



# CHIP and CHIP Perinatal Covered Services

Covered CHIP services must meet the CHIP definition of Medically Necessary Covered Services. The services supporting Members with ongoing or chronic conditions must be authorized in a manner that reflects the Member's ongoing need for such services and supports. There is no lifetime maximum on benefits; however, 12-month period or lifetime limitations do apply to certain services, as specified in the following chart. Co-pays apply until a family reaches its specific cost-sharing maximum.

Covered CHIP Perinatal services must meet the definition of Medically Necessary Covered Services. There is no lifetime maximum on benefits; however, 12-month enrollment period or lifetime limitations do apply to certain services, as specified in the following chart. Co-pays do not apply to CHIP Perinatal Members. CHIP Perinate Newborns are eligible for 12-months continuous coverage, beginning with the month of enrollment as a CHIP Perinate.

Covered Benefit	CHIP Members and CHIP Perinate Newborn Members
<b>Inpatient General Acute and Inpatient Rehabilitation Hospital Services</b>	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital-provided Physician or Provider services</li> <li>▪ Semi-private room and board (or private if medically necessary as certified by attending)</li> <li>▪ General nursing care</li> <li>▪ Special duty nursing when medically necessary</li> <li>▪ ICU and services</li> <li>▪ Member meals and special diets</li> <li>▪ Operating, recovery and other treatment rooms</li> <li>▪ Anesthesia and administration (facility technical component)</li> <li>▪ Surgical dressings, trays, casts, splints</li> <li>▪ Drugs, medications and biologicals</li> <li>▪ Blood or blood products that are not provided free-of-charge to the Member and their administration</li> <li>▪ X-rays, imaging and other radiological tests (facility technical component)</li> <li>▪ Laboratory and pathology services (facility technical component)</li> <li>▪ Machine diagnostic tests (EEGs, EKGs, etc.)</li> <li>▪ Oxygen services and inhalation therapy</li> <li>▪ Radiation and chemotherapy</li> <li>▪ Access to DSHS-designated Level III perinatal centers or Hospitals meeting equivalent levels of care</li> <li>▪ In-network or out-of-network facility and Physician services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section.</li> <li>▪ Hospital, physician and related medical services, such as anesthesia, associated with dental care</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inpatient services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero). Inpatient services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dilation and curettage (D&amp;C) procedures;</li> <li>▪ appropriate provider-administered medications;</li> <li>▪ ultrasounds, and</li> <li>▪ histological examination of tissue samples.</li> </ul> </li> <li>▪ Surgical implants</li> <li>▪ Other artificial aids including surgical implants</li> <li>▪ Inpatient services for a mastectomy and breast reconstruction include: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ all stages of reconstruction on the affected breast;</li> <li>▪ external breast prosthesis for the breast(s) on which medically necessary mastectomy procedure(s) have been performed</li> <li>▪ surgery and reconstruction on the other breast to produce symmetrical appearance; and</li> <li>▪ treatment of physical complications from the mastectomy and treatment of lymphedemas.</li> </ul> </li> <li>▪ Implantable devices are covered under Inpatient and Outpatient services and do not count towards the DME 12-month period limit</li> <li>▪ Pre-surgical or post-surgical orthodontic services for medically necessary treatment of craniofacial anomalies requiring surgical intervention and delivered as part of a proposed and clearly outlined treatment plan to treat: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cleft lip and/or palate; or</li> <li>▪ severe traumatic skeletal and/or congenital craniofacial deviations; or severe facial asymmetry secondary to skeletal defects, congenital syndromal conditions and/or tumor growth or its treatment.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Skilled Nursing Facilities (Includes Rehabilitation Hospitals)</b>	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Semi-private room and board</li> <li>▪ Regular nursing services</li> <li>▪ Rehabilitation services</li> <li>▪ Medical supplies and use of appliances and equipment furnished by the facility</li> </ul>
<b>Outpatient Hospital, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Hospital, Clinic (Including Health Center) and Ambulatory Health Care Center</b>	<p>Services include, but are not limited to, the following services provided in a hospital clinic or emergency room, a clinic or health center, hospital-based emergency department or an ambulatory health care setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ X-ray, imaging, and radiological tests (technical component)</li> <li>▪ Laboratory and pathology services (technical component)</li> <li>▪ Machine diagnostic tests</li> <li>▪ Ambulatory surgical facility services</li> <li>▪ Drugs, medications and biologicals</li> <li>▪ Casts, splints, dressings</li> <li>▪ Preventive health services</li> <li>▪ Physical, occupational and speech therapy</li> <li>▪ Renal dialysis</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respiratory services</li> <li>▪ Radiation and chemotherapy</li> <li>▪ Blood or blood products that are not provided free-of-charge to the Member and the administration of these products</li> <li>▪ Outpatient services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero). Outpatient services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dilation and curettage (D&amp;C) procedures;</li> <li>▪ appropriate provider-administered medications;</li> <li>▪ ultrasounds, and</li> <li>▪ histological examination of tissue samples.</li> </ul> </li> <li>▪ Facility and related medical services, such as anesthesia, associated with dental care, when provided in a licensed ambulatory surgical facility.</li> <li>▪ Surgical implants</li> <li>▪ Other artificial aids including surgical implants</li> <li>▪ Outpatient services provided at an outpatient hospital and ambulatory health care center for a mastectomy and breast reconstruction as clinically appropriate, include: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ all stages of reconstruction on the affected breast;</li> <li>▪ external breast prosthesis for the breast(s) on which medically necessary mastectomy procedure(s) have been performed</li> <li>▪ surgery and reconstruction on the other breast to produce symmetrical appearance; and</li> <li>▪ treatment of physical complications from the mastectomy and treatment of lymphedemas.</li> </ul> </li> <li>▪ Implantable devices are covered under Inpatient and Outpatient services and do not count towards the DME 12-month period limit</li> <li>▪ Pre-surgical or post-surgical orthodontic services for medically necessary treatment of craniofacial anomalies requiring surgical intervention and delivered as part of a proposed and clearly outlined treatment plan to treat: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cleft lip and/or palate; or</li> <li>▪ severe traumatic skeletal and/or congenital craniofacial deviations; or</li> <li>▪ severe facial asymmetry secondary to skeletal defects, congenital syndromal conditions and/or tumor growth or its treatment.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Physician/ Physician Extender Professional Services</b>	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ American Academy of Pediatrics recommended well-child exams and preventive health services (including, but not limited to, vision and hearing screening and immunizations)</li> <li>▪ Physician office visits, inpatient and outpatient services</li> <li>▪ Laboratory, x-rays, imaging and pathology services, including technical component and/or professional interpretation</li> <li>▪ Medications, biologicals and materials administered in Physician’s office</li> <li>▪ Allergy testing, serum and injections</li> <li>▪ Professional component (in/outpatient) of surgical services, including: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surgeons and assistant surgeons for surgical procedures including appropriate follow-up care</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Administration of anesthesia by Physician (other than surgeon) or CRNA</li> <li>▪ Second surgical opinions</li> <li>▪ Same-day surgery performed in a Hospital without an over-night stay</li> <li>▪ Invasive diagnostic procedures such as endoscopic examinations</li> <li>▪ Hospital-based Physician services (including Physician-performed technical and interpretive components)</li> <li>▪ Physician and professional services for a mastectomy and breast reconstruction include: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ all stages of reconstruction on the affected breast;</li> <li>▪ external breast prosthesis for the breast(s) on which medically necessary mastectomy procedure(s) have been performed</li> <li>▪ surgery and reconstruction on the other breast to produce symmetrical appearance; and</li> <li>▪ treatment of physical complications from the mastectomy and treatment of lymphedemas.</li> </ul> </li> <li>▪ In-network and out-of-network Physician services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section.</li> <li>▪ Physician services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero).</li> <li>▪ Physician services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dilation and curettage (D&amp;C) procedures;</li> <li>▪ appropriate provider-administered medications;</li> <li>▪ ultrasounds, and</li> <li>▪ histological examination of tissue samples.</li> </ul> </li> <li>▪ Physician services medically necessary to support a dentist providing dental services to a CHIP Member such as general anesthesia or intravenous (IV) sedation.</li> <li>▪ Pre-surgical or post-surgical orthodontic services for medically necessary treatment of craniofacial anomalies requiring surgical intervention and delivered as part of a proposed and clearly outlined treatment plan to treat: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cleft lip and/or palate; or</li> <li>▪ severe traumatic skeletal and/or congenital craniofacial deviations; or</li> <li>▪ severe facial asymmetry secondary to skeletal defects, congenital syndromal conditions and/or tumor growth or its treatment.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Prenatal Care and Pre-Pregnancy Family Services and Supplies</b></p>	<p>Covered, unlimited prenatal care and medically necessary care related to diseases, illness, or abnormalities related to the reproductive system, and limitations and exclusions to these services are described under inpatient, outpatient and physician services.</p> <p>Primary and preventive health benefits do not include pre-pregnancy family reproductive services and supplies, or prescription medications prescribed only for the purpose of primary and preventive reproductive health care.</p>

