



Parkland
Community Health Plan

2026–2027

CHIP Perinate

Manual del miembro

Área de servicio de:

Collin
Hunt
Dallas
Ellis
Kaufman
Navarro
Rockwall

Servicios para miembros:

1-888-814-2352

ParklandHealthPlan.com



TEXAS
Health and Human
Services



CHIP



Parkland Community Health Plan (PCHP) CHIP Perinate

Manual para miembros de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños 2026-2027

CHIP Perinate cubre los servicios en los siguientes condados:

Área de servicio de Dallas:

Condados de Dallas, Collin, Ellis, Hunt, Kaufman, Navarro y Rockwall.

Servicios para Miembros:

1-888-814-2352

TTY: Las personas con sordera o problemas de audición pueden llamar a la línea TTY de Relay of Texas al **711** y solicitar que llamen a la línea de Servicios para Miembros de Parkland CHIP/CHIP Perinate.



TEXAS
Health and Human
Services



www.ParklandHealthPlan.com

Parkland Community Health Plan (PCHP) utiliza los servicios de Cognizant Technology Solutions (CTS). CTS no es ni la aseguradora ni el patrocinador de PCHP.

Tabla de contenidos

Acerca de su plan médico.....	1
Introducción: Su Manual para miembros de CHIP Perinate	2
Primeros pasos.....	5
Tarjetas de identificación de miembro (ID)	6
Elección de su proveedor de atención perinatal	7
Sus gastos de bolsillo	7
Servicios de interpretación	8
Comprenda su cobertura.....	9
Información del plan de CHIP Perinate	10
Descripción general de los beneficios	12
Beneficios adicionales.....	21
Atención médicamente necesaria y de emergencia.....	23
Reclamos y apelaciones.....	27
Cómo presentar un reclamo	28
Cómo presentar una apelación	29
Proceso de apelación acelerada	30
Proceso de revisión especializada	31
Organización de Revisión Independiente (IRO)	31
Información legal y reglamentaria.....	33
Derechos y responsabilidades de los miembros: CHIP Perinatal	34
Aviso de privacidad de Parkland Community Health Plan.....	36
Aviso de no discriminación.....	39
Denunciar el fraude, malgasto o abuso	40
Subrogación.....	41
Glosario	41



Acerca de
su plan médico

¡Le damos la bienvenida a Parkland Community Health Plan!

Números de teléfono importantes

En caso de una emergencia o crisis, llame al 9-1-1 o a la línea de emergencia local.

Servicios para Miembros de Parkland Community Health Plan (PCHP) De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (excepto los feriados estatales). Hablantes de inglés y español disponibles Servicios de interpretación disponibles para otros idiomas	Número gratuito: 1-888-814-2352 Fuera del horario de servicio y fines de semana: • Deje un mensaje de correo de voz y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. • Comuníquese con la Línea de enfermería de 24 horas de Parkland: 1-800-357-3162 TTY: 7-1-1 o 1-800-735-2989
Línea de enfermería de 24 horas de Parkland Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Hablantes de inglés y español disponibles Servicios de interpretación disponibles para otros idiomas	Número gratuito: 1-888-667-7890 o Línea directa: 214-266-8766
Health and Human Services Commission: Línea de ayuda de CHIP:	2-1-1 ; elija un idioma y luego presione la opción 2 1-800-964-2777

Introducción: Su Manual para miembros de CHIP Perinate

Le damos la bienvenida a Parkland Community Health Plan (PCHP)

A través de Parkland Community Health Plan (PCHP), nos complace ofrecerle todos los beneficios que brinda el Programa de seguro médico para niños (o "CHIP") y los beneficios de valor agregado del estado de Texas. La información sobre los requisitos necesarios y beneficios se incluye en este Manual para miembros. Usted y los proveedores de atención perinatal colaborarán para ayudarla a tener un bebé saludable. Nuestros servicios para miembros pueden ayudarla a encontrar médicos y hospitales en su área, visitar nuestro sitio web en www.ParklandHealthPlan.com o comunicarse con Servicios para Miembros al 1-888-814-2352 (TTY 711).

Escribimos este Manual para miembros para dar respuesta a la mayoría de las preguntas que tenga sobre CHIP Perinate. Esperamos que lo lea de inmediato y lo tenga a mano. No dude en llamarnos o escribirnos si tiene alguna pregunta o desea hacernos sugerencias.

Este manual es una guía que le ayudará a conocer su plan médico PCHP. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o el alcance de la cobertura, consulte la sección de beneficios de este Manual. Si no puede encontrar la respuesta a sus preguntas en este Manual, puede dirigirse a nuestro sitio web www.ParklandHealthPlan.com o llamarnos al número gratuito en su tarjeta de identificación. Estaremos encantados de ayudarlo.

En PCHP, si usted no habla inglés, podemos ayudarla en muchos otros idiomas, en cualquier momento del día o de la noche. También contamos con servicios especiales sin cargo, para personas que tienen problemas para leer, oír, ver o hablar un idioma que no sea inglés o español. Puede solicitar el Manual para miembros en audio, otros idiomas, Braille o en letra más grande, se lo conseguiremos sin costo algún en un plazo de 5 días hábiles tras su solicitud. Para obtener ayuda, llame a Servicios para Miembros de PCHP al **1-888-814-2352**.

Consejos para miembros

- Conserve este Manual y cualquier información adicional del Manual para un uso futuro.
- Escriba su número de identificación en la parte delantera de este Manual o en otro lugar seguro.
- Lleve siempre su tarjeta de identificación.
- Mantenga el nombre y el número de su proveedor de atención perinatal cerca del teléfono.

Información del plan y recursos en línea

Acceda a la información las 24 horas del día, los 7 días de la semana en nuestro sitio web en **www.ParklandHealthPlan.com**.

Puede encontrar información y respuestas a sus preguntas sin tener que llamarnos.

En el sitio web, puede realizar lo siguiente:

- Registrarse en nuestro Portal para Miembros.
- Ver recursos de salud/bienestar.
- Ver las preguntas y respuestas sobre el programa CHIP Perinatal.
- Buscar en nuestro directorio de proveedores para ayudarle a encontrar médicos perinatales y hospitales en su área.
- Obtener información sobre diferentes temas médicos.

Seguridad de los miembros

Creemos que es importante enseñarles a nuestros miembros sobre la seguridad de la salud.

A continuación, se ofrecen algunos consejos importantes:

- ✓ Participe en cada decisión sobre su atención médica. Puede saber lo que usted y su médico pueden hacer para mejorar o mantenerse saludable si usted tiene un rol activo.
- ✓ Haga preguntas. Tiene derecho a hacerle preguntas a cualquier persona que forme parte de su atención.
- ✓ Asegúrese de que el médico esté al tanto de todos los medicamentos que toma. Los medicamentos pueden incluir los que le haya dado su médico o los que haya comprado en una tienda. Solicite que esto se deje registrado en su historia clínica.
- ✓ Asegúrese de que el médico sepa si usted tiene alguna alergia o reacciones adversas a los medicamentos. Esto puede ayudar a evitar que usted tome medicamentos que le podrían hacer daño.
- ✓ Solicite información sobre su atención médica en un idioma que pueda comprender. Asegúrese de tener claro las cantidades de medicamento que debe tomar. Debe preguntarle al médico cómo reaccionará si toma uno o más tipos de medicamentos al mismo tiempo.

Departamento de Servicios para Miembros de PCHP

Estamos disponibles para ayudarlo por teléfono de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., salvo los feriados aprobados por el estado. Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-888-814-2352**.

Puede realizar lo siguiente:

- Hacer preguntas sobre cómo acceder a los beneficios y servicios cubiertos.
- Tarjeta de identificación de miembro
- Cambiar su dirección o número de teléfono.
- Buscar proveedores de atención perinatal y hospitales de la red.
- Encontrar más información para presentar un reclamo.

- Solicitar una copia de sus derechos y responsabilidades.

En caso de una emergencia o crisis, llame al 911 o a la línea de emergencia local.

Para obtener asistencia fuera del horario de atención o los fines de semana, puede comunicarse con nuestra línea de enfermería al **1-800-357-3162**. También puede dejar un mensaje de correo de voz en el 1-888-814-2352 y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Llame a su proveedor de atención perinatal si tiene preguntas sobre citas, horarios de servicio o la obtención de atención fuera de horario.

Toda la información puede encontrarse en inglés y español, y los servicios de interpretación están disponibles si los solicita.

Las personas sordas o con problemas de audición deben llamar a la línea TTY de Relay of Texas al **711** o al **1-800-735-2989** y pedirles que lo deriven a la línea de Servicios para Miembros de PCHP.

Si tiene alguna pregunta o sugerencia, llámenos al **1-888-814-2352** o puede escribirnos a:

Parkland Community Health Plan

Attention: Servicios para Miembros de Parkland Community Health Plan (PCHP)

PO Box 560307

Dallas, TX 75356

Defensores de miembros de PCHP

Los defensores de miembros de PCHP están disponibles para ayudar a los miembros. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-888-814-2352** y solicite hablar con un defensor de miembros. Pueden ayudar a los miembros a explorar y comprender los beneficios y servicios de PCHP, como ayuda para escribir reclamos, las apelaciones de los miembros e informar a los miembros sobre lo siguiente:

- derechos y responsabilidades de los miembros;
- el proceso de reclamos de PCHP;
- el proceso de apelación de PCHP;
- los servicios cubiertos disponibles para los miembros, incluidos servicios preventivos; y
- los servicios extracápita disponibles para los miembros.

