



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 Perinate Members (Unborn Child)
Inpatient General Acute and Inpatient Rehabilitation Hospital Services	<p>For CHIP Perinates in families with income at or below the Medicaid eligibility threshold (Perinates who qualify for Medicaid once born), the facility charges are not a covered benefit; however, professional services charges associated with labor with delivery are a covered benefit.</p> <p>For CHIP Perinates in families with income above the Medicaid eligibility threshold (Perinates who do not qualify for Medicaid once born), benefits are limited to professional service charges and facility charges associated with labor with delivery until birth, and services related to miscarriage or a non-viable pregnancy.</p> <p>Services include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Operating, recovery and other treatment rooms ▪ Anesthesia and administration (facility technical component) <p>Medically necessary surgical services are limited to services that directly relate to the delivery of the unborn child, and services related to miscarriage or non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero).</p> <p>Inpatient services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero) are a covered benefit. Inpatient services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dilation and curettage (D&C) procedures; ▪ appropriate provider-administered medications; ▪ ultrasounds, and ▪ histological examination of tissue samples.
Skilled Nursing Facilities (Includes Rehabilitation Hospitals)	<p>Not a covered benefit.</p>
Outpatient Hospital, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Hospital, Clinic (Including Health Center) and Ambulatory Health Care Center	<p>Services include, 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"> ▪ X-ray, imaging, and radiological tests (technical component) ▪ Laboratory and pathology services (technical component) ▪ Machine diagnostic tests ▪ Drugs, medications and biologicals that are medically necessary prescription and injection drugs. ▪ 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"> ▪ dilation and curettage (D&C) procedures; ▪ appropriate provider-administered medications; ▪ ultrasounds, and ▪ histological examination of tissue samples. <p>(1) Laboratory and radiological services are limited to services that directly relate to ante partum care and/or the delivery of the covered CHIP Perinate until birth.</p> <p>(2) Ultrasound of the pregnant uterus is a covered benefit when medically indicated. Ultrasound may be indicated for suspected genetic defects, high-risk pregnancy, fetal growth retardation, gestational age confirmation or miscarriage or nonviable pregnancy.</p> <p>(3) Amniocentesis, Cordocentesis, Fetal Intrauterine Transfusion (FIUT) and Ultrasonic Guidance for Cordocentesis, FIUT are covered benefits with an appropriate diagnosis.</p> <p>(4) Laboratory tests are limited to: nonstress testing, contraction, stress testing, hemoglobin or hematocrit repeated once a trimester and at 32-36 weeks of pregnancy; or complete blood count (CBC), urinalysis for protein and glucose every visit, blood type and RH antibody screen; repeat antibody screen for Rh negative women at 28 weeks followed by RHO immune globulin administration if indicated; rubella antibody titer, serology for syphilis, hepatitis B surface antigen, cervical cytology, pregnancy test, gonorrhea test, urine culture, sickle cell test, tuberculosis (TB) test, human immunodeficiency virus (HIV) antibody screen, Chlamydia test, other laboratory tests not specified but deemed medically necessary, and multiple marker screens for neural tube defects (if the client initiates care between 16 and 20 weeks); screen for gestational diabetes at 24-28 weeks of pregnancy; other lab tests as indicated by medical condition of client.</p> <p>(5) Surgical services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero) are a covered benefit.</p>
<p>Physician/ Physician Extender Professional Services</p>	<p>Services include, but are not limited to the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medically necessary physician services are limited to prenatal and postpartum care and/or the delivery of the covered unborn child until birth ▪ Physician office visits, inpatient and outpatient services Laboratory, x-rays, imaging and pathology services including technical component and /or professional interpretation ▪ Medically necessary medications, biologicals and materials administered in Physician's office ▪ Professional component (in/outpatient) of surgical services, including: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surgeons and assistant surgeons for surgical procedures directly related to the labor with delivery of the covered unborn child until birth. ▪ Administration of anesthesia by Physician (other than surgeon) or CRNA ▪ Invasive diagnostic procedures directly related to the labor with delivery of the unborn child. ▪ Surgical services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero.) ▪ Hospital-based Physician services (including Physician performed technical and interpretive components) ▪ Professional component of the ultrasound of the pregnant uterus when medically indicated for suspected genetic defects, high- risk pregnancy, fetal growth retardation, or gestational age confirmation. ▪ Professional component of Amniocentesis, Cordocentesis, Fetal Intrauterine Transfusion (FIUT) and Ultrasonic Guidance for Amniocentesis, Cordocentesis, and FIUT. ▪ Professional component associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero). ▪ Professional services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> ▪ dilation and curettage (D&C) procedures; ▪ appropriate provider-administered medications; ▪ ultrasounds, and