<b>Birthing Center Services</b>	Covers birthing services provided by a licensed birthing center. Limited to facility services (e.g., labor and delivery)  Limitation: Applies only to CHIP Members.
<b>Services Rendered by a Certified Nurse Midwife or physician in a licensed birthing center</b>	CHIP Members: Covers prenatal services and birthing services rendered in a licensed birthing center.  CHIP Perinate Newborn Members: Covers services rendered to a newborn immediately following delivery.
<b>Durable Medical Equipment (DME), Prosthetic Devices and Disposable Medical Supplies</b>	\$20,000 12-month period limit for DME, prosthetics, devices and disposable medical supplies (diabetic supplies and equipment are not counted against this cap). Services include DME (equipment which can withstand repeated use and is primarily and customarily used to serve a medical purpose, generally is not useful to a person in the absence of Illness, Injury, or Disability, and is appropriate for use in the home), including devices and supplies that are medically necessary and necessary for one or more activities of daily living and appropriate to assist in the treatment of a medical condition, including: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orthotic braces and orthotics</li> <li>▪ Dental devices</li> <li>▪ Prosthetic devices such as artificial eyes, limbs, braces, and external breast prostheses</li> <li>▪ Prosthetic eyeglasses and contact lenses for the management of severe ophthalmologic disease</li> <li>▪ Hearing aids</li> <li>▪ Diagnosis-specific disposable medical supplies, including diagnosis-specific prescribed specialty formula and dietary supplements. (See Attachment A)</li> </ul>
<b>Home and Community Health Services</b>	Services that are provided in the home and community, including, but not limited to: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Home infusion</li> <li>▪ Respiratory therapy</li> <li>▪ Visits for private duty nursing (R.N., L.V.N.)</li> <li>▪ Skilled nursing visits as defined for home health purposes (may include R.N. or L.V.N.).</li> <li>▪ Home health aide when included as part of a plan of care during a period that skilled visits have been approved.</li> <li>▪ Speech, physical and occupational therapies.</li> <li>▪ Services are not intended to replace the CHILD'S caretaker or to provide relief for the caretaker</li> <li>▪ Skilled nursing visits are provided on intermittent level and not intended to provide 24-hour skilled nursing services</li> <li>▪ Services are not intended to replace 24-hour inpatient or skilled nursing facility services</li> </ul>
<b>Inpatient Mental Health Services</b>	Mental health services, including for serious mental illness, furnished in a free-standing psychiatric hospital, psychiatric units of general acute care hospitals and state-operated facilities, including, but not limited to: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neuropsychological and psychological testing.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ When inpatient psychiatric services are ordered:             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) by a court of competent jurisdiction pursuant to the Texas Health and Safety Code Chapters 573, Subchapters B and C, or 574, Subchapter D: or</li> <li>(2) as a condition of probation.</li> </ol> </li> </ul> <p>The court order serves as binding determination of medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination. These requirements are not applicable when the Member is considered incarcerated, as defined by UMCM Section 16.1.15.2.</p> <p>Does not require PCP referral</p>
<p><b>Outpatient Mental Health Services</b></p>	<p>Mental health services, including for serious mental illness, provided on an outpatient basis, including, but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The visits can be furnished in a variety of community-based settings (including school and home-based) or in a state-operated facility Neuropsychological and psychological testing</li> <li>▪ Medication management</li> <li>▪ Rehabilitative day treatments</li> <li>▪ Residential treatment services</li> <li>▪ Sub-acute outpatient services (partial hospitalization or rehabilitative day treatment)</li> <li>▪ Skills training (psycho-educational skill development)</li> <li>▪ When outpatient psychiatric services are ordered 1) by a court of competent jurisdiction pursuant to the Texas Health and Safety Code Chapters 573, Subchapters B and C, or 574, Subchapters A through G, Texas Family Code Chapter 55, Subchapter D:, or 2)as a condition of probation</li> <li>▪ The court order serves as binding determination of medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination. These requirements are not applicable when the Member is considered incarcerated, as defined by UMCM Section 16.1.15.2.</li> <li>▪ A Qualified Mental Health Provider – Community Services (QMHP-CS), is defined by the Texas Department of State Health Services (DSHS) in Title 25 Tex. Admin. Code., §412.303(48). QMHP-CSs shall be providers working through a DSHS-contracted Local Mental Health Authority or a separate DSHS-contracted entity. QMHP-CSs shall be supervised by a licensed mental health professional or physician and provide services in accordance with DSHS standards.</li> </ul> <p>Those services include individual and group skills training (which can be components of interventions such as day treatment and in-home services), M and family education, and crisis services</p> <p>Does not require PCP referral</p>
<p><b>Inpatient and Residential Substance Abuse Treatment Services</b></p>	<p>Services include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inpatient and residential substance abuse treatment services including detoxification and crisis stabilization, and 24-hour residential rehabilitation programs</li> <li>▪ When inpatient and residential substance use disorder treatment services are required as:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) a court order, consistent with Chapter 462, Subchapter D of the Texas Health and Safety Code;, or</li> </ol> </li> </ul>

	<p>2) as a condition of probation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The court order serves as a binding determination of medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination.</li> </ul> <p>These requirements are not applicable when the Member is considered incarcerated, as defined by UMCM Section 16.1.15.2</p> <p>Does not require PCP referral</p>
<p><b>Outpatient Substance Abuse Treatment Services</b></p>	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevention and intervention services that are provided by physician and non-physician providers, such as screening, assessment and referral for chemical dependency disorders.</li> <li>▪ Intensive outpatient services</li> <li>▪ Partial hospitalization</li> <li>▪ Intensive outpatient services is defined as an organized non-residential service providing structured group and individual therapy, educational services, and life skills training which consists of at least 10 hours per week for four to 12 weeks, but less than 24 hours per Day</li> <li>▪ Outpatient treatment service is defined as consisting of at least one to two hours per week providing structured group and individual therapy, educational services, and life skills training</li> <li>▪ When outpatient substance use disorder treatment services are required as: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) a court order, consistent with Chapter 462, Subchapter D of the Texas Health and Safety Code; or</li> <li>2) as a condition of probation the court order serves as a binding determination of medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination.</li> </ul> </li> </ul> <p>These requirements are not applicable when the Member is considered incarcerated, as defined by UMCM Section 16.1.15.2.</p> <p>Does not require PCP referral</p>
<p><b>Rehabilitation Services</b></p>	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habilitation (the process of supplying a child with the means to reach age-appropriate developmental milestones through therapy or treatment) and rehabilitation services include, but are not limited to the following:</li> <li>▪ Physical, occupational and speech therapy</li> <li>▪ Developmental assessment</li> </ul>
<p><b>Hospice Care Services</b></p>	<p>Services include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Palliative care, including medical and support services, for those children who have six (6) months or less to live, to keep Members comfortable during the last weeks and months before death</li> <li>▪ Treatment services, including treatment related to the terminal illness</li> <li>▪ Up to a maximum of 120 Days with a 6 month life expectancy</li> </ul> <p>Members electing hospice services may cancel this election at anytime</p> <p>Services apply to the hospice diagnosis</p>
<p><b>Emergency Services, including Emergency Hospitals, Physicians,</b></p>	<p>MCO cannot require authorization as a condition for payment for emergency conditions or labor and delivery.</p>

