

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	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
<p>Paciente hospitalizado General</p> <p>Rehabilitación aguda y de paciente hospitalizado</p> <p>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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ UCI y servicios ▪ Comidas y dietas especiales para miembros ▪ Quirófanos, salas de recuperación y otras salas de ▪ 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 técnicas 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 ▪ 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. ▪ Servicios hospitalarios, médicos y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con la atención ▪ Servicios de hospitalización asociados con (a) aborto (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Servicios de asociados con el aborto espontáneo o el embarazo no viable se incluyen, entre otros: 	<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</p> <p>cargos del centro no son un beneficio cubierto; sin embargo, los cargos por 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 embarazo no viable.</p> <p>Entre los servicios se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quirófanos, salas de recuperación y salas de tratamiento ▪ Anestesia y administración (componente técnico del centro) <p>Los servicios quirúrgicos médicamente 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 aborto espontáneo o b) embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un feto que murió en el</p>

CHIP-SOB-05.02.22

MK-2205-426

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP y miembros de CHIP Perinate Newborn	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
	<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. <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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>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"> ▪ procedimientos de dilatación y curetaje (D y C); ▪ medicamentos administrados por el proveedor adecuado; ▪ ultrasonidos; ▪ examen histológico de muestras de tejido.
Centros de enfermería especializada (incluidos hospitales de rehabilitación)	<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>No es un beneficio cubierto.</p>
Hospital ambulatorio, hospital integral de rehabilitación ambulatoria, clínica (incluidos centros de salud) y centro ambulatorio de atención médica	<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 	<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"> ▪ Pruebas de rayos X, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) ▪ Servicios de laboratorio y patología (componente técnico) ▪ Pruebas mecánicas de diagnóstico ▪ Fármacos, medicamentos y productos biológicos que son medicamentos recetados e inyectables médicamente necesarios. ▪ Servicios ambulatorios asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un

Beneficio cubierto**Miembros de CHIP y miembros de CHIP Perinate Newborn**

- 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:
 - 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:
 - 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:
 - 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.

Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)

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:

- procedimientos de dilatación y curetaje (D y C);
- medicamentos administrados por el proveedor adecuado;
- ultrasonidos;
- examen histológico de muestras de tejido.

(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.

(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.

(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.

(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

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP y miembros de CHIP Perinate Newborn	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
		<p>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>
<p>Servicios profesionales de un servicios profesionales de un auxiliar 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 pruebas de visión y audición, entre otras, y vacunación) ▪ Visitas al consultorio del médico, servicios de hospitalización ▪ Servicios de laboratorio, radiografías, diagnóstico por imágenes y patología, incluidos componentes técnicos profesional ▪ Medicamentos, productos biológicos y materiales 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 ▪ Administración de anestesia por parte de un médico (que no sea el cirujano) o una enfermera anestesista ▪ 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) ▪ Entre los servicios médicos y profesionales para una 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 ▪ 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 	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ Visitas al consultorio del médico, servicios de hospitalización y ▪ Servicios de laboratorio, radiografías, patología, incluidos componentes técnicos o interpretación profesional ▪ Medicamentos, productos biológicos y materiales médicamente necesarios administrados en el consultorio del ▪ Componente profesional (hospitalario/ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, incluido lo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirujanos y asistentes cirujanos para procedimientos quirúrgicos directamente el trabajo de parto y el parto del niño por nacer cubierto hasta el nacimiento. ▪ Administración de anestesia por parte de un médico (que no sea cirujano) o una enfermera ▪ Procedimientos diagnósticos directamente relacionados con el y el parto del niño por nacer. ▪ 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). ▪ Servicios médicos hospitalarios (incluidos componentes

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP y miembros de CHIP Perinate Newborn	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
	<p>horas después de un parto sin complicaciones por cesárea.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ ultrasonidos; ▪ examen histológico de muestras de tejido. ▪ Servicios médicos médicamente necesarios para apoyar a un odontólogo que presta servicios dentales a un Miembro como anestesia general o sedación intravenosa (IV). ▪ Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o posquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y que como parte de un plan de tratamiento propuesto y para tratar: <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>técnicos e interpretativos realizados por el médico)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Componente profesional del ultrasonido del útero embarazado cuando esté médicamente indicado sospecha de defectos genéticos, de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal o confirmación de la edad gestacional. ▪ Componente profesional de amniocentesis, cordocentesis, transfusión intrauterina fetal (FIUT) y guía ultrasónica para la amniocentesis, cordocentesis y FIUT. ▪ 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). Entre los servicios profesionales 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.
<p>Atención prenatal y servicios y suministros preparto y familiares</p>	<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 medicamentos recetados solo para el propósito de atención primaria y de salud reproductiva preventiva.</p>	<p>Los servicios se limitan a una consulta inicial y consultas posteriores de atención prenatal (antes del parto) que incluyen lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Una (1) consulta cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo; (2) una (1) consulta cada dos (2) a tres (3) semanas de la semana 28 a la 36 de embarazo; (3) una (1) consulta por semana desde la semana 36 de embarazo <p>Se permiten consultas más frecuentes si se consideran médicamente necesarias. Los beneficios se limitan</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</p>

