notifica a CHIP acerca de alcanzar el máximo Copago, CHIP emitirá una nueva Tarjeta de Identificación de Miembro para cada NIÑO de SU familia. La nueva Tarjeta de Identificación de Miembro notificará a los Médicos y proveedores participantes para eximir los Copagos por el resto del periodo de inscripción del NIÑO.

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

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

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

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