Primeros pasos



Tarjetas de identificación de miembro (ID)

Cuando se inscriba en nuestro plan, le enviaremos una tarjeta de identificación. No recibirá una nueva tarjeta de identificación todos los meses. Así es como se verá su tarjeta de identificación.

CHIP Perinate ID: por debajo de la línea federal de pobreza (FPL) de 198 %

Frente y reverso de la tarjeta

 Plan Type: CHIP	 	In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your primary care provider (PCP) within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después del tratamiento, llame a su proveedor de atención primaria (PCP) dentro de las 24 horas o lo antes posible.		
Name / Nombre: Member ID / Número de identificación: DOB / Fecha de nacimiento: Effective Date / Fecha de vigencia:	No copays for covered benefits. No hay copagos para los beneficios cubiertos. CHIP Perinate is a service under the Children's Health Insurance Program. CHIP Perinate es un servicio del Programa de Seguro Médico para Niños.	<table border="1"><tr><td>Hospital Facility Billing: TMHP-Attn: Claim Administrator 12365-A Riata Trace Pkwy Austin, TX 78727</td><td>Professional/Other Services Billing: Parkland Community Health Plan Claims Processing Center PO Box 560327 Dallas, TX 75356 Payer ID: 66917</td></tr></table>	Hospital Facility Billing: TMHP-Attn: Claim Administrator 12365-A Riata Trace Pkwy Austin, TX 78727	Professional/Other Services Billing: Parkland Community Health Plan Claims Processing Center PO Box 560327 Dallas, TX 75356 Payer ID: 66917
Hospital Facility Billing: TMHP-Attn: Claim Administrator 12365-A Riata Trace Pkwy Austin, TX 78727	Professional/Other Services Billing: Parkland Community Health Plan Claims Processing Center PO Box 560327 Dallas, TX 75356 Payer ID: 66917			
Navitus RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: PCH Pharmacist use only: 1-877-908-6023	Available 24 hours a day, 7 days a week / 24 horas al día, 7 días de la semana • Member Services & Pharmacy / Servicios para Miembros y farmacia: 1-888-814-2352 • Nurse Line / Línea de enfermería: 1-800-357-3162 / 214-266-8766 • Relay Texas TTY/TDD: 1-800-735-2989 / 7-1-1 Attention Provider: You must call 1-888-672-2277 for precertification or case management.			

CHIP Perinate ID: por encima de la línea federal de pobreza (FPL) de 198 %

Frente y reverso de la tarjeta

 Plan Type: CHIP	 	In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your primary care provider (PCP) within 24 hours or as soon as possible. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después del tratamiento, llame a su proveedor de atención primaria (PCP) dentro de las 24 horas o lo antes posible.	
Name / Nombre: Member ID / Número de identificación: DOB / Fecha de nacimiento: Effective Date / Fecha de vigencia:	No copays for covered benefits. No hay copagos para los beneficios cubiertos. CHIP Perinate is a service under the Children's Health Insurance Program. CHIP Perinate es un servicio del Programa de Seguro Médico para Niños.	<table border="1"><tr><td>Mail Claims to: Parkland Community Health Plan Claims Processing PO Box 560327 Dallas, TX 75356 Payer ID: 66917</td></tr></table>	Mail Claims to: Parkland Community Health Plan Claims Processing PO Box 560327 Dallas, TX 75356 Payer ID: 66917
Mail Claims to: Parkland Community Health Plan Claims Processing PO Box 560327 Dallas, TX 75356 Payer ID: 66917			
Navitus RxBIN: 610602 RxPCN: MCD RxGRP: PCH Pharmacist use only: 1-877-908-6023	Available 24 hours a day, 7 days a week / 24 horas al día, 7 días de la semana • Member Services & Pharmacy / Servicios para Miembros y farmacia: 1-888-814-2352 • Nurse Line / Línea de enfermería: 1-800-357-3162 / 214-266-8766 • Relay Texas TTY/TDD: 1-800-735-2989 / 7-1-1 Attention Provider: You must call 1-888-672-2277 for precertification or case management.		

Cómo leer su tarjeta: La tarjeta de identificación indica que es miembro del plan médico PCHP. Asegúrese de llevar siempre su tarjeta de identificación con usted en todo momento. Asegúrese de que la información en su tarjeta de identificación sea correcta.

- Miembro: apellido y nombre del miembro.
- Identificación del miembro: número de identificación del miembro.
- Fecha de nacimiento: fecha de nacimiento del miembro.
- Fecha de vigencia: fecha de vigencia de la cobertura del plan médico.
- Información de farmacia
- Información de facturación

Cómo utilizar su tarjeta: siempre lleve su tarjeta de identificación a una consulta con el médico. La necesitará para recibir atención médica. Debe mostrarla cada vez que recibe servicios.

Cómo reemplazar su tarjeta en caso de pérdida o robo: llame a nuestros Servicios para Miembros al 1-888-814-2352 de inmediato para que podamos enviarle otra tarjeta de identificación. También puede imprimir una nueva tarjeta de identificación desde nuestro sitio web en www.ParklandHealthPlan.com. Deberá registrarse e iniciar sesión en el portal para miembros.

¿Qué tengo que hacer si me mudo?

Tan pronto como tenga su nueva dirección, avise a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al 2-1-1 o actualizando su cuenta en **YourTexasBenefits.com**, y llame a Servicios para Miembros de PCHP al **1-888-814-2352**. Antes de recibir servicios de CHIP en su nueva área, debe llamar al Servicios para Miembros de PCHP, a menos que necesite servicios de emergencia. Seguirá recibiendo atención a través de PCHP hasta que la HHSC cambie su dirección.

Elección de su proveedor de atención perinatal

¿Cómo elijo a un proveedor de atención perinatal?

Consulte nuestro directorio de proveedores para obtener más información sobre proveedores perinatales. Debe elegir a un proveedor de atención perinatal que esté en nuestra red de CHIP Perinate. Puede obtener una copia del directorio de proveedores en **www.ParklandHealthPlan.com** o llamándonos al número gratuito en su tarjeta de identificación.

¿Necesitaré una remisión?

No necesita una remisión para este servicio.

¿Qué tan pronto puedo recibir atención después de comunicarme con un proveedor de atención perinatal para una cita?

Debe recibir atención de un proveedor de atención perinatal en las 2 semanas posteriores a la solicitud de una cita. Si tiene problemas para conseguir una cita, llámenos sin cargo al **1-888-814-2352**.

¿Puedo seguir recibiendo atención de mi proveedor de atención perinatal si no forma parte de la red de proveedores de PCHP?

En algunos casos, sí, es posible que pueda seguir consultando a este médico para recibir atención mientras elige un nuevo proveedor de atención perinatal de la red de proveedores de PCHP. Esto podría suceder si, cuando se inscribió en PCHP, estaba recibiendo atención de un proveedor de atención perinatal que no está en nuestro plan médico.

Llámenos al 1-888-814-2352 para obtener más información al respecto. PCHP hará un plan con usted y su proveedor, para que todos estemos al tanto de cuándo necesita comenzar a consultar con su nuevo proveedor de atención perinatal.

Sus gastos de bolsillo

¿Cuánto tengo que pagar por la atención médica de mi hijo por nacer en CHIP Perinatal?

No se requieren copagos ni costos compartidos para recibir los servicios cubiertos indicados en la sección de beneficios de este manual. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-888-814-2352.

¿Tendré que pagar por servicios que no son un beneficio cubierto?

Si el servicio no es un beneficio cubierto mencionado en la sección de beneficios de este manual, tendrá que pagarlo. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-888-814-2352.

Facturación de proveedores

¿Qué pasa si recibo una factura de mi proveedor de atención perinatal? ¿A quién llamo?

¿Qué información necesitarán?

Solo pagaremos los servicios cubiertos mencionados con anterioridad en este manual para miembros. Si recibe un servicio que no está cubierto de su proveedor de atención perinatal, es posible que deba pagarlo.

Si cree que no debería haber recibido una factura o necesita ayuda para comprenderla, llame a Servicios para Miembros al 1-888-814-2352. Le explicaremos en qué consiste la factura. Podemos llamar al consultorio del médico por usted para explicarle sus beneficios. También podemos brindarle ayuda para organizar el pago de la factura.

Cuando nos llame, tenga con usted su tarjeta de identificación y la factura del médico. Necesitaremos esta información para poder ayudarlo rápidamente.

Servicios de interpretación

¿Puede haber un intérprete en la consulta con mi médico? ¿A quién llamo para pedir un intérprete?

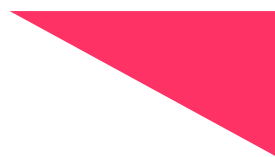
Nuestro personal de Servicios para Miembros habla inglés y español. Tenemos una línea de idiomas si no habla inglés ni español. Si necesita un intérprete, llámenos al **1-888-814-2352**. En el momento de su llamada, conseguiremos a un intérprete de idiomas que hable el suyo en la línea. Las personas con sordera o con problemas de audición pueden llamar sin costo a la línea TTY al **1-800-735-2989**.