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ histological examination of tissue samples
Prenatal Care and Pre-Pregnancy Family Services and Supplies	<p>Services are limited to an initial visit and subsequent prenatal (ante partum) care visits that include:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) One (1) visit every four (4) weeks for the first 28 weeks or pregnancy; (2) one (1) visit every two (2) to three (3) weeks from 28 to 36 weeks of pregnancy; and (4) one (1) visit per week from 36 weeks to delivery. <p>More frequent visits are allowed as Medically Necessary. Benefits are limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limit of 20 prenatal visits and two (2) postpartum visits (maximum within 60 Days) without documentation of a complication of pregnancy. More frequent visits may be necessary for high-risk pregnancies. High-risk prenatal visits are not limited to 20 visits per pregnancy. Documentation supporting medical necessity must be maintained in the physician’s files and is subject to retrospective review. <p>Visits after the initial visit must include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ interim history (problems, marital status, fetal status); ▪ physical examination (weight, blood pressure, fundalheight, fetal position and size, fetal heart rate, extremities) and laboratory tests (urinalysis for protein and glucose every visit; hematocrit or hemoglobin repeated once a trimester and at 32-36 weeks of pregnancy; multiple marker screen for fetal abnormalities offered at 16-20 weeks of pregnancy; repeat antibody screen for Rh negative women at 28 weeks followed by Rho immune globulin administration if indicated; screen for gestational diabetes at 24-28 weeks of pregnancy; and other lab tests as indicated by medical condition of client).
Birthing Center Services	<p>Covers prenatal services and birthing services rendered in a licensed birthing center. Prenatal services subject to the following limitations: Services are limited to an initial visit and subsequent prenatal (ante partum) care visits that include:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) one (1) visit every four (4) weeks for the first 28 weeks or pregnancy; (2) one (1) visit every two (2) to three weeks from 28 to 36 weeks of pregnancy; and (3) one (1) visit per week from 36 weeks to delivery. <p>More frequent visits are allowed as Medically Necessary. Benefits are limited to:</p> <p>Limit of 20 prenatal visits and two (2) postpartum visits (maximum within 60 Days) without documentation of a complication of pregnancy. More frequent visits may be necessary for high-risk pregnancies. High-risk prenatal visits are not limited to 20 visits per pregnancy. Documentation supporting medical necessity must be maintained and is subject to retrospective review.</p> <p>Visits after the initial visit must include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ interim history (problems, marital status, fetal status); ▪ physical examination (weight, blood pressure, fundal height, fetal position and size, fetal heart rate, extremities) and ▪ laboratory tests (urinalysis for protein and glucose every visit; hematocrit or hemoglobin repeated once a trimester and at 32-36 weeks of pregnancy; multiple marker screen for fetal abnormalities offered at 16-20 weeks of pregnancy; repeat antibody screen for Rh negative women at 28 weeks followed by Rho immune globulin administration if indicated; screen for gestational diabetes at 24-28 weeks of pregnancy; and other lab tests as indicated by medical condition of client).
Services Rendered by a Certified Nurse Midwife or physician in a licensed birthing center	<p>CHIP Members: Covers prenatal services and birthing services rendered in a licensed birthing center.</p> <p>CHIP Perinate Newborn Members: Covers services rendered to a newborn immediately following delivery.</p>
Durable Medical Equipment (DME), Prosthetic Devices and Disposable Medical Supplies	<p>Not a covered benefit, with the exception of a limited set of disposable medical supplies, and only when they are obtained from a CHIP-enrolled pharmacy provider.</p>