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP y miembros de CHIP Perinate Newborn	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
		<p>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"> ▪ antecedentes provisionales (problemas, estado civil, estado fetal); ▪ examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo, posición y tamaño fetales, frecuencia cardíaca fetal, extremidades); ▪ 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).
<p>Servicios del centro de maternidad</p>	<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>	<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>Servicios prestados por una matrona certificada o un médico en un centro de maternidad autorizado</p>	<p>Miembros de CHIP: cubre los servicios prenatales y los servicios de parto que se ofrecen en un centro de maternidad autorizado.</p> <p>Miembros de CHIP Perinate Newborn: cubre los servicios prestados a un recién nacido inmediatamente después del parto.</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"> (1) una (1) consulta cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo; (2) una (1) consulta cada dos (2) a tres (0) semanas de la semana 28 a la 36 semanas de embarazo;

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP y miembros de CHIP Perinate Newborn	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
		<p>(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 y está sujeta a revisión retrospectiva.</p> <p>Las consultas posteriores a la consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ antecedentes provisionales (problemas, estado civil, estado fetal); ▪ examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo, posición y tamaño fetales, frecuencia cardíaca fetal, extremidades); ▪ 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 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>Equipamiento médico duradero (EMD), dispositivos protésicos Y suministros médicos descartables</p>	<p>Límite de \$20,000 en un período de 12 meses para EMD, protésicos y suministros médicos descartables (suministros y equipamiento para diabéticos no se contabilizan para este tope). 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 	<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 inscrito en CHIP.</p>

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP y miembros de CHIP Perinate Newborn	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<p>No es un beneficio cubierto.</p>
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"> 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, subcapítulo D: o 0) 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 recluso, 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 	<p>No es un beneficio cubierto.</p>

Servicios de salud mental ambulatorios	Servicios de salud mental, incluso en caso de enfermedades mentales graves, proporcionados de forma ambulatoria, incluidos, entre otros: <ul style="list-style-type: none">▪ Las visitas pueden ser proporcionadas en una variedad de entornos comunitarios (incluidos la escuela y el hogar) o en un centro operado por el Estado	No es un beneficio cubierto.
---	--	------------------------------

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP y miembros de CHIP Perinate Newborn	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
	<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 ▪ Cuando los servicios psiquiátricos ambulatorios sean ▪ 1) por un tribunal de jurisdicción competente de 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 recluso, según se define en la sección 16.1.15,2 del UCMCM. ▪ Un Proveedor de salud mental calificado – Servicios comunitarios (QMHP-CS), es definido por el Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) de 25 del Código Administrativo de Texas, §412.303(48). Los QMHP-CSS deben ser proveedores que trabajen a través 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 Esos servicios incluyen capacitación individual y grupal (que pueden ser componentes de intervenciones tales como tratamiento diurno y servicios en el hogar), educación M y familiar y servicios de crisis ▪ No se requiere la derivación del médico de cabecera 	
Servicios de tratamiento del abuso de hospitalarios y residenciales	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de tratamiento del abuso de sustancias 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 ▪ 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. 	<p>No es un beneficio cubierto.</p>

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP y miembros de CHIP Perinate Newborn	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
	<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	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<p>No es un beneficio cubierto.</p>
Servicios de rehabilitación	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<p>No es un beneficio cubierto.</p>
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 	<p>No es un beneficio cubierto.</p>

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP y miembros de CHIP Perinate Newborn	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	<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"> ▪ Servicios de urgencia basados en la definición de una persona común prudente de estado de salud de urgencia ▪ Examen médico de detección para determinar la urgencia cuando está directamente relacionado con el parto del niño cubierto. ▪ Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto del niño por nacer cubierto. ▪ El transporte de urgencia por tierra, aire y agua para el trabajo de parto y el parto amenazado es un beneficio cubierto ▪ 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. <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>
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. 	<p>No es un beneficio cubierto.</p>
Beneficio para la visión	<p>El plan de salud puede limitar razonablemente el costo de los marcos o lentes.</p>	<p>No es un beneficio cubierto.</p>

Beneficio cubierto	Miembros de CHIP y miembros de CHIP Perinate Newborn	Miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)
	<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	Los servicios no requieren prescripción médica y se limitan a la subluxación espinal	No es un beneficio cubierto.
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. 	No es un beneficio cubierto.
Servicios de gestión de casos y coordinación de atención	Estos servicios incluyen información de divulgación, gestión de casos, coordinación de atención y derivación a la comunidad.	Beneficio cubierto.
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; • Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización. 	<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; • Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno de hospitalización. <p>Los servicios deben ser médicamente necesarios para el niño por nacer.</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 una

dieta 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)

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

- El reembolso por servicios de terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla basados en la escuela no está cubierto
- Gastos no médicos del donante
- Cargos en los que se incurra como donante de un órgano

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 incidental.
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 craneal		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 MIEMBROS
			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 medio
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"> 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>
Guantes		X	Excepción: Apósitos de línea central o cuidado de heridas proporcionado por un agente de cuidado domiciliario.
Peróxido de hidrógeno		X	Suministro de venta libre.
Artículos de higiene		X	

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES PARA MIEMBROS
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.
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		
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 Chux.
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
---	--	---	---

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES CONTRACTUALES PARA
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			Consulte Suministros de ostomía.