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

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Podemos ayudarla si necesita un intérprete que la acompañe al consultorio de su médico. Tan pronto como sepa la fecha de su cita, llame a Servicios para Miembros al **1-888-814-2352**. Le pedimos que nos avise 72 horas antes de que necesite un intérprete.

Comprenda
su cobertura



Información del plan de CHIP Perinate

Información del proveedor

¿Qué es un proveedor de atención perinatal?

Un proveedor de atención perinatal es el médico principal que le brinda la mayor parte de la atención médica durante el embarazo. Su proveedor de atención perinatal debe ser un proveedor del plan médico PCHIP. El proveedor de atención perinatal también la enviará a otros médicos, especialistas u hospitales cuando se necesite atención o servicios especiales para la salud del bebé por nacer.

¿Qué tengo que llevar a la cita con un proveedor de atención perinatal?

Debe llevar los siguientes elementos cuando vaya a la cita con su médico:

- Tarjeta de identificación de miembro de CHIP Perinate.
- Una lista de todos los medicamentos recetados y de venta libre que toma.
- Sus historiales de atención médica.
- Papel para anotar la información que reciba del médico

¿Una clínica puede ser un proveedor de atención perinatal? (Clínica de salud rural, centro de salud calificado por el gobierno federal)

Si una clínica le ha estado prestando los servicios de atención médica y desea continuar allí, elija a uno de los médicos de la clínica como su proveedor de atención perinatal. El proveedor de atención perinatal que elija debe estar incluido en nuestro directorio de proveedores.

Algunos de los proveedores que también puede elegir para que sean su proveedor de atención perinatal son ginecoobstetras (médico de la mujer); clínicas locales de salud pública; centros de salud aprobados por el gobierno federal (FQHC) y clínicas rurales de salud (RHC).

¿Cómo obtengo atención fuera del horario de servicio?

Si se enferma por la noche o durante un fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención perinatal para que la aconseje. Su proveedor de atención perinatal u otro médico están disponibles para ayudarla por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a la Línea de enfermería las 24 horas al **1-800-357-3162** o al **214-266-8766** para que la ayuden a decidir qué hacer.

Cambio de su plan médico

Para miembros de CHIP Perinate

Atención: Si cumple con ciertos requisitos de ingresos, se transferirá a su bebé a Medicaid y recibirá 12 meses de cobertura continua de Medicaid desde la fecha de nacimiento.

- El bebé seguirá recibiendo servicios mediante el programa CHIP si usted cumple con los requisitos de CHIP Perinatal. El bebé recibirá 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal a través de su plan médico a partir del mes de inscripción como niño por nacer.

¿Qué pasa si quiero cambiar de plan médico?

- Una vez que elija un plan médico para su hijo por nacer, el niño debe permanecer en este plan médico hasta que finalice la cobertura de CHIP Perinatal del niño. La cobertura de CHIP Perinatal de 12 meses comienza cuando se inscribe a su hijo por nacer en CHIP Perinatal, y esta continúa después del nacimiento.

- Si **no** elige un plan en los 15 días posteriores a la recepción del paquete de inscripción, la HHSC elegirá un plan médico para su hijo por nacer y le enviará información sobre ese plan. Si la HHSC elige un plan médico para el niño por nacer, tendrá 90 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para elegir otro plan médico si no está satisfecho con el elegido por la HHSC.
- Los niños deben permanecer en el mismo plan médico hasta el final del período de inscripción de CHIP Perinatal Member o hasta el final del otro período de inscripción de los niños, lo que ocurra último. En ese momento, puede elegir un plan médico diferente para los niños.
- Puede solicitar cambiar de plan médico:
 - Por cualquier motivo en los 90 días posteriores a la inscripción en CHIP Perinatal;
 - Si se muda a un área de prestación de servicios diferente; y
 - por una razón en cualquier momento.

¿A quién llamo?

Para obtener más información, llame a CHIP sin costo al **1-800-964-2777**.

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan médico?

Puede solicitar cambiar de plan médico:

- Por cualquier motivo en los 90 días posteriores a la inscripción en CHIP Perinatal.
- Si se muda a un área de prestación de servicios diferente.
- Por una razón en cualquier momento.

¿A quién llamo?

Para obtener más información, llame a CHIP sin costo al **1-800-964-2777**.

¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de mi plan médico?

Si llama para cambiar su plan médico el día 15 del mes o antes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del segundo mes siguiente. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes, el cambio se aplicará el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio se aplicará el 1 de junio.

¿Puede PCHIP pedir que me den de baja de su plan médico (por incumplimiento, etc.)?

Es posible que su inscripción en PCHIP se cancele en los siguientes casos:

- Se muda fuera del área de servicio de manera permanente.
- Acude reiteradamente a la sala de emergencias (ER) cuando no tiene una emergencia.
- Ya no es elegible para CHIP.
- Muestra un patrón de comportamiento perturbador o abusivo que no está relacionado con una afección médica.
- Falta a muchas citas sin avisarle a su médico con anticipación.
- Deja que otra persona use su tarjeta de identificación.
- No respeta los consejos del médico.

Si hay algún cambio en su plan médico, se le enviará una carta. Si decide dejar PCHIP, debe llamar a Servicios para Miembros al 1-888-814-2352 o al 2-1-1.

Inscripción simultánea de miembros de la familia en la cobertura de Parkland CHIP Perinatal y de Medicaid para determinados recién nacidos

Si tiene hijos inscritos en el programa CHIP, permanecerán en ese programa, pero serán trasladados al programa PCHIP CHIP. Los copagos, los costos compartidos y las tarifas de inscripción igualmente se aplican a los niños inscritos en el programa CHIP.

Un niño por nacer inscrito en CHIP Perinatal se trasladará a Medicaid para recibir 12 meses de cobertura continua de Medicaid, a partir de la fecha de nacimiento, si el niño vive en una familia con ingresos iguales o inferiores al 198 % de la línea federal de pobreza (FPL) del umbral de los requisitos de acceso de Medicaid.

Un niño por nacer seguirá recibiendo cobertura a través del programa CHIP como recién nacido en “CHIP Perinate Newborn” después del nacimiento si el niño nace en una familia con ingresos superiores al 198 % al 200 % de la línea federal de pobreza (FPL) umbral de los requisitos de acceso de Medicaid.

Descripción general de los beneficios

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

A continuación, se muestra una lista de algunos de los servicios médicos que puede obtener con CHIP de PCHIP. Algunos de sus beneficios tienen límites. Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-888-814-2352** para obtener más información sobre los beneficios. **Los copagos no se aplican a miembros de CHIP Perinatal.**

No se cubren los costos por trabajo de parto que no produce un nacimiento y un falso trabajo de parto.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Debe consultar a su proveedor de atención perinatal para preguntar sobre los servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo conseguir estos u otros servicios, visite el sitio web (www.ParklandHealthPlan.com) o llámenos al número gratuito de la tarjeta de identificación.

Beneficio cubierto para miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)	Limitaciones
Pacientes agudas internadas Los servicios incluyen los siguientes: Servicios médicamente necesarios cubiertos proporcionados por el hospital: • Salas para operaciones, recuperación y otros tratamientos. • Anestesia y administración (dispositivo técnico del centro). • Los servicios quirúrgicos médicamente necesarios se limitan a los relacionados directamente con el parto del niño por nacer y con un aborto espontáneo o embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero).	Para las familias inscritas en CHIP Perinate que tienen ingresos iguales o inferiores al 198 % del nivel federal de pobreza (miembros de Perinate que califican para Medicaid al momento del nacimiento), los cargos del centro no son un beneficio cubierto. Sin embargo, los cargos por servicios profesionales relacionados con el trabajo de parto con parto son un beneficio cubierto. Para las familias inscritas en CHIP Perinate que tienen ingresos superiores al 198 % hasta el 202 % inclusive del nivel federal de pobreza (miembros de Perinate que no califican para Medicaid una vez nacidos), los