Home and Community Health Services	Not a covered benefit.
Inpatient Mental Health Services	Not a covered benefit.
Outpatient Mental Health Services	Not a covered benefit.
Inpatient and Residential Substance Abuse Treatment Services	Not a covered benefit.
Outpatient Substance Abuse Treatment Services	Not a covered benefit.
Rehabilitation Services	Not a covered benefit.
Hospice Care Services	Not a covered benefit.
Emergency Services, including Emergency Hospitals, Physicians, and Ambulance Services	<p>MCO cannot require authorization as a condition for payment for emergency conditions related to labor with delivery.</p> <p>Covered services are limited to those emergency services that are directly related to the delivery of the unborn child until birth.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emergency services based on prudent lay person definition of emergency health condition ▪ Medical screening examination to determine emergency when directly related to the delivery of the covered unborn child. ▪ Stabilization services related to the labor with delivery of the covered unborn child. ▪ Emergency ground, air and water transportation for labor and threatened labor is a covered benefit ▪ Emergency ground, air and water transportation for an emergency associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero) is a covered benefit. ▪ Benefit limits: Post-delivery services or complications resulting in the need for emergency services for the mother of the CHIP Perinate are not a covered benefit
Transplants	Not a covered benefit.
Vision Benefit	Not a covered benefit.
Chiropractic Services	Not a covered benefit.
Tobacco Cessation Program	Not a covered benefit.
Case Management and Care Coordination Services	Covered benefit
Drug Benefits	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Outpatient drugs and biologicals; including pharmacy-dispensed and provider-administered outpatient drugs and biologicals; and ▪ Drugs and biologicals provided in an inpatient setting. ▪ Services must be medically necessary for the unborn child.

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 nonviable 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	
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.

SUPPLIES	COVERED	EXCLUDED	COMMENTS / MEMBER CONTRACT PROVISIONS
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"> • 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 <p>Does not include formula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • For Members who could be sustained on an age-appropriate diet. • Traditionally used for infant feeding • 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) • 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. <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 catheter ordered by the PCP and approved by the plan
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 y miembros de CHIP Perinate Newborn
<p>Paciente hospitalizado General Rehabilitación aguda y de paciente hospitalizado Servicios hospitalarios</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de médicos o proveedores proporcionados por el hospital ▪ Habitación semiprivada y pensión (o privada si es médicamente necesario según lo certificado por el profesional a cargo) ▪ Atención general de enfermería ▪ Enfermería de servicio especial cuando sea médicamente necesario ▪ UCI y servicios ▪ Comidas y dietas especiales para miembros ▪ Quirófanos, salas de recuperación y otras salas de tratamiento ▪ Anestesia y administración (componente técnico del centro) ▪ Apósitos quirúrgicos, bandejas, yesos, férulas ▪ Fármacos, medicamentos y productos biológicos ▪ Sangre o hemoderivados que no se suministran gratuitamente al Miembro y su administración ▪ Pruebas de rayos X, ecografías y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro) ▪ Servicios de laboratorio y patología (componente técnico del centro) ▪ Pruebas mecánicas de diagnóstico (EEG, ECG, etc.) ▪ Servicios de oxígeno y terapia de inhalación ▪ Radiación y quimioterapia ▪ Acceso a centros perinatales de Nivel III designados por el DSHS o a hospitales que cumplan niveles de atención equivalentes ▪ Centro dentro o fuera de la red y servicios ▪ médicos para una madre y sus recién nacidos por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios hospitalarios, médicos y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental ▪ Servicios de hospitalización asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Servicios de hospitalización asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable se incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ▪ procedimientos de dilatación y curetaje (D y C); ▪ medicamentos administrados por el proveedor adecuado; ▪ ultrasonidos; ▪ examen histológico de muestras de tejido. ▪ Implantes quirúrgicos ▪ Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos ▪ Entre los servicios de hospitalización para mastectomía y reconstrucción mamaria se incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ todas las fases de reconstrucción de la mama afectada; ▪ prótesis de mama externa para las mamas en las que se han realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios; ▪ cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; ▪ tratamiento de las complicaciones físicas derivadas de la mastectomía y el tratamiento de los linfedemas. ▪ Los dispositivos implantables están cubiertos por los Servicios de hospitalización y ambulatorios y no cuentan para el límite de un período de DME de 12 meses ▪ Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se prestan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ labio leporino o paladar hendido; ▪ desviaciones esqueléticas traumáticas o craneofaciales congénitas graves; asimetría facial grave derivada de defectos esqueléticos, afecciones sindromales congénitas o crecimiento tumoral o su tratamiento.
<p>Centros de enfermería especializada (incluidos hospitales de rehabilitación)</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitación semiprivada y pensión ▪ Servicios regulares de enfermería ▪ Servicios de rehabilitación ▪ Suministros médicos y uso de aparatos y equipos suministrados por el centro
<p>Hospital ambulatorio, hospital integral de rehabilitación ambulatoria, clínica (incluidos centros de salud) y centro ambulatorio de atención médica</p>	<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, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas de rayos X, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) ▪ Servicios de laboratorio y patología (componente técnico) ▪ Pruebas mecánicas de diagnóstico ▪ Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios ▪ Fármacos, medicamentos y productos biológicos ▪ Yesos, férulas, apósitos ▪ Servicios de salud preventiva ▪ Terapia física, ocupacional y del habla ▪ Diálisis renal