<b>and Ambulance Services</b>	<p>Covered services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Emergency services based on prudent lay person definition of emergency health condition</li> <li>▪ Hospital emergency department room and ancillary services and physician services 24 hours a Day, seven (7) Days a week, both by in-network and out-of- network providers</li> <li>▪ Medical screening examination</li> <li>▪ Stabilization services</li> <li>▪ Access to DSHS designated Level 1 and Level II trauma centers or hospitals meeting equivalent levels of care for emergency services</li> <li>▪ Emergency ground, air and water transportation</li> <li>▪ Emergency dental services, limited to fractured or dislocated jaw, traumatic damage to teeth, removal of cysts, and treatment relating to oral abscess of tooth or gum origin.</li> </ul>
<b>Transplants</b>	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Using up-to-date FDA guidelines, all non-experimental human organ and tissue transplants and all forms of non-experimental corneal, bone marrow and peripheral stem cell transplants, including donor medical expenses.</li> </ul>
<b>Vision Benefit</b>	<p>The health plan may reasonably limit the cost of the frames/lenses.</p> <p>Services include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ One (1) examination of the eyes to determine the need for and prescription for corrective lenses per 12-month period, without authorization</li> <li>▪ One (1) pair of non-prosthetic eyewear per 12-month period</li> </ul>
<b> chiropractic Services</b>	<p>Services do not require physician prescription and are limited to spinal subluxation</p>
<b>Tobacco Cessation Program</b>	<p>Covered up to \$100 for a 12-month period limit for a plan- approved program Health Plan defines plan-approved program. May be subject to formulary requirements.</p>
<b>Case Management and Care Coordination Services</b>	<p>These services include outreach informing, case management, care coordination and community referral.</p>
<b>Drug Benefits</b>	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outpatient drugs and biologicals; including pharmacy-dispensed and provider-administered outpatient drugs and biologicals; and</li> <li>▪ Drugs and biologicals provided in an inpatient setting.</li> </ul>

## CHIP EXCLUSIONS FROM COVERED SERVICES

- Inpatient and outpatient infertility treatments or reproductive services other than prenatal care, labor and delivery, and care related to disease, illnesses, or abnormalities related to the reproductive system
- Contraceptive medications prescribed only for the purpose of primary and preventive reproductive health care (i.e., cannot be prescribed for family planning)
- Personal comfort items including but not limited to personal care kits provided on inpatient admission, telephone, television, newborn infant photographs, meals for guests of Member, and other articles which are not required for the specific treatment of sickness or injury
- Experimental and/or investigational medical, surgical or other health care procedures or services which are not generally employed or recognized within the medical community
- Treatment or evaluations required by third parties including, but not limited to, those for schools, employment, flight clearance, camps, insurance or court other than a court of competent jurisdiction pursuant to the Texas Health and Safety Code Chapters 573, Subchapters Band C, 574, Subchapter D or 462, Subchapter D and Texas Family Code Chapter 55, Subchapter D.
- Private duty nursing services when performed on an inpatient basis or in a skilled nursing facility.
- Mechanical organ replacement devices including, but not limited to artificial heart
- Hospital services and supplies when confinement is solely for diagnostic testing purposes, unless otherwise pre-authorized by Health Plan
- Prostate and mammography screening
- Elective surgery to correct vision
- Gastric procedures for weight loss
- Cosmetic surgery/services solely for cosmetic purposes
- Dental devices solely for cosmetic purposes
- Out-of-network services not authorized by the Health Plan except for emergency care, and physician services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section, and services provided by an FQHC, as provided for in Section 8.1.22 of the Contract.
- Services, supplies, meal replacements or supplements provided for weight control or the treatment of obesity, except for the services associated with the treatment for morbid obesity as part of a treatment plan approved by the Health Plan
- Medications prescribed for weight loss or gain
- Acupuncture services, naturopathy and hypnotherapy
- Immunizations solely for foreign travel
- Routine foot care such as hygienic care
- Diagnosis and treatment of weak, strained, or flat feet and the cutting or removal of corns, calluses and toenails (this does not apply to the removal of nail roots or surgical treatment of conditions underlying corns, calluses or ingrown toenails)
- Replacement or repair of prosthetic devices and durable medical equipment due to misuse, abuse or loss when confirmed by the Member or the vendor
- Corrective orthopedic shoes
- Convenience items
- Over-the-counter medications
- Orthotics primarily used for athletic or recreational purposes
- Custodial care (care that assists a child with the activities of daily living, such as assistance in walking, getting in and out of bed, bathing, dressing, feeding, toileting, special diet

preparation, and medication supervision that is usually self-administered or provided by a parent. This care does not require the continuing attention of trained medical or paramedical personnel.) This exclusion does not apply to hospice services.

- Housekeeping
- Public facility services and care for conditions that federal, state, or local law requires be provided in a public facility or care provided while in the custody of legal authorities
- Services or supplies received from a nurse, which do not require the skill and training of a nurse
- Vision training and vision therapy
- Reimbursement for school-based physical therapy, occupational therapy, or speech therapy services are not covered except when ordered by a Physician/PCP
- Donor non-medical expenses
- Charges incurred as a donor of an organ when the recipient is not covered under this health plan
- Coverage while traveling outside of the United States and U.S. Territories (including Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, Commonwealth of Northern Mariana Islands, Guam, and American Samoa)

#### **EXCLUSIONS FROM COVERED SERVICES FOR CHIP PERINATES**

- For CHIP Perinates in families with income at or below the Medicaid eligibility threshold (Perinates who qualify for Medicaid once born), inpatient facility charges are not a covered benefit if associated with the initial Perinatal Newborn admission. "Initial Perinatal Newborn admission" means the hospitalization associated with the birth.
- Contraceptive medications prescribed only for the purpose of primary and preventive reproductive health care (i.e. cannot be prescribed for family planning)
- Inpatient and outpatient treatments other than prenatal care, labor with delivery, services related to (a) miscarriage and (b) a non-viable pregnancy, and postpartum care related to the covered unborn child until birth.
- Inpatient mental health services.
- Outpatient mental health services.
- Durable medical equipment or other medically related remedial devices.
- Disposable medical supplies, with the exception of a limited set of disposable medical supplies, when they are obtained from an authorized pharmacy provider.
- Home and community-based health care services.
- Nursing care services.
- Dental services.
- Inpatient substance abuse treatment services and residential substance abuse treatment services.
- Outpatient substance abuse treatment services.
- Physical therapy, occupational therapy, and services for individuals with speech, hearing, and language disorders.
- Hospice care.
- Skilled nursing facility and rehabilitation hospital services.
- Emergency services other than those directly related to the labor with delivery of the covered unborn child.
- Transplant services.
- Tobacco Cessation Programs.
- Chiropractic Services.