• Servicios para pacientes internadas relacionados con ○ un aborto espontáneo o ○ un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). • Los servicios para pacientes internados relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: ○ Procedimientos de dilatación y legrado (D&C) ○ Medicamentos apropiados administrados por el proveedor ○ Ultrasonidos ○ Examen histológico de muestras de tejido	beneficios se limitan a los cargos de los servicios profesionales y del centro relacionados con el trabajo de parto con parto hasta el nacimiento, y los servicios relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable. Los servicios quirúrgicos médicamente necesarios se limitan a los que se relacionan directamente con el parto del niño por nacer. Los servicios hospitalarios se limitan al trabajo de parto con parto hasta el nacimiento.
Beneficio cubierto para miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)	Limitaciones
Hospital para pacientes ambulatorios, hospital de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria. Los servicios incluyen aquellos que se ofrecen en una clínica hospitalaria o sala de emergencias, una clínica o centro de salud, un departamento de emergencias hospitalario o un entorno de atención médica ambulatoria: • Radiografías, imágenes y pruebas radiológicas (dispositivo técnico). • Servicios de laboratorio y patología (dispositivo técnico). • Pruebas de diagnóstico con equipo. • Fármacos, medicamentos y productos biológicos que son medicamentos recetados e inyectables médicamente necesarios. • Servicios quirúrgicos relacionados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). • Los servicios ambulatorios relacionados con un aborto espontáneo	Puede requerir una autorización previa y receta médica. Los servicios de laboratorio y radiología se limitan a los que se relacionan directamente con la atención preparto o con el parto de la miembro de CHIP Perinate cubierta hasta el nacimiento. La ecografía del útero de la embarazada es un beneficio cubierto del programa CHIP Perinatal cuando está médicamente indicado. La ecografía se puede indicar por sospechas de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal, conformación de la edad gestacional o aborto espontáneo, o embarazo no viable. La amniocentesis, la cordocentesis, la transfusión intrauterina fetal (FIUT) y la guía ultrasónica para la cordocentesis y la FIUT son beneficios cubiertos del programa CHIP Perinatal con un diagnóstico apropiado. Las pruebas de laboratorio para el programa CHIP Perinatal se limitan a: cardiotocografía en reposo; cardiotocografía con

o un embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: ○ Procedimientos de dilatación y legrado (D&C) ○ Medicamentos apropiados administrados por el proveedor ○ Ultrasonidos ○ Examen histológico de muestras de tejido	contracciones; hemoglobina o hematocrito repetidos una vez por trimestre y entre las 32 a 36 semanas de embarazo; o hemograma completo (CBC); análisis de orina para proteínas y glucosa en cada consulta; tipo de sangre y detección de anticuerpos Rh; repetición de la detección de anticuerpos para mujeres con factor Rh negativo a las 28 semanas, seguido de la administración de inmunoglobulina Rho (D) si está indicado; valor de anticuerpos contra la rubéola; serología para la sífilis; antígeno de superficie del virus de la hepatitis B; citología cervical; prueba de embarazo; prueba de gonorrea; cultivo de orina, prueba de drepanocitos; prueba de tuberculosis (TB); detección de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); prueba de clamidia; otras pruebas de laboratorio no especificadas, pero que se consideran médicamente necesarias; y pruebas de detección de varios marcadores para defectos del tubo neural (si la paciente inicia la atención entre las semanas 16 y 20); prueba de detección de diabetes gestacional entre las 24 y 28 semanas de embarazo; otras pruebas de laboratorio según se indique sujeto a otras afecciones médicas de la paciente. Los servicios quirúrgicos relacionados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) son un beneficio cubierto.
Beneficio cubierto para miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)	Limitaciones
Servicios profesionales de médicos o auxiliares médicos Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios médicos necesarios médicamente se limitan a la atención prenatal y posparto, o al parto del niño por nacer con cobertura hasta el nacimiento. • Visitas al consultorio del médico, servicios para pacientes internadas y ambulatorias.	Puede requerir autorización para la remisión a una especialidad por parte de un proveedor de atención primaria para un especialista de la red. Se requiere una autorización para todas las remisiones de especialidad fuera de la red. Recurso profesional de la ecografía del útero de la persona gestante cuando esté médicamente indicado por sospecha de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo,

• Servicios de laboratorio, radiografías, imágenes y patología, incluido el dispositivo técnico o la interpretación profesional. • Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico que son médicamente necesarios. • Recurso profesional (paciente internado o ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, que incluyen los siguientes: ○ Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos directamente relacionados con el trabajo de parto con parto del niño por nacer con cobertura hasta el nacimiento. ○ Administración de anestesia realizada por un médico (que no sea un cirujano) o un enfermero anestesista certificado y registrado (Certified Registered Nurse Anesthetists, CRNA). ○ Procedimientos invasivos de diagnóstico directamente relacionados con el trabajo de parto con parto del niño por nacer. ○ Servicios quirúrgicos relacionados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). • Servicios médicos hospitalarios (incluidos los aspectos técnicos e interpretativos realizados por un médico).	retraso del crecimiento fetal o conformación de la edad gestacional. Recurso profesional para la amniocentesis, la cordocentesis, la transfusión intrauterina fetal (FIUT) y la guía ultrasónica para la cordocentesis, la amniocentesis y la FIUT. Recurso profesional relacionado con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero). Los servicios profesionales relacionados con un aborto espontáneo o un embarazo no viable incluyen, entre otros, los siguientes: • Procedimientos de dilatación y legrado (D&C); • Medicamentos apropiados administrados por el proveedor; • Ultrasonidos, y • Examen histológico de muestras de tejido.
Beneficio cubierto para miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)	Limitaciones
Servicios y suministros familiares de atención antes del parto y del embarazo Los servicios se limitan a una consulta inicial y a las consultas posteriores de atención	Los beneficios se limitan a lo siguiente: Límite de 20 consultas prenatales y dos (2) consultas posparto (máximo dentro de los 60 días) sin documentación de una

prenatal (antes del parto) que incluyen los siguientes: • 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 desde las semanas 28 a 36 de embarazo; • (3) una (1) consulta por semana desde la semana 36 hasta el parto. Se permiten consultas más frecuentes según sea médicamente necesario.	complicación del embarazo. Es posible que sea necesario hacer consultas con mayor frecuencia para embarazos de alto riesgo. Las consultas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. Se debe guardar la documentación que respalde la necesidad médica, que está sujeta a revisión posterior. Las consultas posteriores a la inicial deben incluir lo siguiente: • antecedentes provisionarios (problemas, estado civil, estado del feto); • examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo uterino, posición y tamaño fetal, frecuencia cardíaca fetal, extremidades); • Pruebas de laboratorio (análisis de orina para proteínas y glucosa en cada consulta; hematocrito o hemoglobina repetidos una vez por trimestre y entre las 32 a 36 semanas de embarazo; detección de múltiples marcadores para anomalías fetales a las 16 a 20 semanas de embarazo; repetición de la detección de anticuerpos para mujeres con factor Rh negativo a las 28 semanas seguida de la administración de inmunoglobulina RHo (D) si está indicado; detección de diabetes gestacional a las 24 a 28 semanas de embarazo; y otras pruebas de laboratorio según lo indique la afección médica de la miembro).
Beneficio cubierto para miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)	Limitaciones
Servicios del centro de parto Cubre los servicios de maternidad ofrecidos por un centro de parto con licencia. Se limita a los servicios del centro (por ejemplo, trabajo de parto y parto).	Se aplica solo a miembros de CHIP Perinate (niño por nacer) con ingresos del 198 % al 202 % de la FPL.
Beneficio cubierto para miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)	Limitaciones
Servicios prestados por un enfermero partero certificado o un médico en un centro de parto con licencia	Los beneficios se limitan a lo siguiente: • Límite de 20 consultas prenatales y dos (2) consultas posparto (máximo dentro de los 60 días) sin documentación de una complicación

Cubre los servicios prenatales, de parto y posparto prestados en un centro de parto con licencia. Los servicios prenatales están sujetos a las siguientes limitaciones: Los servicios se limitan a una consulta inicial y a las consultas posteriores de atención prenatal (antes del parto) que incluyen los siguientes: • una (1) consulta cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo; • una (1) consulta cada dos (2) a tres (3) semanas desde la semana 28 hasta la semana 36 de embarazo; • una (1) consulta por semana desde la semana 36 hasta el parto. Se permiten consultas más frecuentes según sea médicamente necesario.	del embarazo. Es posible que sea necesario hacer consultas con mayor frecuencia para embarazos de alto riesgo. Las consultas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. Se debe guardar la documentación que respalde la necesidad médica, que está sujeta a revisión posterior. • Las consultas posteriores a la inicial deben incluir lo siguiente: • antecedentes provisionarios (problemas, estado civil, estado del feto); • examen físico (peso, presión arterial, altura del fondo uterino, posición y tamaño fetal, frecuencia cardíaca fetal, extremidades); • Pruebas de laboratorio (análisis de orina para proteínas y glucosa en cada consulta; hematocrito o hemoglobina repetidos una vez por trimestre y entre las 32 a 36 semanas de embarazo; detección de múltiples marcadores para anomalías fetales a las 16 a 20 semanas de embarazo; repetición de la detección de anticuerpos para mujeres con factor Rh negativo a las 28 semanas seguida de la administración de inmunoglobulina RHo (D) si está indicado; detección de diabetes gestacional a las 24 a 28 semanas de embarazo; y otras pruebas de laboratorio según lo indique la afección médica de la miembro).
Beneficio cubierto para miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)	Limitaciones
Servicios de emergencia, incluidos hospitales, médicos y servicios de ambulancia de emergencia. El plan médico no puede requerir una autorización como condición para el pago de afecciones de emergencia relacionadas con el trabajo de parto y parto. Los servicios cubiertos se limitan a los servicios de emergencia que están directamente relacionados con el parto del	No son un beneficio cubierto los servicios ni las complicaciones posparto que hagan que la madre del miembro de CHIP Perinate tenga la necesidad de acudir a los servicios de emergencia.

niño por nacer con cobertura hasta el nacimiento. • Servicios de emergencia basados en la definición de la afección médica de emergencia por parte de una persona prudente. • Examen médico de detección para determinar una emergencia cuando esté directamente relacionada con el parto del niño por nacer con cobertura. • Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el parto del niño por nacer con cobertura. • El transporte de emergencia por tierra, aire y agua para el trabajo de parto y parto inminente es un beneficio cubierto. • El transporte de emergencia por tierra, aire y agua para una emergencia relacionada con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) es un beneficio cubierto.	
Beneficio cubierto para miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)	Limitaciones
Servicios de administración de casos y servicios de coordinación de la atención Los servicios de administración de casos son un beneficio cubierto para el niño por nacer.	Estos servicios cubiertos incluyen información de alcance, administración de casos, coordinación de la atención y remisión comunitaria.
Beneficio cubierto para miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)	Limitaciones
Beneficios de medicamentos Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes: Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, incluidos los medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados en una farmacia y administrados por proveedores. Medicamentos y productos biológicos proporcionados en un entorno hospitalario.	Los servicios deben ser médicamente necesarios para su hijo por nacer.
Beneficio cubierto para miembros de CHIP Perinate (niño por nacer)	Limitaciones
Servicios de valor agregado Consulte la página 20 para obtener más información sobre los beneficios de valor agregado.	