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios respiratorios ▪ Radiación y quimioterapia ▪ Sangre o hemoderivados que no se suministran gratuitamente al Miembro y la administración de estos productos ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ procedimientos de dilatación y curetaje (D y C); ▪ medicamentos administrados por el proveedor adecuado; ▪ ultrasonidos; ▪ examen histológico de muestras de tejido. ▪ Centros y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención dental, cuando se proporcionan en un centro quirúrgico ambulatorio autorizado. ▪ Implantes quirúrgicos ▪ Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos ▪ Los servicios ambulatorios prestados en un hospital ambulatorio y un centro de atención ambulatoria para una mastectomía y reconstrucción mamaria, según sea clínicamente apropiado, incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ todas las fases de reconstrucción de la mama afectada; ▪ prótesis de mama externa para las mamas en las que se han realizado procedimientos de mastectomía médicamente necesarios; ▪ cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; ▪ tratamiento de las complicaciones físicas derivadas de la mastectomía y el tratamiento de los linfedemas. ▪ Los dispositivos implantables están cubiertos por los Servicios de hospitalización y ambulatorios y no cuentan para el límite de un período de DME de 12 meses ▪ Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se prestan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ labio leporino o paladar hendido; ▪ desviaciones esqueléticas traumáticas o craneofaciales congénitas graves; ▪ asimetría facial grave derivada de defectos esqueléticos, afecciones sindromales congénitas o crecimiento tumoral o su tratamiento.
<p>Servicios profesionales de un médico/ servicios profesionales de un auxiliary médico</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La Academia Estadounidense de Pediatría recomendó exámenes de bienestar infantil y servicios de salud preventiva (incluidas pruebas de visión y audición, entre otras, y vacunación) ▪ Visitas al consultorio del médico, servicios de hospitalización y ambulatorios ▪ Servicios de laboratorio, radiografías, diagnóstico por imágenes y patología, incluidos componentes técnicos o interpretación profesional ▪ Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico ▪ Pruebas de alergia, suero e inyecciones ▪ Componente profesional (hospitalario/ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, incluido lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención de seguimiento adecuada ▪ Administración de anestesia por parte de un médico (que no sea el cirujano) o una enfermera anestésista certificada registrada ▪ Segunda opinión quirúrgica ▪ Cirugía en el mismo día realizada en un hospital sin estadía nocturna ▪ Procedimientos de diagnóstico invasivos como exámenes endoscópicos ▪ Servicios médicos hospitalarios (incluidos componentes técnicos e interpretativos realizados por el médico)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre los servicios médicos y profesionales para una mastectomía y reconstrucción mamaria se incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ todas las fases de reconstrucción de la mama afectada; ▪ prótesis mamaria externa para las mamas en las que se realizaron procedimientos de mastectomía médicamente necesarios; ▪ cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; ▪ tratamiento de las complicaciones físicas derivadas de la mastectomía y el tratamiento de los linfedemas. ▪ Servicios médicos dentro y fuera de la red para la madre y sus recién nacidos durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea. ▪ Servicios médicos 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 médicos asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable se incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ▪ procedimientos de dilatación y curetaje (D y C); ▪ medicamentos administrados por el proveedor adecuado; ▪ ultrasonidos; ▪ examen histológico de muestras de tejido. ▪ Servicios médicos médicamente necesarios para apoyar a ▪ un odontólogo que presta servicios dentales a un Miembro de CHIP como anestesia general o sedación intravenosa (IV). ▪ Servicios de ortodoncia quirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que se prestan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ labio leporino o paladar hendido; ▪ desviaciones esqueléticas traumáticas o ▪ craneofaciales congénitas graves;
Atención prenatal y servicios y suministros preparto y familiares	<p>La atención prenatal cubierta e ilimitada y la atención médicamente necesaria relacionada con afecciones, enfermedades o anomalías relacionadas con el Sistema reproductor, y las limitaciones y exclusiones de estos servicios se describen en servicios de hospitalización, ambulatorios y servicios médicos.</p> <p>Entre los beneficios de salud primaria y preventiva no se incluyen servicios y suministros de reproducción familiar previos al embarazo, ni medicamentos recetados solo para el propósito de atención primaria y de salud reproductiva preventiva.</p>
Servicios del centro de maternidad	<p>Cubre los servicios de parto proporcionados en un centro de maternidad autorizado. Limitado a los servicios del centro (p. ej., trabajo de parto y parto)</p> <p>Límite: Solo se aplica a los Miembros de CHIP.</p>
Servicios prestados por una matrona certificada o un	<p>Miembros de CHIP: cubre los servicios prenatales y los servicios de parto que se ofrecen en un centro de maternidad autorizado.</p>