- Medical transportation not directly related to labor or threatened labor, miscarriage or non-viable pregnancy, and/or delivery of the covered unborn child.
- Personal comfort items including but not limited to personal care kits provided on inpatient admission, telephone, television, newborn infant photographs, meals for guests of Member, and other articles which are not required for the specific treatment related to labor with delivery or post partum care.
- Experimental and/or investigational medical, surgical or other health care procedures or services which are not generally employed or recognized within the medical community
- Treatment or evaluations required by third parties including, but not limited to, those for schools, employment, flight clearance, camps, insurance or court
- Private duty nursing services when performed on an inpatient basis or in a skilled nursing facility.
- Coverage while traveling outside of the United States and U.S. Territories (including Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, Commonwealth of Northern Mariana Islands, Guam, and American Samoa).
- Mechanical organ replacement devices including, but not limited to artificial heart
- Hospital services and supplies when confinement is solely for diagnostic testing purposes and not a part of labor with delivery
- Prostate and mammography screening
- Elective surgery to correct vision
- Gastric procedures for weight loss
- Cosmetic surgery/services solely for cosmetic purposes
- Out-of-network services not authorized by the Health Plan except for emergency care related to the labor with delivery of the covered unborn child and services provided by an FQHC, as provided in Section 8.1.22 of the Contract.
- Services, supplies, meal replacements or supplements provided for weight control or the treatment of obesity
- Medications prescribed for weight loss or gain
- Acupuncture services, naturopathy and hypnotherapy
- Immunizations solely for foreign travel
- Routine foot care such as hygienic care
- Diagnosis and treatment of weak, strained, or flat feet and the cutting or removal of corns, calluses and toenails (this does not apply to the removal of nail roots or surgical treatment of conditions underlying corns, calluses or ingrown toenails)
- Corrective orthopedic shoes
- Convenience items
- Over-the-counter medications
- Orthotics primarily used for athletic or recreational purposes
- Custodial care (care that assists with the activities of daily living, such as assistance in walking, getting in and out of bed, bathing, dressing, feeding, toileting, special diet preparation, and medication supervision that is usually self-administered or provided by a caregiver. This care does not require the continuing attention of trained medical or paramedical personnel.)
- Housekeeping
- Public facility services and care for conditions that federal, state, or local law requires be provided in a public facility or care provided while in the custody of legal authorities
- Services or supplies received from a nurse, which do not require the skill and training of a nurse

- Vision training, vision therapy, or vision services
- Reimbursement for school-based physical therapy, occupational therapy, or speech therapy services are not covered
- Donor non-medical expenses
- Charges incurred as a donor of an organ

## CHIP DME/SUPPLIES

**Note:** DME/SUPPLIES are not a covered benefit for CHIP Perinate Members (Unborn Child), with the exception of a limited set of disposable medical supplies, when they are obtained from an authorized pharmacy provider.

SUPPLIES	COVERED	EXCLUDED	COMMENTS / MEMBER CONTRACT PROVISIONS
Ace Bandages		X	Exception: If provided by and billed through the clinic or home care agency it is covered as an incidental supply.
Alcohol, rubbing		X	Over-the-counter supply.
Alcohol, swabs (diabetic)	X		Over-the-counter supply not covered, unless RX provided at time of dispensing.
Alcohol, swabs	X		Covered only when received with IV therapy or central line kits/supplies.
Ana Kit Epinephrine	X		A self-injection kit used by Members highly allergic to bee stings.
Arm Sling	X		Dispensed as part of office visit.
Attends (Diapers)	X		Coverage limited to children age 4 or over only when prescribed by a physician and used to provide care for a covered diagnosis as outlined in a treatment care plan
Bandages		X	
Basal Thermometer		X	Over-the-counter supply.
Batteries – initial	X	.	For covered DME items
Batteries – replacement	X		For covered DME when replacement is necessary due to normal use.
Betadine		X	See IV therapy supplies.
Books		X	
Clinitest	X		For monitoring of diabetes.
Colostomy Bags			See Ostomy Supplies.
Communication Devices		X	
Contraceptive Jelly		X	Over-the-counter supply. Contraceptives are not covered under the plan.
Cranial Head Mold		X	
Dental Devices	X		Coverage limited to dental devices used for treatment of craniofacial anomalies requiring surgical intervention.
Diabetic Supplies	X		Monitor calibrating solution, insulin syringes, needles, lancets, lancet device, and glucose strips.
Diapers/Incontinent Briefs/Chux	X		Coverage limited to children age 4 or over only when prescribed by a physician and used to provide care for a covered diagnosis as outlined in a treatment care plan
Diaphragm		X	Contraceptives are not covered under the plan.
Diastix	X		For monitoring diabetes.
Diet, Special		X	

SUPPLIES	COVERED	EXCLUDED	COMMENTS / MEMBER CONTRACT PROVISIONS
Distilled Water		X	
Dressing Supplies/Central Line	X		Syringes, needles, Tegaderm, alcohol swabs, Betadine swabs or ointment, tape. Many times these items are dispensed in a kit when includes all necessary items for one dressing site change.
Dressing Supplies/Decubitus	X		Eligible for coverage only if receiving covered home care for wound care.
Dressing Supplies/Peripheral IV Therapy	X		Eligible for coverage only if receiving home IV therapy.
Dressing Supplies/Other		X	
Dust Mask		X	
Ear Molds	X		Custom made, post inner or middle ear surgery
Electrodes	X		Eligible for coverage when used with a covered DME.
Enema Supplies		X	Over-the-counter supply.
Enteral Nutrition Supplies	X		Necessary supplies (e.g., bags, tubing, connectors, catheters, etc.) are eligible for coverage. Enteral nutrition products are not covered except for those prescribed for hereditary metabolic disorders, a non-function or disease of the structures that normally permit food to reach the small bowel, or malabsorption due to disease
Eye Patches	X		Covered for Members with amblyopia.

Formula		X	<p>Exception: Eligible for coverage only for chronic hereditary metabolic disorders a non-function or disease of the structures that normally permit food to reach the small bowel; or malabsorption due to disease (expected to last longer than 60 Days when prescribed by the physician and authorized by plan.) Physician documentation to justify prescription of formula must include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification of a metabolic disorder, dysphagia that results in a medical need for a liquid diet, presence of a gastrostomy, or disease resulting in malabsorption that requires a medically necessary nutritional product</li> </ul> <p>Does not include formula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For Members who could be sustained on an age-appropriate diet.</li> <li>• Traditionally used for infant feeding</li> <li>• In pudding form (except for clients with documented oropharyngeal motor dysfunction who receive greater than 50 percent of their daily caloric intake from this product)</li> <li>• For the primary diagnosis of failure to thrive, failure to gain weight, or lack of growth or for infants less than twelve months of age unless medical necessity is documented and other criteria, listed above, are met.</li> </ul> <p>Food thickeners, baby food, or other regular grocery products that can be blenderized and used with an enteral system that are <i>not</i> medically necessary, are not covered, regardless of whether these regular food products are taken orally or parenterally.</p>
---------	--	---	--

SUPPLIES	COVERED	EXCLUDED	COMMENTS / MEMBER CONTRACT PROVISIONS
Gloves		X	Exception: Central line dressings or wound care provided by home care agency.
Hydrogen Peroxide		X	Over-the-counter supply.
Hygiene Items		X	
Incontinent Pads	X		Coverage limited to children age 4 or over only when prescribed by a physician and used to provide care for a covered diagnosis as outlined in a treatment care plan
Insulin Pump (External) Supplies	X		Supplies (e.g., infusion sets, syringe reservoir and dressing, etc.) are eligible for coverage if the pump is a covered item.
Irrigation Sets, Wound Care	X		Eligible for coverage when used during covered home care for wound care.
Irrigation Sets, Urinary	X		Eligible for coverage for individual with an indwelling urinary catheter.
IV Therapy Supplies	X		Tubing, filter, cassettes, IV pole, alcohol swabs, needles, syringes and any other related supplies necessary for home IV therapy.
K-Y Jelly		X	Over-the-counter supply.
Lancet Device	X		Limited to one device only.
Lancets	X		Eligible for individuals with diabetes.
Med Ejector	X		
Needles and Syringes/Diabetic			See Diabetic Supplies
Needles and Syringes/IV and Central Line			See IV Therapy and Dressing Supplies/Central Line.
Needles and Syringes/Other	X		Eligible for coverage if a covered IM or SubQ medication is being administered at home.
Normal Saline			See Saline, Normal
Novopen	X		
Ostomy Supplies	X		Items eligible for coverage include: belt, pouch, bags, wafer, face plate, insert, barrier, filter, gasket, plug, irrigation kit/sleeve, tape, skin prep, adhesives, drain sets, adhesive remover, and pouch deodorant.  Items not eligible for coverage include: scissors, room deodorants, cleaners, rubber gloves, gauze, pouch covers, soaps, and lotions.
Parenteral Nutrition/Supplies	X		Necessary supplies (e.g., tubing, filters, connectors, etc.) are eligible for coverage when the Health Plan has authorized the parenteral nutrition.