¿Cuáles son los servicios que no están cubiertos?

Los servicios que no están cubiertos por CHIP se denominan “exclusiones”. Las exclusiones se enumeran a continuación:

- Para familias miembro de CHIP Perinate con ingresos inferiores al umbral de los requisitos de acceso de Medicaid (miembros de Perinate que califican para Medicaid al momento del nacimiento), los cargos en un centro para pacientes internadas no son un beneficio cubierto si están relacionados con la admisión inicial perinatal del recién nacido. “Admisión inicial perinatal del recién nacido” se refiere a la hospitalización relacionada con el nacimiento.
- Medicamentos anticonceptivos recetados solo con el propósito de atención médica primaria y preventiva reproductiva (es decir, no se pueden recetar para la planificación familiar).
- Tratamientos para pacientes internadas y ambulatorias que no sean para atención prenatal, trabajo de parto con parto, servicios relacionados con (a) un aborto espontáneo y (b) un embarazo no viable, y atención posparto relacionada con el niño por nacer con cobertura hasta el nacimiento.
- Servicios de salud mental para pacientes internados.
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Equipo médico duradero u otros dispositivos de recuperación relacionados con la medicina.
- Suministros médicos desechables, con la excepción de un conjunto limitado de suministros médicos desechables, cuando se obtienen de un proveedor de farmacia autorizado.
- Servicios de atención médica en la casa y la comunidad.
- Servicios de atención de enfermería.
- Servicios dentales.
- Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes internadas y servicios residenciales de tratamiento por abuso de sustancias.
- Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios para personas con trastornos del habla, la audición y el lenguaje.
- Atención para pacientes terminales.
- Centro de enfermería especializada y servicios hospitalarios de rehabilitación.
- Servicios de emergencia que no estén directamente relacionados con el trabajo de parto con parto del niño por nacer con cobertura.
- Servicios de trasplante.
- Programas para dejar de fumar.
- Servicios quiroprácticos.
- Transporte médico que no esté directamente relacionado con el trabajo de parto o parto inminente, aborto espontáneo o embarazo no viable, o parto del niño por nacer con cobertura.
- Artículos de comodidad personal que incluyen, entre otros, equipos de cuidado personal proporcionados en la admisión de pacientes internadas, teléfono, televisión, fotografías del recién nacido, comidas para los invitados de la miembro y otros artículos que no son

necesarios para el tratamiento específico del trabajo de parto con parto o la atención posparto.

- Procedimientos o servicios médicos, quirúrgicos o de atención médica experimentales o de investigación que, generalmente, no son utilizados ni reconocidos por la comunidad médica.
- Tratamiento o evaluaciones requeridos por terceros, incluidos, entre otros, aquellos para escuelas, trabajo, autorización de vuelo, campamentos, seguros o tribunales.
- Servicios de enfermería privada cuando se realizan durante una hospitalización o en un centro de enfermería especializada.
- Cobertura mientras viaja fuera de los EE. UU. y los territorios de los Estados Unidos (incluidos Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los EE. UU., el Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte, Guam y Samoa Americana).
- Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos que incluyen, entre otros, un corazón artificial.
- Servicios y suministros hospitalarios cuando el internamiento tenga únicamente como propósito realizar pruebas de diagnóstico y no esté relacionado con el trabajo de parto con parto.
- Exámenes de detección de la próstata y mamografía.
- Cirugía electiva para corregir la vista.
- Procedimientos gástricos para bajar de peso.
- Cirugía o servicios estéticos únicamente con fines estéticos.
- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan médico, excepto para la atención de emergencia relacionada con el trabajo de parto con parto del niño por nacer con cobertura y los servicios proporcionados por un FQHC, según se establece en la Sección 8.1.22 del Contrato.
- Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos brindados para el control de peso o el tratamiento de la obesidad
- Medicamentos recetados para bajar o subir de peso.
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia.
- Vacunas para viajes al extranjero únicamente.
- Cuidado de los pies de rutina, como cuidado higiénico.
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, tensos o planos, así como corte o extracción de callos, callosidades y uñas de los pies (esto no se aplica a la extracción de las raíces de las uñas o al tratamiento quirúrgico de afecciones preexistentes a callos, callosidades o uñas encarnadas).
- Calzado ortopédico correctivo.
- Artículos para el consumo.
- Medicamentos de venta libre.
- Ortopedia usada principalmente con fines deportivos o recreativos.
- Cuidado de custodia (cuidado que ayuda a un niño con las actividades cotidianas, como asistencia para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparar una dieta especial y realizar una supervisión de los medicamentos que, por lo general, los toma el niño solo o la persona a cargo de su

cuidado. Este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado).

- Labores domésticas.
- Servicios y atención en centros públicos para las afecciones que las leyes federales, estatales o locales exigen que se brinden en un centro público, o la atención prestada mientras se encuentran bajo la custodia de las autoridades legales. Servicios o suministros recibidos de un enfermero, que no requieren la habilidad ni capacitación de uno.
- Capacitación, terapia o servicios para la vista.
- Reembolso de servicios de fisioterapia o terapia del habla no cubiertos proporcionados en la escuela.
- Gastos no médicos del donante.
- Cargos incurridos como donante de un órgano.

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

CHIP Perinate cubre la mayoría de los medicamentos que necesita el niño por nacer. Si tiene preguntas sobre qué medicamentos están cubiertos para el niño por nacer, llámenos al número gratuito en su tarjeta de identificación.

Beneficios adicionales

¿Qué beneficios adicionales ofrece PCHP a los miembros de CHIP Perinate? (Se pueden aplicar restricciones y limitaciones.)

Los miembros de Parkland CHIP Perinate Member obtienen los siguientes servicios de valor agregado y beneficios adicionales:

Categoría	Servicio de valor agregado	Limitaciones y restricciones
Línea de enfermería las 24 horas:	Línea de ayuda gratuita con personal de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	❖ Debe ser miembro.
Servicios de farmacia/beneficios de venta libre	Recompensa de \$20 para los miembros que completen una evaluación anual de riesgos de salud. La recompensa se puede usar para medicamentos de venta libre que no estén cubiertos por CHIP.	❖ Debe ser miembro; ❖ Límite de recompensa de \$20 por año.
Ayuda adicional para mujeres embarazadas	Recompensa de \$50 para las miembros que realicen un chequeo posparto dentro de los 7 a 84 días después del parto.	❖ Debe ser miembro durante el chequeo posparto. ❖ El chequeo debe realizarse dentro de los 7 a 84 días después del parto. ❖ Límite de recompensa de \$50 por año.

	Servicio de comidas gratuito para miembros en período posparto. Hasta 10 comidas gratuitas a domicilio por embarazo después del alta hospitalaria.	❖ Debe ser miembro en período posparto. ❖ Límite de hasta 10 comidas al año. ❖ Las miembros de CHIP Perinate reciben hasta 2 meses de comidas después del parto.
--	--	--

Categoría	Servicio de valor agregado	Limitaciones y restricciones
Ayuda adicional para mujeres embarazadas	Asiento para automóvil convertible gratuito (uno por año del plan) para las miembros que completen su primera consulta prenatal dentro del primer trimestre o dentro de los 42 días de la inscripción en Parkland Community Health Plan.	❖ Debe ser miembro. ❖ Debe haber completado la consulta prenatal dentro del primer trimestre o 42 días después de la inscripción. ❖ Un asiento para el automóvil convertible al año.
	Recompensa de \$25 (una por año del plan) para las miembros embarazadas que realicen 6 o más consultas prenatales.	❖ Debe ser miembro durante las visitas. ❖ Límite de recompensa de \$25 por año. ❖ Debe realizar 6 o más consultas prenatales antes del parto.
Servicios para la salud y el bienestar	Recompensa de \$30 para las miembros que se coloquen la vacuna anual contra la gripe y lo informen al plan médico.	❖ Debe ser miembro. ❖ Límite de recompensa de \$30 por año. ❖ Debe completar la autocertificación a través del portal de recompensas o el centro de llamadas.

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

Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, visite el sitio web

www.ParklandHealthPlan.com o llame a Servicios para Miembros al **1-888-814-2352**.

¿Qué clases de educación sobre la salud ofrece Parkland CHIP Perinate Member?