médico en un centro de maternidad autorizado	<p>Miembros de CHIP Perinate Newborn: cubre los servicios prestados a un recién nacido inmediatamente después del parto.</p>
Equipamiento médico duradero (EMD), dispositivos protésicos y suministros médicos descartables	<p>Límite de \$20,000 en un período de 12 meses para EMD, dispositivos protésicos y suministros médicos descartables (suministros y equipamiento para diabéticos no se contabilizan para este tope).</p> <p>Los servicios incluyen EMD (equipamiento que puede resistir el uso repetido y se utiliza principal y habitualmente para servir a un propósito médico, generalmente no es útil para una persona en ausencia de enfermedad, lesión o discapacidad, y es adecuado para su uso en el domicilio), incluidos los dispositivos y suministros que sean médicamente necesarios y necesarios para una o más actividades de la vida diaria y adecuados para ayudar en el tratamiento de una afección médica, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ortesis y ortopedia ▪ Dispositivos dentales ▪ Dispositivos protésicos como ojos artificiales, miembros, ortesis y prótesis mamarias externas ▪ Anteojos protésicos y lentes de contacto para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas graves ▪ Audífonos ▪ Suministros médicos descartables específicos para el diagnóstico, incluida la fórmula especial prescrita específica para el diagnóstico y los suplementos dietéticos. (Consulte el anexo A)
Servicios de salud en el hogar y la comunidad	<p>Servicios que se proporcionan en el hogar y la comunidad, incluidos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infusión domiciliaria ▪ Terapia respiratoria ▪ Consultas para atención privada de enfermería (personal de enfermería registrado, personal de enfermería vocacional con licencia) ▪ Consultas de enfermería especializada según se define para propósitos de salud en el hogar (puede incluir personal de enfermería registrado o personal de enfermería vocacional con licencia). ▪ Asistente de salud en el hogar cuando se incluye como parte de un plan de cuidado durante un período en el que se han aprobado consultas calificadas. ▪ Terapias del habla, física y ocupacional. ▪ Los servicios no están destinados a reemplazar al cuidador del miembro de CHILD ni a proporcionar alivio al cuidador ▪ Las consultas de enfermería especializada se proporcionan a nivel intermitente y no tienen la intención de proporcionar servicios de enfermería especializada las 24 horas del día ▪ Los servicios no están destinados a reemplazar los servicios de 24 horas de hospitalización o centros de enfermería especializada