Saline, Normal	X		Eligible for coverage: a) when used to dilute medications for nebulizer treatments; b) as part of covered home care for wound care; c) for indwelling urinary catheter irrigation.
Stump Sleeve	X		
Stump Socks	X		
Suction Catheters	X		
Syringes			See Needles/Syringes.
Tape			See Dressing Supplies, Ostomy Supplies, IV Therapy Supplies.
Tracheostomy Supplies	X		Cannulas, Tubes, Ties, Holders, Cleaning Kits, etc. are eligible for coverage.
Under Pads			See Diapers/Incontinent Briefs/Chux.
Unna Boot	X		Eligible for coverage when part of wound care in the home setting. Incidental charge when applied during office visit.
Urinary, External Catheter & Supplies		X	Exception: Covered when used by incontinent male where injury to the urethra prohibits use of an indwelling
Urinary, Indwelling Catheter & Supplies	X		Cover catheter, drainage bag with tubing, insertion tray, irrigation set and normal saline if needed.
Urinary, Intermittent	X		Cover supplies needed for intermittent or straight catheterization.
Urine Test Kit	X		When determined to be medically necessary.
Urostomy supplies			See Ostomy Supplies.

## Servicios cubiertos de CHIP y CHIP Perinatal

Los servicios cubiertos de CHIP deben cumplir con la definición de CHIP de Servicios cubiertos médicamente necesarios. Los servicios que apoyen a Miembros con afecciones permanentes o crónicas deben contar con una autorización, de manera que se refleje la necesidad permanente del Miembro de tales servicios y apoyos. No existe un máximo de beneficios de por vida; sin embargo, se aplican limitaciones de un período de 12 meses o de por vida a ciertos servicios, como se especifica en la tabla siguiente. Los copagos se aplican hasta que una familia alcanza su máximo específico de costo compartido.

Los servicios cubiertos de CHIP Perinatal deben cumplir con la definición de Servicios cubiertos médicamente necesarios. No existe un máximo de beneficios de por vida; sin embargo, se aplican limitaciones de período de inscripción de 12 meses o de por vida a ciertos servicios, como se especifica en la tabla siguiente. Los copagos no se aplican a los Miembros de CHIP Perinatal. Los CHIP Perinate Newborns son elegibles para una cobertura continua de 12 meses, comenzando el mes de inscripción como CHIP Perinate.

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
<p><b>Paciente hospitalizado General Rehabilitación aguda y de paciente hospitalizado Servicios hospitalarios</b></p>	<p>Para CHIP Perinates en familias con ingresos en o por debajo del umbral de elegibilidad de Medicaid (Perinates que cumplan con los requisitos para Medicaid una vez nacidos), los cargos del centro no son un beneficio cubierto; sin embargo, los cargos por servicios profesionales asociados con el trabajo de parto son un beneficio cubierto.</p> <p>Para CHIP Perinates en familias con ingresos por encima del umbral de elegibilidad de Medicaid (Perinates que no cumplan con los requisitos para Medicaid una vez nacidos), los beneficios se limitan a cargos de servicio profesional y cargos del centro asociados con el trabajo de parto hasta el nacimiento, y servicios relacionados con el aborto espontáneo o un embarazo no viable.</p> <p>Entre los servicios se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quirófanos, salas de recuperación y otras salas de tratamiento</li> <li>▪ Anestesia y administración (componente técnico del útero) son un beneficio cubierto.</li> </ul> <p>Entre los servicios de hospitalización asociados con aborto espontáneo o embarazo no viable se incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ procedimientos de dilatación y curetaje (D y C);</li> <li>▪ medicamentos administrados por el proveedor adecuado;</li> <li>▪ ultrasonidos;</li> <li>▪ examen histológico de muestras de tejido. centro)</li> </ul> <p>Los servicios quirúrgicos médicamente necesarios se limitan a servicios que directamente se relacionen con el parto del niño por nacer, y servicios relacionados con aborto espontáneo o embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero).</p> <p>Servicios de hospitalización asociados con (a) aborto espontáneo o b) embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un feto que murió en el útero) son un beneficio cubierto. Entre los servicios de hospitalización asociados con aborto espontáneo o embarazo no viable se incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ procedimientos de dilatación y curetaje (D y C);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medicamentos administrados por el proveedor adecuado;</li> <li>▪ ultrasonidos; examen histológico de muestras de tejido.</li> </ul>
<b>Centros de enfermería especializada (incluidos hospitales de rehabilitación)</b>	No es un beneficio cubierto.
<b>Hospital ambulatorio, hospital integral de rehabilitación ambulatoria, clínica (incluidos centros de salud) y centro ambulatorio de atención médica</b>	<p>Los servicios incluyen los siguientes servicios prestados en una clínica hospitalaria o sala de urgencias, una clínica o un centro de salud, un servicio de urgencias hospitalario o un entorno de atención médica ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pruebas de rayos X, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico)</li> <li>▪ Servicios de laboratorio y patología (componente técnico)</li> <li>▪ Pruebas mecánicas de diagnóstico</li> <li>▪ Fármacos, medicamentos y productos biológicos que son medicamentos recetados e inyectables médicamente necesarios.</li> </ul> <p>Servicios ambulatorios asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Entre los servicios ambulatorios asociados con aborto espontáneo o embarazo no viable se incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ procedimientos de dilatación y curetaje (D y C);</li> <li>▪ medicamentos administrados por el proveedor adecuado;</li> <li>▪ ultrasonidos;</li> <li>▪ examen histológico de muestras de tejido.</li> </ul> <p>(1) Los servicios de laboratorio y radiológicos se limitan a los servicios que se relacionan directamente con el cuidado preparto o el parto del CHIP Perinate cubierto hasta el nacimiento.</p> <p>(2) El ultrasonido del útero embarazado es un beneficio cubierto cuando esté médicamente indicado. El ultrasonido puede estar indicado en caso de presuntos defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal, confirmación de la edad gestacional o aborto espontáneo o embarazo no viable.</p> <p>(3) La amniocentesis, la cordocentesis, la transfusión intrauterina fetal (FIUT) y la guía ultrasónica para la cordocentesis, FIUT son beneficios cubiertos con un diagnóstico apropiado.</p> <p>(4) Las pruebas de laboratorio se limitan a: pruebas en reposo, contracciones, pruebas de estrés, hemoglobina o hematocrito repetidos una vez por trimestre y en las semanas 32-36 de embarazo; o hemograma completo (CBC), análisis de proteína y glucosa en orina en cada consulta, tipo de sangre y detección de anticuerpos RH; repetir la prueba de detección de anticuerpos para mujeres Rh negativas a las 28 semanas seguidas de la administración de inmunoglobulina RHO si está indicado; anticuerpos frente a la rubéola, serología para sífilis, antígeno de superficie de la hepatitis B, citología cervical, prueba de embarazo, prueba de gonorrea, cultivo de orina, prueba de células falciformes, prueba de tuberculosis (TB), prueba de anticuerpos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), prueba de clamidia, otras pruebas de laboratorio no especificadas, pero consideradas médicamente necesarias, y detección de diversos marcadores de defectos del tubo neural (si el cliente inicia la atención entre las semanas 16 y 20); prueba de detección de diabetes gestacional en las semanas 24-28 del embarazo; otras pruebas de laboratorio según lo indique el estado médico del cliente.</p> <p>(5) Servicios quirúrgicos asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto que murió en el útero) son un beneficio cubierto.</p>
<b>Servicios profesionales de un médico/ servicios profesionales de un auxiliary médico</b>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios de un médico médicamente necesarios se limitan a servicios prenatales y cuidados posparto o el parto del niño por nacer cubierto hasta el nacimiento</li> <li>▪ Visitas al consultorio del médico, servicios de hospitalización y ambulatorios</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de laboratorio, radiografías, diagnóstico por imágenes y patología, incluidos componentes técnicos o interpretación profesional</li> <li>▪ Medicamentos, productos biológicos y materiales médicamente necesarios administrados en el consultorio del médico</li> <li>▪ Componente profesional (hospitalario/ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cirujanos y asistentes cirujanos para procedimientos quirúrgicos directamente relacionados con el trabajo de parto y el parto del niño por nacer cubierto hasta el nacimiento.</li> <li>▪ Administración de anestesia por parte de un médico (que no sea cirujano) o una enfermera anestésista certificada registrada</li> <li>▪ Procedimientos diagnósticos invasivos directamente relacionados con el trabajo de parto y el parto del niño por nacer.</li> <li>▪ Servicios quirúrgicos asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero).</li> </ul> </li> <li>▪ Servicios médicos hospitalarios (incluidos componentes técnicos e interpretativos realizados por el médico)</li> <li>▪ Componente profesional del ultrasonido del útero embarazado cuando esté médicamente indicado por sospecha de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal o confirmación de la edad gestacional.</li> <li>▪ Componente profesional de amniocentesis, cordocentesis, transfusión intrauterina fetal (FIUT) y guía ultrasónica para la amniocentesis, cordocentesis y FIUT.</li> <li>▪ Componente profesional asociado con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero).</li> <li>▪ Entre los servicios profesionales asociados con aborto espontáneo o embarazo no viable se incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ procedimientos de dilatación y curetaje (D y C);</li> <li>▪ medicamentos administrados por el proveedor adecuado;</li> <li>▪ ultrasonidos; examen histológico de muestras de tejido.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Atención prenatal y servicios y suministros preparto y familiares</b>	<p>Los servicios se limitan a una consulta inicial y consultas posteriores de atención prenatal (antes del parto) que incluyen lo siguiente:</p> <p>(1) Una (1) consulta cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo;</p> <p>(2) una (1) consulta cada dos (2) a tres</p> <p>(3) semanas de la semana 28 a la 36 de embarazo; (3) una (1) consulta por semana desde la semana 36 de embarazo hasta el parto.</p> <p>Se permiten consultas más frecuentes si se consideran médicamente necesarias. Los beneficios se limitan a lo siguiente:</p> <p>Límite de 20 consultas prenatales y dos (2) consultas posparto (en un máximo de 60 días) sin documentación de una complicación del embarazo. Para embarazos de alto riesgo pueden ser necesarias consultas más frecuentes. Las consultas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. La documentación que respalde la necesidad médica debe conservarse en los archivos del médico y está sujeta a revisión retrospectiva.</p> <p>Las consultas posteriores a la consulta inicial deben incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ antecedentes provisionales (problemas, estado civil, estado fetal);</li> <li>▪ examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo, posición y tamaño fetales, frecuencia cardíaca fetal, extremidades);</li> <li>▪ pruebas de laboratorio (análisis de proteína y glucosa en orina en cada consulta; hematocrito o hemoglobina repetidos una vez por trimestre y en las semanas 32-36 de embarazo; detección de diversos marcadores de anomalías fetales ofrecida en las semanas 16-20 de embarazo; repetir la prueba de</li> </ul>