Trabajamos con nuestros socios comunitarios para ofrecer clases gratuitas o a un bajo costo para padres e hijos. Algunos temas de salud incluyen los siguientes:

Seguridad del asiento del automóvil
Vacunaciones
Nutrición
Aptitud física
Atención prenatal
Dejar de fumar
Concientización sobre la vista

Concientización sobre las drogas y el alcohol
Mortalidad infantil
Salud bucal
Seguridad contra venenos
Enfermedades de transmisión sexual
Prevención sobre el embarazo adolescente
Control del peso

Llámenos para obtener más información. Consulte con su médico antes de comenzar algún nuevo programa médico o de bienestar.

Atención médicamente necesaria y de emergencia

¿Qué significa médicamente necesario?

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP Perinate deben cumplir con la definición que CHIP estipula para "médicamente necesario". Un miembro de CHIP Perinate Member es un niño por nacer.

Médicamente necesario se refiere a lo siguiente:

1. Servicios de Salud que cumplen con lo siguiente:
 - a. Son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones de salud, o brindar detección, intervenciones o tratamientos tempranos para afecciones que causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o limitaciones en la función, amenazan con causar una discapacidad o la empeoran, causan enfermedad o dolencia de un miembro, o ponen en peligro la vida;
 - b. Se brindan en instalaciones adecuadas y en los niveles apropiados de atención para el tratamiento de las afecciones de salud de un miembro;
 - c. Siguen las pautas y los estándares de la práctica de la atención médica respaldados por organizaciones de atención médica o agencias gubernamentales reconocidas profesionalmente;
 - d. Son coherentes con los diagnósticos del miembro;
 - e. No son más intrusivos ni restrictivos de lo necesario para brindar un equilibrio adecuado de seguridad, eficacia y eficiencia;
 - f. No son ni experimentales ni de investigación;
 - g. No se brindan principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.
2. Servicios de salud conductual que cumplen con lo siguiente:
 - a. Son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o de dependencia de sustancias; o para mejorar, mantener el funcionamiento, o evitar que este se deteriore debido al problema;
 - b. Cumplen con las pautas clínicas y los estándares de práctica profesionalmente aceptados en la atención de la salud conductual;
 - c. Se brindan en el entorno más apropiado y menos restrictivo en el que los servicios se pueden ofrecer de manera segura;
 - d. Son el nivel o suministro de servicio más apropiado que se puede proporcionar de manera segura;
 - e. No se pueden omitir sin afectar de forma negativa la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención brindada;
 - f. No son ni experimentales ni de investigación; y
 - g. No se brindan principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

Atención médica de rutina

¿Qué es la atención médica de rutina? ¿Qué tan rápido me pueden atender a mí o a mi hijo?

La **atención médica de rutina** es la atención que no es ni de emergencia ni de urgencia que recibe de un proveedor de atención perinatal u otros proveedores de atención médica.

El proveedor de atención perinatal que elija le brindará ayuda con toda su atención médica prenatal. Su proveedor de atención perinatal llegará a conocerla y le hará chequeos regulares a usted y a hijo por nacer. Este tipo de atención se conoce como atención médica de rutina. Su proveedor de atención perinatal le dará recetas para medicamentos y suministros médicos, y si es necesario, la enviará a un especialista durante su embarazo. Es importante que siga los consejos de su proveedor de atención perinatal y participe en las decisiones sobre su embarazo.

Cuando necesite atención, llame a su proveedor de atención perinatal. Alguien del consultorio del médico o de la clínica le programará una cita. Es muy importante que vaya a las citas. Su proveedor de atención perinatal debería poder atenderla en las dos (2) semanas posteriores a la solicitud de la cita de atención de rutina. Llame rápido para programar una cita. Si no puede asistir a la cita, llame nuevamente para informarle a su proveedor de atención perinatal.

Atención médica de urgencia

¿Qué es la atención médica de urgencia? ¿Qué tan rápido me pueden atender a mí o a mi hijo?

La **atención de urgencia** se produce en los casos que tiene un problema médico que no es una emergencia, pero necesita atención el mismo día.

Primero, debe llamar a su proveedor de atención perinatal. Si desea hablar con un enfermero, puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-800-357-3162** o al **214-266-8766**.

El enfermero puede ayudarla a decidir si necesita ir a la sala de emergencias. Muchas enfermedades no necesitan tratamiento en la ER. Un resfriado, tos, sarpullido, cortes pequeños, quemaduras leves o moretones no son buenas razones para acudir a la ER. Si necesita atención de urgencia, el proveedor de atención perinatal debe atenderla en las 24 horas posteriores a la solicitud de atención.

¿Qué es una emergencia y una afección médica de emergencia?

El miembro de CHIP Perinate Member se define como un niño por nacer. La atención de emergencia es un servicio cubierto si se relaciona directamente con el parto del niño por nacer hasta el nacimiento. Se brinda atención de emergencia para tratar las siguientes afecciones médicas de emergencia:

- Examen médico de detección para determinar una emergencia cuando esté directamente relacionada con el parto del niño por nacer con cobertura.
- Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto con parto del niño por nacer con cobertura.
- El transporte de emergencia por tierra, aire y agua para el trabajo de parto y parto inminente es un beneficio cubierto.
- El transporte de emergencia por tierra, aire y agua para una emergencia relacionada con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que falleció en el útero) es un beneficio cubierto.

Límites del beneficio: No son un beneficio cubierto los servicios ni las complicaciones posparto que hagan que la madre del miembro de CHIP Perinate tenga la necesidad de acudir a los servicios de emergencia.

¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia?

Los “servicios de emergencia” o “atención de emergencia” son servicios cubiertos para pacientes internadas y ambulatorias prestados por un proveedor calificado para brindar esos servicios. Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, incluidos los servicios de atención de posestabilización relacionados con el trabajo de parto y el parto del niño por nacer.

¿Qué tan rápido me pueden atender a mí o a mi hijo?

Debe recibir atención de inmediato si necesita atención de emergencia. Ya sea que se encuentre dentro de nuestras áreas de servicio o no, le pedimos que siga las pautas que se describen a continuación cuando crea que necesita atención de emergencia. Los médicos de la sala de emergencias atenderán una verdadera emergencia de inmediato. Continuarán el tratamiento hasta que esté fuera de peligro.

- Llame al 911 o a la línea de ayuda de emergencia local, o vaya al centro de emergencia más cercano. Si una demora no perjudicara su salud, llame a su proveedor de atención perinatal. Informe a su proveedor de atención perinatal lo antes posible después de recibir tratamiento.
- Tan pronto como su afección médica se estabilice, el centro de emergencia debe llamar a su proveedor de atención perinatal para obtener información sobre su historia clínica.
- Si la admiten en un centro para pacientes internados, usted, un familiar o amigo en su nombre debe informárselo a su proveedor de atención perinatal lo antes posible.

Atención fuera del horario de servicio

¿Cómo obtengo atención médica cuando el consultorio de mi proveedor de atención perinatal ya ha cerrado?

Si el consultorio de su proveedor de atención perinatal está cerrado y usted se descompone por la noche o durante un fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención perinatal para que la aconseje. Su proveedor de atención perinatal u otro médico están disponibles para ayudarla por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-800-357-3162** o al **214-266-8766** para decidir qué hacer.

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

Si necesita atención médica cuando viaja, llámenos sin cargo al **1-888-814-2352** y la ayudaremos a encontrar a un médico. Si necesita servicios de emergencia mientras viaja, vaya a un hospital cercano y, luego, llámenos sin cargo al **1-888-814-2352**.

¿Qué pasa si estoy fuera del estado?

Si está fuera de Texas y necesita atención médica mientras está de viaje, llámenos sin cargo al **1-888-814-2352** y la ayudaremos a encontrar a un médico. Si necesita servicios de emergencia mientras viaja, vaya a un hospital cercano y, luego, llámenos sin cargo al **1-888-814-2352**.

¿Y si estoy fuera del país?

CHIP no cubre los servicios médicos recibidos fuera del país.

¿Qué es una remisión?

La remisión se produce cuando su proveedor de atención perinatal la envía a otro médico o servicio para la atención del niño por nacer que ese proveedor no puede brindarle. Esto puede ser a un especialista u otro proveedor de la red de proveedores de PCHP.

¿Qué servicios no necesitan una remisión?

Los siguientes servicios no requieren una remisión:

- Atención de emergencia
- Atención obstétrica/ginecológica

¿Qué sucede si necesito servicios que CHIP Perinatal no cubre?

Usted deberá pagar por cualquier servicio que reciba que no esté cubierto por PCHIP o CHIP Perinatal.

Puede solicitar Medicaid de emergencia para cubrir una consulta al hospital que no esté relacionada con su embarazo, pero debe cumplir con los límites de ingresos.

¿Cómo consigo los medicamentos?

CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que su médico considera que necesita para su embarazo. Su médico le dará una receta para que pueda llevarla a la farmacia. También puede enviar la receta a la farmacia por usted.

No se requieren copagos para miembros de CHIP Perinate Member.

¿Cómo encuentro una farmacia de la red?

- Puede encontrar una farmacia de la red de dos formas.
- Visite nuestro sitio web en **www.ParklandHealthPlan.com**, y luego busque una farmacia en su área.
- Llame sin costo a Servicios para Miembros al **1-888-814-2352**. Pídale al representante que lo ayude a encontrar una farmacia de la red en su área.

¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está en la red?

No se cubrirán los medicamentos recetados surtidos en otras farmacias que no formen parte de la red de farmacias PCHIP. Todas las recetas deben surtirse en una farmacia de la red.