Servicios de salud mental hospitalarios	<p>Servicios de salud mental, incluso en caso de enfermedades mentales graves, proporcionados en un hospital psiquiátrico independiente, unidades psiquiátricas de hospitales de cuidados intensivos generales y centros operados por el Estado, incluidos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas neuropsicológicas y psicológicas. ▪ Cuando los servicios psiquiátricos hospitalarios sean solicitados: <ul style="list-style-type: none"> ▪ por un tribunal de jurisdicción competente de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de Texas capítulos 573, subcapítulos B y C, o 574, subcapítulo D: o ▪ como condición de libertad condicional. <p>La orden judicial sirve como determinación vinculante de la necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando el Miembro se considere recluido, según se define en la sección 16.1.15.2 del UMCM.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se requiere la derivación del médico de cabecera
Servicios de salud mental ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas neuropsicológicas y psicológicas ▪ Gestión de la medicación ▪ Tratamientos diarios de rehabilitación ▪ Servicios de tratamiento residencial ▪ Servicios ambulatorios subagudos (hospitalización parcial o tratamiento diario de rehabilitación) ▪ Formación de habilidades (desarrollo de habilidades psicoeducativas) ▪ Cuando los servicios psiquiátricos ambulatorios sean solicitados ▪ 1) por un tribunal de jurisdicción competente de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de Texas capítulos 573, subcapítulos B y C, o 574, subcapítulos A a G, Código de Familia de Texas capítulo 55, subcapítulo D; o 2) como condición de libertad condicional ▪ La orden judicial sirve como determinación vinculante de la necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando el Miembro se considere recluido, según se define en la sección 16,1.15,2 del UMCM. ▪ Un Proveedor de salud mental calificado – Servicios comunitarios (QMHP-CS), es definido por el Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) de Texas en el título 25 del Código Administrativo de Texas, §412.303(48). Los QMHP-CSS deben ser proveedores que trabajen a través de una ▪ Autoridad de Salud Mental Local contratada por el DSHS o una entidad independiente contratada por el DSHS. Los QMHP-CSS deben ser supervisados por un profesional o médico de salud mental autorizado y prestarán servicios de acuerdo con los estándares del DSHS. <p>Esos servicios incluyen capacitación individual y grupal (que pueden ser componentes de intervenciones tales como tratamiento diario y servicios en el hogar), educación M y familiar y servicios de crisis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se requiere la derivación del médico de cabecera
Servicios de tratamiento del abuso de sustancias hospitalarios y residenciales	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de tratamiento del abuso de sustancias hospitalarios y residenciales, incluidos la desintoxicación y la estabilización de crisis, y programas de rehabilitación residencial de 24 horas ▪ Cuando se requieren servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias en el hospital y en el domicilio como: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1) una orden judicial, acorde con el capítulo 462, subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o 2) como condición de libertad condicional ▪ La orden judicial sirve como una determinación vinculante de la necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos requisitos no son aplicables cuando el Miembro se considere recluso, según se define en la sección 16.1.15.2 del UMCM. No se requiere la derivación del médico de cabecera
Servicios de tratamiento del abuso de sustancias ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ Servicios de prevención e intervención prestados por médicos y proveedores no médicos, tales como detección, evaluación y derivación por trastornos de dependencia química. ▪ Servicios intensivos para pacientes ambulatorios ▪ Hospitalización parcial ▪ Los servicios intensivos para pacientes ambulatorios se definen como un servicio no residencial organizado que proporciona terapia estructurada individual y grupal, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida que consiste en por lo menos 10 horas por semana durante cuatro a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día ▪ El servicio de tratamiento ambulatorio se define como aquel que consiste en, por lo menos, una a dos horas por semana de terapia estructurada en grupo e individual, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida ▪ Cuando se requieren servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias ambulatorios como: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1) una orden judicial, acorde con el capítulo 462, subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o 2) como condición de libertad condicional la orden judicial sirve como una determinación vinculante de la necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación. ▪ Estos requisitos no son aplicables cuando el Miembro se considere recluso, según se define en la sección 16.1.15.2. del UMCM. No se requiere la derivación del médico de cabecera
Servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: ▪ La habilitación (el proceso de proveer a un niño con los medios para alcanzar los hitos de desarrollo apropiados para la edad a través de terapia o tratamiento) y los servicios de rehabilitación incluyen lo siguiente, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia física, ocupacional y del habla ▪ Evaluación del desarrollo
Servicios de cuidados de hospicio	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados paliativos, incluidos los servicios médicos y de apoyo, para aquellos niños a quienes les restan seis (6) meses o menos de vida, para mantener a los Miembros cómodos durante las últimas semanas y los últimos meses antes de la muerte ▪ Servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con la enfermedad terminal ▪ Hasta un máximo de 120 días con una esperanza de vida de 6 meses ▪ Los miembros que eligen servicios de hospicio pueden cancelar esta elección en cualquier momento ▪ Los servicios se aplican al diagnóstico de hospicio
Servicios de urgencia, incluidos hospitales de urgencia, médicos y servicios de ambulancia	<p>La MCO no puede requerir autorización como condición para el pago por afecciones de emergencia o trabajo de parto y parto.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de urgencia basados en la definición de una persona común prudente de estado de salud de urgencia ▪ Servicios auxiliares y de la sala del Departamento de Urgencias del hospital y servicios médicos las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana, tanto por parte de proveedores dentro de la red como fuera de la red ▪ Examen médico de detección ▪ Servicios de estabilización ▪ Acceso a centros u hospitales de traumatología de Nivel 1 y Nivel II designados por el DSHS que cumplan niveles de atención equivalentes en servicios de urgencia ▪ Transporte de urgencia por tierra, aire y agua ▪ Servicios dentales de urgencia, limitados a mandíbula fracturada o dislocada, daño traumático a los dientes, extracción de quistes y tratamiento relacionado con el absceso oral de origen dental o de encía.