	<p>detección de anticuerpos para mujeres Rh negativas a las 28 semanas seguida de la administración de inmunoglobulina Rho si está indicado; prueba de detección de diabetes gestacional en las semanas 24-28 de embarazo y otras pruebas de laboratorio según lo indique el estado médico del cliente).</p>
<p><b>Servicios del centro de maternidad</b></p>	<p>Cubre los servicios de parto proporcionados en un centro de maternidad autorizado. Limitado a los servicios del centro relacionados con el trabajo de parto y el parto.</p> <p>Solo se aplica a los miembros de CHIP Perinate (niño por nacer) con ingresos por encima del umbral de elegibilidad de Medicaid (que no cumplirán con los requisitos para Medicaid una vez nacidos).</p>
<p><b>Servicios prestados por una matrona certificada o un médico en un centro de maternidad autorizado</b></p>	<p>Cubre los servicios prenatales y los servicios de parto que se ofrecen en un centro de maternidad autorizado. Servicios prenatales sujetos a las siguientes limitaciones: los servicios se limitan a una consulta inicial y a las consultas prenatales posteriores (antes del parto) que incluyen lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) una (1) consulta cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo;</li> <li>(2) una (1) consulta cada dos (2) a tres</li> <li>(3) semanas de la semana 28 a la 36 semanas de embarazo;</li> <li>(4) una (1) consulta por semana desde la semana 36 de embarazo hasta el parto.</li> </ol> <p>Se permiten consultas más frecuentes si se consideran médicamente necesarias. Los beneficios se limitan a lo siguiente:</p> <p>Límite de 20 consultas prenatales y dos (2) consultas posparto (en un máximo de 60 días) sin documentación de una complicación del embarazo. Para embarazos de alto riesgo pueden ser necesarias consultas más frecuentes. Las consultas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. La documentación que respalde la necesidad médica debe conservarse y está sujeta a revisión retrospectiva.</p> <p>Las consultas posteriores a la consulta inicial deben incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ antecedentes provisionales (problemas, estado civil, estado fetal);</li> <li>▪ examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo, posición y tamaño fetales, frecuencia cardíaca fetal, extremidades);</li> <li>▪ pruebas de laboratorio (análisis de proteína y glucosa en orina en cada consulta; hematocrito o hemoglobina repetidos una vez por trimestre y en las semanas 32-36 de embarazo; detección de diversos marcadores de anomalías fetales ofrecida en las semanas 16-20 de embarazo; repetir la prueba de detección de anticuerpos para mujeres Rh negativas a las 28 semanas seguida de la administración de inmunoglobulina Rho si está indicado; prueba de detección de diabetes gestacional en las semanas 24-28 de embarazo y otras pruebas de laboratorio según lo indique el estado médico del cliente).</li> </ul>
<p><b>Equipamiento medico duradero (EMD), dispositivos protésicos y suministros medicos descartables</b></p>	<p>No es un beneficio cubierto, con la excepción de un conjunto limitado de suministros médicos descartables, y solo cuando se obtengan de un proveedor de farmacia inscrito en CHIP.</p>
<p><b>Servicios de salud en el hogar y la comunidad</b></p>	<p>No es un beneficio cubierto.</p>
<p><b>Servicios de salud mental hospitalarios</b></p>	<p>No es un beneficio cubierto.</p>