¿Qué llevo a la farmacia?

Deberá llevar la receta que le realizó su médico. También deberá mostrar su tarjeta de identificación de PCHIP.

¿Qué pasa si necesito que me envíen los medicamentos?

Consulte la lista de farmacias en línea O llame a Servicios para Miembros al **1-888-814-2352** para saber qué farmacias hacen envíos.

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

Si tiene problemas para conseguir sus medicamentos, llame a Servicios para Miembros al **1-888-814-2352**.

¿Qué sucede si no puedo conseguir la aprobación del medicamento que me indicó el médico?

Si no se puede comunicar con su médico para aprobar una receta, es posible que pueda conseguir un suministro de emergencia de su medicamento para tres días.

Llame a Servicios para Miembros al **1-888-814-2352** para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos.

¿Qué pasa si pierdo los medicamentos?

Los medicamentos perdidos o robados no son un beneficio cubierto. Puede comunicarse con su farmacia para obtener un resurtido anticipado y pagar el costo del medicamento.

¿Qué sucede si necesito un medicamento de venta libre?

La farmacia no puede darle un medicamento de venta libre como parte de su beneficio de CHIP. Si necesita un medicamento de venta libre, tendrá que pagarlo.

Reclamos y apelaciones



Cómo presentar un reclamo

¿Qué debo hacer si tengo un reclamo? ¿A quién llamo?

Queremos ayudar. Si tiene un reclamo, llámenos sin cargo al **1-888-814-2352** para contarnos su problema. Puede presentar su reclamo de manera verbal o escrita en cualquier momento. Un defensor de Servicios para Miembros de PCHP puede ayudarlo a presentar un reclamo. La mayoría de las veces, podemos ayudarlo de inmediato o, como máximo, en unos pocos días. PCHP no puede llevar a cabo ninguna acción en su contra por la presentación de un reclamo.

¿Puede ayudarme alguien de PCHP a presentar un reclamo?

Un defensor de Servicios para Miembros de PCHP puede ayudarla a presentar un reclamo. El defensor de Servicios para Miembros anotará su preocupación. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-814-2352.

¿Cuánto tiempo llevará tramitar el reclamo?

El reclamo se tramitará en los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha en que PCHP lo reciba. Podría tardar menos de 30 días. Recibirá una carta que le informará cómo se resolvió el reclamo. Esta carta explicará el proceso completo de reclamo y apelación. También le informará sobre sus derechos de apelación.

¿Cuáles son los requisitos y plazos para presentar un reclamo?

No hay un límite de tiempo para la presentación de un reclamo. Cuando recibamos su reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días para informarle que este nos llegó. Le enviaremos otra carta con los resultados en los treinta (30) días siguientes de la fecha en que recibimos el reclamo.

Si no estoy conforme con el resultado, ¿puedo comunicarme con alguien más?

Si aún no está conforme con la respuesta a su reclamo, también puede presentar un reclamo ante el Departamento de Seguros de Texas. Para ello, debe llamar sin costo al **1-800-252-3439**.

Si desea presentar su reclamo por escrito, envíelo a:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection, MC: CO-CP
PO Box 12030
Austin, TX 78711-2030

Si tiene conexión a Internet, puede enviar su reclamo por correo electrónico a:

<http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html>

¿Tengo derecho a reunirme con un Comité de Apelación de Reclamos?

Si no está satisfecho con la decisión del reclamo, tiene derecho a solicitar una apelación del reclamo. En los cinco (5) días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación del reclamo, le enviaremos una carta para informarle que nos llegó esta apelación.

El Comité de Apelación de Reclamos revisará la información que envió y analizará su caso. No es un tribunal de justicia. Tiene el derecho de comparecer ante el Comité de Apelación de Reclamos en persona en un lugar determinado para hablar sobre la apelación escrita del reclamo que nos envió. Cuando tomemos la decisión sobre la apelación del reclamo, le enviaremos una respuesta por escrito en los treinta (30) días posteriores a la recepción de la apelación del reclamo.

Cómo presentar una apelación

¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento cubiertos para mí, pero PCHP lo deniega o lo limita?

Si denegamos o limitamos la solicitud de su médico de un servicio cubierto para usted, tiene derecho a realizar una apelación. Puede presentar su apelación de manera verbal o escrita en los 60 días posteriores al aviso que le enviamos en el que se avisa que se denegó el servicio o el medicamento. Usted puede enviarnos más información para demostrar por qué no está de acuerdo con la decisión. Puede llamarnos al 1-888-814-2352 y pedir una apelación. El defensor de Servicios para Miembros anotará la información y se la enviará para que la revise. Se puede enviar una apelación por escrito a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
PO Box 560347
Dallas, TX 75356

¿Cómo sabré si se deniegan los servicios?

Si se deniegan los servicios, usted recibirá una carta en la que se informará el motivo de la denegación. Además, se les explicará cómo presentar una apelación.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

Puede apelar una decisión de denegar servicios en los 60 días posteriores al aviso de la decisión. El plazo para la resolución de la apelación dependerá de los servicios que se hayan denegado. Si está en el hospital, o ya está recibiendo servicios sujetos a limitaciones o denegaciones, puede llamar y solicitar una apelación acelerada. El proceso de apelación acelerada se explica a continuación.

En el caso de una apelación estándar, el defensor de Servicios para Miembros le enviará una carta en los cinco (5) días posteriores a la recepción de la solicitud de apelación para informarle que la recibimos. Le enviaremos toda la información que tengamos a un médico que no haya participado en la toma de la primera decisión. Recibirá una respuesta por escrito sobre su apelación en los treinta (30) días posteriores a que la recibamos.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Si no está de acuerdo con la decisión que tomamos, puede solicitar una apelación. No tiene derecho a solicitar una apelación si los servicios que pidió no se cubren en el programa CHIP o si se realiza un cambio en la ley estatal o federal que afecta a los miembros de CHIP.

¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?

La solicitud no tiene que ser por escrito. Puede llamarnos gratis para presentar su apelación. Se le pedirá que, tras esa solicitud de llamada, envíe una apelación por escrito. Si necesita ayuda para presentar una apelación, consulte la sección a continuación. Para solicitar una apelación, llámenos al número gratuito 1-888-814-2352 y pregunte por el defensor de miembros. Escribiremos lo que nos diga y se lo enviaremos para que lo revise.

¿Puede ayudarme alguien de PCHP a presentar una apelación?

Para obtener ayuda al presentar una apelación, llámenos al 1-888-814-2352 o escríbanos a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
PO Box 560347
Dallas, TX 75356

El defensor de Servicios para Miembros escuchará la apelación y le comunicará las reglas. El defensor de Servicios para Miembros responderá a sus preguntas y se asegurará de que lo traten de manera justa.

Proceso de apelación acelerada

¿Qué es una apelación acelerada?

La apelación acelerada se produce cuando el plan médico tiene que tomar una decisión con rapidez en función de su estado de salud porque el tiempo que conlleva una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Para solicitar una apelación acelerada, llámenos sin costo al **1-888-814-2352**. Se puede enviar una apelación acelerada por escrito a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Member Service Advocate
PO Box 560347
Dallas, TX 75356

¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?

La solicitud no tiene que ser por escrito. Para solicitar una apelación acelerada, llámenos al número gratuito 1-888-814-2352.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

El plazo para la resolución de su solicitud de una apelación acelerada se basará en la afección, el procedimiento o el tratamiento de emergencia médica, pero no llevará más de 72 horas a partir de la solicitud de apelación.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?

Para solicitar una apelación, puede llamarnos al **1-888-814-2352** y solicitar hablar con el defensor de Servicios para Miembros. También puede escribirnos a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Appeals Department
PO Box 560347
Dallas, TX 75356

El defensor de Servicios para Miembros escuchará la apelación y le comunicará las reglas. El defensor de Servicios para Miembros responderá a sus preguntas y se asegurará de que lo traten de manera justa.

¿Qué sucede si PCHP deniega la solicitud de apelación acelerada?

Si solicita una apelación acelerada que no implique una emergencia, una estancia en el hospital o servicios que ya se estén prestando, se le dirá que la revisión de la apelación no puede acelerarse. Recibirá una carta de denegación por escrito en los 2 días posteriores a la fecha de la decisión. Seguiremos trabajando en la apelación, la trataremos en el plazo habitual de apelación y le responderemos en los treinta (30) días posteriores a nuestra recepción de la apelación.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una revisión externa de una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). A continuación, se explica el procedimiento para solicitar una revisión por parte de una IRO. También puede presentar un

reclamo ante el Departamento de Seguros de Texas. Para ello, llame sin costo al **1-800-252-3439** o escriba a:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection
PO Box 12030 – MC-CO-CPS
Austin, TX 78711-2030
Fax: 512-475-1771
Sitio web: <http://www.tdi.state.tx.us>
Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

Proceso de revisión especializada

¿Qué es una revisión especializada?

El proveedor responsable puede solicitar una apelación especializada, en la que se pide que un tipo específico de proveedor especializado revise el caso.

¿Cómo solicita un proveedor una revisión especializada?