Trasplantes	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo con las directrices actualizadas de la FDA, todos los trasplantes no experimentales de órganos y tejidos humanos y todas las formas de trasplantes no experimentales de córnea, médula ósea y células madre periféricas, incluidos los gastos médicos de los donantes.
Beneficio para la visión	<p>El plan de salud puede limitar razonablemente el costo de los marcos o lentes.</p> <p>Entre los servicios se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un (1) examen de los ojos para determinar la necesidad y prescripción de lentes correctivas por período de 12 meses, sin autorización ▪ Un (1) par de anteojos no protésicos por período de 12 meses
Servicios quiroprácticos	<p>Los servicios no requieren prescripción médica y se limitan a la subluxación espinal</p>
Programa para dejar de fumar	<p>Con cobertura de hasta \$100 por un período límite de 12 meses para un programa aprobado por el plan</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Health Plan define el programa aprobado por el plan. ▪ Puede estar sujeto a los requisitos del formulario.
Servicios de gestión de casos y coordinación de atención	<p>Estos servicios incluyen información de divulgación, gestión de casos, coordinación de atención y derivación a la comunidad.</p>
Beneficios de medicamentos	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios; incluidos medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por la farmacia y administrados por el proveedor; <p>Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización.</p>

EXCLUSIONES DE CHIP DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS

- Tratamientos de infertilidad hospitalarios y ambulatorios o servicios reproductivos que no sean atención prenatal, trabajo de parto y parto, y la atención relacionada con afecciones, enfermedades o anomalías relacionadas con el sistema reproductor
- Medicamentos anticonceptivos recetados únicamente para fines de atención primaria y preventiva de la salud reproductiva (es decir, no pueden recetarse para planificación familiar)
- 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 de la enfermedad o lesión
- 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, que no sea un tribunal de jurisdicción competente de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de Texas capítulos 573, subcapítulos banda C, 574, subcapítulo D o 462, subcapítulo D y Código de Familia de Texas capítulo 55, subcapítulo D.
- Servicios privados de enfermería cuando se realizan en un hospital o en un centro de enfermería especializada.
- 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, a menos que se autorice previamente algo distinto por parte de Health Plan
- 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
- Dispositivos dentales exclusivamente para fines estéticos
- Servicios fuera de la red no autorizados por Health Plan, excepto para atención de urgencia, y servicios médicos para una madre y sus recién nacidos durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto sin complicaciones por cesárea, 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, excepto los servicios asociados con el tratamiento de la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por Health Plan
- 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)
- Sustitución o reparación de dispositivos protésicos y equipamiento médico duradero debido a un uso incorrecto, abuso o pérdida cuando lo confirme el Miembro o el proveedor
- 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 unadieta especial y supervisión de medicamentos que generalmente se autoadministran o son proporcionados por un padre o madre. Esta atención no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado). Esta exclusión no se aplica a los servicios de hospicio.
- 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 y terapia de visión
- El reembolso por servicios de terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla basados en la escuela no está cubierto excepto cuando lo ordene un médico o un médico de cabecera
- Gastos no médicos del donante
- Cargos incurridos como donante de un órgano cuando el receptor no está cubierto por este plan de salud
- 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)

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
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

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES PARA
			kit cuando se incluyen todos los elementos necesarios para un cambio de sitio del apósito.
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		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"> • Identificación de un trastorno metabólico, disfagia 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 <p>No se incluye la fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para Miembros que podrían seguir una dieta adecuada para la edad; • utilizada tradicionalmente para la alimentación de lactantes; • 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); • 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. <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
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,	X		Elegible para la cobertura si se utiliza durante los cuidados domiciliarios cubiertos para el cuidado de heridas.
Conjuntos de irrigación,	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.
Solución salina, normal	X		Elegible para cobertura: a) Cuando se utilice para diluir medicamentos para tratamientos con nebulizador; b) como parte de la atención domiciliar cubierto 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		
SUMINISTROS	CUBIERO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES PARA
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.



Texas Children's[®]
Health Plan

Servicios cubiertos de CHIP y CHIP Perinatal