<b>Servicios de salud mental ambulatorios</b>	No es un beneficio cubierto.
<b>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias hospitalarios y residenciales</b>	No es un beneficio cubierto.
<b>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias ambulatorios</b>	No es un beneficio cubierto.
<b>Servicios de rehabilitación</b>	No es un beneficio cubierto.
<b>Servicios de cuidados de hospicio</b>	No es un beneficio cubierto.
<b>Servicios de urgencia, incluidos hospitales de urgencia, médicos y servicios de ambulancia</b>	<p>La MCO no puede requerir autorización como condición para el pago por afecciones de emergencia relacionadas con el trabajo de parto y el parto.</p> <p>Los servicios cubiertos se limitan a los servicios de urgencia que están directamente relacionados con el parto del niño por nacer hasta el nacimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de urgencia basados en la definición de una persona común prudente de estado de salud de urgencia</li> <li>▪ Examen médico de detección para determinar la urgencia cuando está directamente relacionado con el parto del niño cubierto.</li> <li>▪ Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto del niño por nacer cubierto.</li> <li>▪ El transporte de urgencia por tierra, aire y agua para el trabajo de parto y el parto amenazado es un beneficio cubierto</li> <li>▪ El transporte de urgencia por tierra, aire y agua por una urgencia asociada con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero) es un beneficio cubierto.</li> </ul> <p>Límites de beneficios: Los servicios posparto o las complicaciones que den como resultado la necesidad de servicios de urgencia para la madre del CHIP Perinate no son un beneficio cubierto.</p>
<b>Trasplantes</b>	No es un beneficio cubierto.
<b>Beneficio para la visión</b>	No es un beneficio cubierto.
<b>Servicios quiroprácticos</b>	No es un beneficio cubierto.
<b>Programa para dejar de fumar</b>	No es un beneficio cubierto.
<b>Servicios de gestión de casos y coordinación de atención</b>	Beneficio cubierto.
<b>Beneficios de medicamentos</b>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios; incluidos medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por la farmacia y administrados por el proveedor;</li> <li>▪ Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización.</li> </ul> <p>Los servicios deben ser médicamente necesarios para el niño por nacer.</p>

## EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS PARA CHIP PERINATES

- En el caso de los CHIP Perinates en familias con ingresos dentro o por debajo del umbral de elegibilidad de Medicaid (Perinates que cumplen con los requisitos para Medicaid una vez nacidos), los cargos de los centros de hospitalización no son un beneficio cubierto si están asociados con la admisión inicial del Perinatal Newborn. «Admisión inicial del Perinatal Newborn» significa la hospitalización asociada al nacimiento.
- Medicamentos anticonceptivos recetados únicamente para fines de atención primaria y preventiva de la salud reproductiva (es decir, no pueden recetarse para planificación familiar)
- Tratamientos hospitalarios y ambulatorios que no sean atención prenatal, trabajo de parto y parto, servicios relacionados con (a) aborto espontáneo y (b) un embarazo no viable, y atención posparto relacionada con el niño por nacer cubierto hasta el nacimiento.
- Servicios de salud mental hospitalarios.
- Servicios de salud mental ambulatorios.
- Equipamiento médico duradero u otros dispositivos correctivos relacionados con el uso médico.
- Suministros médicos descartables, a excepción de un conjunto limitado de suministros médicos descartables, cuando se obtengan de un proveedor de farmacia autorizado.
- Servicios de atención de salud basados en el hogar y la comunidad.
- Servicios de enfermería.
- Servicios dentales.
- Servicios de tratamiento del abuso de sustancias hospitalarios y servicios de tratamiento del abuso de sustancias residenciales.
- Servicios de tratamiento del abuso de sustancias ambulatorios.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios para personas con trastornos del habla, la audición y el lenguaje.
- Cuidados de hospicio.
- Centros de enfermería especializada y servicios hospitalarios de rehabilitación.
- Servicios de urgencia que no estén directamente relacionados con el trabajo de parto y el parto del niño por nacer cubierto.
- Servicios de trasplantes.
- Programas para dejar de fumar.
- Servicios quiroprácticos.
- Transporte médico no relacionado directamente con el trabajo de parto o el parto amenazado, aborto espontáneo o embarazo no viable, o el parto del niño por nacer cubierto.
- Artículos de confort personal, incluidos, entre otros, los kits de cuidado personal proporcionados en el ingreso hospitalario, teléfono, televisión, fotografías de recién nacidos, comidas para los invitados del Miembro y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento específico relacionado con el trabajo de parto y el parto o la atención posparto.
- Procedimientos o servicios de atención médica, quirúrgica o de investigación experimentales o de otro tipo que no se emplean o reconocen generalmente en la comunidad médica
- Tratamiento o evaluaciones requeridas por terceros, incluidos escuelas, empleo, autorización de vuelo, campamentos, seguro o tribunal, entre otros
- Servicios privados de enfermería cuando se realizan en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
- Cobertura cuando viaje fuera de los Estados Unidos y los territorios de EE. UU. (incluidos Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE. UU., el Estado Libre Asociado de Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Americana).
- Dispositivos mecánicos de sustitución de órganos, incluidos el corazón artificial, entre otros
- Servicios y suministros hospitalarios cuando el confinamiento sea únicamente para fines de pruebas diagnósticas y no como parte del trabajo de parto y el parto
- Cribado prostático y mamográfico
- Cirugía electiva para corregir la visión
- Procedimientos gástricos para la pérdida de peso
- Cirugía o servicios cosméticos exclusivamente para fines estéticos
- Servicios fuera de la red no autorizados por Health Plan, excepto para la atención de urgencia relacionada con el trabajo de parto y el parto del niño por nacer cubierto y los servicios proporcionados por un FQHC, según lo previsto en la sección 8.1.22 del Contrato.
- Servicios, suministros, reemplazos de comida o suplementos proporcionados para el control de peso o el tratamiento de la obesidad
- Medicamentos recetados para pérdida o aumento de peso
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia

- Vacunación únicamente para viajes al extranjero
- Cuidado rutinario de los pies, como cuidado higiénico
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, tensos o planos y corte o extracción de callos, callosidades y uñas de los pies (esto no se aplica a la extracción de raíces de las uñas ni al tratamiento quirúrgico de afecciones subyacentes a los callos, callosidades o uñas de los pies encarnadas)
- Calzado ortopédico correctivo
- Artículos de conveniencia
- Medicamentos de venta libre
- Ortopedia principalmente utilizada para propósitos atléticos o recreativos
- Cuidado de custodia (cuidado que ayuda a un niño con las actividades de la vida diaria, tales como ayuda para caminar, acostarse o levantarse de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparación de una dieta especial y supervisión de medicamentos que generalmente se autoadministran o son proporcionados por un cuidador. Esta atención no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado).
- Limpieza
- Servicios de centros públicos y atención de afecciones que las leyes federales, estatales o locales exigen que se brinden en un centro público o atención brindada mientras se esté bajo la custodia de autoridades legales
- Servicios o suministros recibidos de un miembro del personal de enfermería, que no requieren la habilidad y capacitación de este
- Capacitación en visión, terapia de visión o servicios de visión

## EMD O SUMINISTROS DE CHIP

**Nota:** Los EMD o SUMINISTROS no son un beneficio cubierto para los Miembros de CHIP Perinate (niño no nacido), con la excepción de un conjunto limitado de suministros médicos descartables, cuando se obtengan de un proveedor de farmacia autorizado.

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES PARA MIEMBROS
Vendas elásticas		X	Excepción: Si lo proporciona y factura la clínica o la agencia de atención domiciliaria, está cubierto como un suministro
Alcohol, isopropílico		X	Suministro de venta libre.
Alcohol, hisopos (diabéticos)	X		Suministro de venta libre no cubierto, a menos que se proporcione una receta en el momento del despacho.
Alcohol, hisopos	X		Cubierto solo cuando se recibe con terapia intravenosa o kits/suministros de línea central.
Epinefrina Ana Kit	X		Un kit de autoinyección utilizado por Miembros altamente alérgicos a las picaduras de abejas.
Arnés para brazos	X		Distribuido como parte de la consulta en el consultorio.
Attends (pañales)	X		La cobertura se limita a niños de 4 años o más solo cuando lo prescribe un médico y se usa para proporcionar atención para un diagnóstico cubierto como se describe en un plan de tratamiento
Vendas		X	
Termómetro basal		X	Suministro de venta libre.
Baterías : iniciales	X	.	Para elementos EMD cubiertos
Baterías : reemplazo	X		Para EMD cubierto cuando sea necesario reemplazarlas debido al uso normal.
Betadine		X	Consulte Suministros para terapia IV.
Libros		X	
Clinitest	X		Para el monitoreo de la diabetes.
Bolsas de colostomía			Consulte Suministros de ostomía.
Dispositivos de comunicación		X	
Jalea anticonceptiva		X	Suministro de venta libre. Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Molde de cabeza		X	
Dispositivos dentales	X		Cobertura limitada a dispositivos dentales utilizados para el tratamiento de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica.
Suministros para diabéticos	X		Solución de calibración del monitor, jeringas de insulina, agujas, lancetas, dispositivo de lanceta y tiras de glucosa.
Pañales/calzoncillos para la incontinencia/toallitas Chux	X		La cobertura se limita a niños de 4 años o más solo cuando lo prescribe un médico y se usa para proporcionar atención para un diagnóstico cubierto como se describe en un plan de tratamiento
Diafragma		X	Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Diastix	X		Para monitorear la diabetes.
Dieta, Especial		X	
Agua destilada		X	
Apósito Suministros/línea central	X		Jeringas, agujas, Tegaderm, hisopos con alcohol, hisopos o ungüentos Betadine, cinta adhesiva. Muchas veces estos artículos se distribuyen en un kit cuando se incluyen todos los elementos necesarios para un cambio de sitio del apósito.

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES PARA MIEMBROS
Apósito Suministros/decúbito	X		Elegible para cobertura solo si recibe cuidados domiciliarios cubiertos para el cuidado de heridas.
Apósito Suministros/terapia IV periférica	X		Elegible para cobertura solo si recibe terapia IV en casa.
Apósito Suministros/otros		X	
Máscara antipolvo		X	
Moldes para oído	X		Hecho a medida, después de la cirugía del oído interno o
Electrodos	X		Elegible para cobertura cuando se use con un EMD cubierto.
Suministros para enema		X	Suministro de venta libre.
Suministros de nutrición enteral	X		Los suministros necesarios (p. ej., bolsas, tubos, conectores, catéteres, etc.) son elegibles para la cobertura. Los productos de nutrición enteral no están cubiertos, excepto los prescritos para trastornos metabólicos hereditarios, una disfunción o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado o una malabsorción debida a una enfermedad
Parches oculares	X		Cubierto para miembros con ambliopía.

Fórmula		X	<p>Excepción: Elegible para cobertura solo para trastornos metabólicos hereditarios crónicos, una disfunción o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado; o malabsorción debido a una enfermedad (se espera que dure más de 60 días cuando lo prescriba el médico y lo autorice el plan). La documentación del médico para justificar la prescripción de la fórmula debe incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de un trastorno metabólico, disfgia que resulta en una necesidad médica de una dieta líquida, presencia de una gastrostomía, o enfermedad que resulta en una malabsorción que requiere un producto nutricional médicamente necesario</li> </ul> <p>No se incluye la fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para Miembros que podrían seguir una dieta adecuada para la edad;</li> <li>• utilizada tradicionalmente para la alimentación de lactantes;</li> <li>• en forma de pudín (excepto para clientes con disfunción motora orofaríngea documentada que reciben más del 50 por ciento de su ingesta calórica diaria de este producto);</li> <li>• para el diagnóstico primario de incapacidad para desarrollarse, incapacidad para ganar peso o falta de crecimiento o para bebés menores de doce meses de edad, a menos que se documente la necesidad médica y se cumplan otros criterios, enumerados anteriormente.</li> </ul> <p>Los espesantes de alimentos, alimentos para bebés u otros productos de alimentación normales que puedan licuarse y utilizarse con un sistema enteral que <i>no</i> sea médicamente necesario, no están cubiertos, independientemente de si estos productos alimenticios regulares se toman por vía oral o parenteral.</p>
---------	--	---	---

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES PARA MIEMBROS
Guantes		X	Excepción: Apósitos de línea central o cuidado de heridas proporcionado por un agente de cuidado
Peróxido de hidrógeno		X	Suministro de venta libre.
Artículos de higiene		X	
Protectores para la incontinencia	X		La cobertura se limita a niños de 4 años o más solo cuando lo prescribe un médico y se usa para proporcionar atención para un diagnóstico cubierto como se describe en un plan de tratamiento
Suministros de bomba de insulina (externos)	X		Los suministros (p. ej., sistemas de infusión, reservorio de jeringa y apósito, etc.) son aptos para la cobertura si la bomba es un elemento cubierto.
Conjuntos de irrigación, Cuidado de heridas	X		Elegible para la cobertura si se utiliza durante los cuidados domiciliarios cubiertos para el cuidado de heridas.
Conjuntos de irrigación, Urinario	X		Elegible para cobertura de una persona con un catéter urinario permanente.
Suministros para terapia IV	X		Tubos, filtro, casetes, portasueros, hisopos con alcohol, agujas, jeringas y cualquier otro suministro relacionado necesario para la terapia IV en casa.
K-Y Jelly		X	Suministro de venta libre.
Dispositivo de lanceta	X		Limitado a un solo dispositivo.
Lancetas	X		Elegible para personas con diabetes.
Eyector médico	X		
Agujas y jeringas/Diabéticos			Consulte Suministros diabéticos
Agujas y jeringas/IV y línea central			Consulte Terapia IV y Suministros de apósitos/línea central.
Agujas y jeringas/otros	X		Elegible para cobertura si un medicamento cubierto de IM o SubQ se administra en casa.
Solución salina normal			Consulte Solución salina, normal
Novopen	X		
Suministros de ostomía	X		Entre los artículos elegibles para cobertura se incluyen los siguientes: cinturón, pouch, bolsas, oblea, placa frontal, inserto, barrera, filtro, junta, tapón, kit/funda de irrigación, cinta, preparación de la piel, adhesivos, juegos de drenaje, eliminador de adhesivo y desodorante de pouch. Entre los artículos no elegibles para cobertura se incluyen los siguientes: tijeras, desodorantes de ambiente, limpiadores, guantes de goma, gasa, fundas de pouch, jabones y lociones.
Parenteral Nutrición/Suministros	X		Los suministros necesarios (p. ej., tubos, filtros, conectores, etc.) son elegibles para cobertura cuando Health Plan haya autorizado la nutrición parenteral.

SUMINISTROS	CUBIERO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES PARA MIEMBROS
Solución salina, normal	X		Elegible para cobertura: a) Cuando se utilice para diluir medicamentos para tratamientos con nebulizador; b) como parte de la atención domiciliaria cubierta para el cuidado de heridas; c) para la irrigación con catéter urinario permanente.
Manguito de muñón	X		
Medias para muñón	X		
Catéteres de succión	X		
Jeringas			Consulte Agujas/jeringas.
Cinta			Consulte Suministros de apósitos, Suministros de ostomía, Suministros de terapia IV.
Suministros de traqueotomía	X		Cánulas, tubos, bridas, soportes, kits de limpieza, etc. son elegibles para la cobertura.
Protectores			Consulte Pañales/calzoncillos para la incontinencia/toallitas
Unna Boot	X		Elegible para cobertura cuando forme parte del cuidado de la herida en el entorno doméstico. Cargo incidental cuando se aplique durante la consulta en el consultorio.
Urinario, catéter externo y suministros		X	Excepción: Cubierto cuando sea utilizado por un varón incontinente en casos en que la lesión de la uretra prohíbe el uso de un catéter permanente ordenado por el médico de cabecera y aprobado por el plan
Urinario, catéter permanente y suministros	X		Cubre catéter, bolsa de drenaje con tubo, bandeja de inserción, conjunto de irrigación y la solución salina normal, si es necesario.
Urinario, intermitente	X		Cubre los suministros necesarios para la cateterización intermitente o recta.
Kit de análisis de orina	X		Cuando se determine que es médicamente necesario.
Suministros de urostomía			Consulte Suministros de ostomía.