El proveedor responsable puede solicitar una revisión especializada. Para ello, debe escribir a:

Parkland Community Health Plan
Attention: Complaints and Appeals
PO Box 560347
Dallas, TX 75356

¿Cuáles son los plazos para una revisión especializada?

El proveedor responsable debe realizar la solicitud dentro de los 10 días a partir de la fecha en que se solicitó o denegó la apelación.

A la denegación la revisará un proveedor de atención médica que trabaje en la misma especialidad o en una similar a la afección, procedimiento o tratamiento que se está por analizar y revisar.

Esta revisión especializada se completará dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud.

Organización de Revisión Independiente (IRO)

¿Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO)?

Es una organización que no tiene conexión con nosotros ni con los médicos que participaron anteriormente en su tratamiento ni con las decisiones que tomamos sobre servicios que no se han brindado.

¿Cómo solicito una revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente?

IRO estándar mediante el proceso de revisión externa

Usted, alguien que actúe en su nombre o el proveedor de registros (con el consentimiento por escrito del miembro) tiene derecho a solicitar una revisión externa estándar mediante MAXIMUS en los 4 meses posteriores a la fecha de este aviso. Para solicitar la revisión externa estándar, debe llenar el formulario de revisión externa federal de HHS que se adjuntará a

cualquier carta de apelación denegada. Envíe el formulario por correo o por fax junto con esta carta directamente a MAXIMUS a:

Correo postal: MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534

Fax: 1-888-866-6190

Portal en línea: externalappeal.com.gov

También puede presentar su solicitud en línea en externalappeal.com en el encabezado “Request a Review Online” (Solicitar una revisión en línea).

IRO acelerada mediante el proceso de revisión externa

Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor responsable (con el consentimiento por escrito del miembro) pueden solicitar que la revisión externa de la apelación se tramite de inmediato Si cree que esperar una decisión lo perjudicaría. Para solicitar una revisión externa acelerada, haga lo siguiente:

- Puede enviar la solicitud por correo electrónico a FERP@maximus.com.
- Llame al proceso de revisión externa federal al 1-888-866-6205, ext. 3326.
- Seleccione “expedited” (acelerado) cuando envíe la solicitud de revisión en línea.

En situaciones de atención médica urgente, MAXIMUS Federal Services aceptará una solicitud de revisión externa de un profesional médico que sepa sobre la afección del reclamante. El profesional médico no deberá presentar un comprobante de autorización.

¿Cuáles son los plazos para este proceso?

Durante una solicitud de revisión externa estándar, el examinador de MAXIMUS Federal Services se comunicará con Parkland Community Health Plan (PCHP) cuando reciba la solicitud de revisión externa. En los cinco (5) días hábiles, PCHP le dará al examinador todos los documentos y la información que se utilizó para tomar la decisión de la apelación interna. Usted o alguien que actúe en su nombre recibirá un aviso por escrito de la decisión final de la revisión externa lo antes posible, a más tardar 45 días después de que el examinador reciba la solicitud de una revisión externa.

Durante una solicitud de revisión externa acelerada o rápida, el examinador de MAXIMUS les informará a PCHP y a usted o a la persona que lo representa sobre la decisión de la revisión externa tan pronto como las circunstancias médicas lo requieran, a más tardar en las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud.

Usted o alguien que actúe en su nombre recibirá la decisión por teléfono, pero MAXIMUS también enviará una versión escrita de la decisión en las 48 horas posteriores a la notificación de la llamada telefónica.



Información legal y reglamentaria

Derechos y responsabilidades de los miembros: CHIP Perinatal

DERECHOS DE LOS MIEMBROS

1. Tiene derecho a obtener información precisa y fácil de entender que lo ayude a tomar buenas decisiones sobre el plan médico, los médicos, los hospitales y otros proveedores del niño por nacer.
2. Tiene derecho a saber cómo se les paga a los proveedores de atención perinatal. Algunos pueden recibir un pago fijo sin importar la frecuencia con la que los consulte. A otros se les paga en función de los servicios que le brindan al niño por nacer. Tiene derecho a saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
3. Tiene derecho a saber cómo decide el plan médico si se cubre un servicio perinatal o si es médicamente necesario. Tiene derecho a tener información sobre las personas del plan médico que toman estas decisiones.
4. Tiene derecho a conocer los nombres de los hospitales y otros proveedores de atención perinatal del plan médico, así como las direcciones.
5. Tiene derecho a elegir de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente extensa como para que el niño por nacer pueda recibir el tipo de atención adecuada cuando la necesite.
6. Tiene derecho a recibir los servicios de emergencia perinatal si, razonablemente, usted considera que la vida del niño por nacer está en peligro o que este podría sufrir daños importantes si no recibe tratamiento de inmediato. Esas emergencias se cubren sin tener que consultar primero con el plan médico.
7. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones sobre la atención médica del niño por nacer.
8. Tiene derecho a hablar por el niño por nacer en todas las opciones de tratamiento.
9. Tiene derecho a que el plan médico, los médicos, los hospitales y otros proveedores le brinden un trato justo.
10. Tiene derecho a hablar con su proveedor de atención perinatal en privado y a mantener la privacidad de su historia clínica. Tiene derecho a revisar y tener una copia de su historia clínica y a solicitar cambios en ella.
11. Tiene derecho a que sea justo y rápido el proceso para resolver problemas con el plan médico, los médicos del plan, los hospitales y otras personas del plan que brindan servicios perinatales al niño por nacer. Si su plan médico establece que no pagará un servicio o beneficio perinatal cubierto que el médico del niño por nacer considera médicamente necesario, usted tiene derecho a que otro grupo, fuera del plan médico, le diga si cree que su médico o el plan médico estaban en lo correcto.
12. Tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otros proveedores de atención perinatal pueden darle información sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento o del niño por nacer. El plan médico no puede evitar que le brinden esta información, incluso si la atención o el tratamiento no es un servicio cubierto.
13. Tiene derecho a que no lo limiten ni aíslen para la conveniencia de otra persona, para forzarlo a hacer algo que no desea o para castigarlo.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Tanto a usted como al plan médico les importa que su hijo se encuentre sano al nacer. Para colaborar, puede asumir estas responsabilidades.

1. Debe intentar tener hábitos saludables. No consuma tabaco y lleve una dieta saludable.
2. Debe participar en las decisiones sobre la atención del niño por nacer.
3. Si tiene un desacuerdo con el plan médico, primero, debe intentar resolverlo mediante el proceso de reclamos del plan médico.
4. Debe saber qué cubre el plan médico y qué no. Lea su Manual del programa CHIP Perinatal para comprender cómo funcionan las reglas.
5. Debe intentar llegar al consultorio del médico a tiempo. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
6. Debe denunciar el uso indebido de los servicios de CHIP Perinatal por parte de los proveedores de atención médica, otros miembros o planes médicos.
7. Debe consultar con su proveedor sobre los medicamentos que le recetaron.

Si cree que ha recibido un trato injusto o la han discriminado, llame sin cargo al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede obtener información sobre la Oficina de Derechos Civiles de HHS en línea en www.hhs.gov/ocr.

¿Cuándo termina la cobertura de CHIP Perinatal?

La cobertura de CHIP Perinatal finaliza el último día del mes de nacimiento del bebé. Aún así, debe asistir a sus dos consultas posparto después de tener al bebé. Su hijo puede seguir recibiendo los beneficios de atención médica que nosotros brindamos a través de Medicaid o CHIP.

Si sus ingresos son iguales o menores que el umbral de los requisitos de acceso de Medicaid, su bebé es elegible para los 12 meses de beneficios de atención médica de Medicaid a partir de la fecha de nacimiento.

Si sus ingresos están por encima del umbral de los requisitos de acceso de Medicaid, su bebé puede recibir los beneficios de CHIP a través del programa CHIP durante el tiempo que califique.

¿El estado me enviará algo cuando termine la cobertura de CHIP Perinatal?

Sí, la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) le enviará una carta en la que le indicará cuándo finaliza su cobertura. También le enviará información informándole para qué programas su hijo podría reunir los requisitos. Asegúrese de completar y enviar los formularios que reciba por correo.

¿Cómo funciona la renovación?

CHIP Perinatal no tiene proceso de renovación. Su hijo puede seguir recibiendo beneficios de atención médica si aún califica para CHIP o Medicaid.

¿Puedo elegir al proveedor de atención primaria de mi bebé antes de que nazca? ¿A quién llamo? ¿Qué información necesitan?

Sí, puede seleccionar a un proveedor de atención primaria antes de que nazca su hijo. Si ya sabe qué proveedor de atención primaria le gustaría que atendiera a su hijo, puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-888-814-2352** y un representante podrá ayudarla.

Necesitará el nombre de la madre y del bebé, la fecha de nacimiento y el número de identificación de CHIP del bebé, si tiene esa información. Si *no* sabe qué proveedor de atención primaria le

gustaría que atendiese a su hijo, puede solicitar un directorio de proveedores de PCHP CHIP sin costo.

Recuerde que el proveedor de atención primaria será a quien llame cuando su hijo necesite atención. El proveedor de atención primaria de CHIP de su hijo también es parte de una "red". Cuando elige este proveedor de atención primaria, también elige la red a la que este pertenece.

Esto quiere decir que no debe llevar a su hijo a ningún otro proveedor que no esté en la red del proveedor de atención primaria, incluso si este proveedor figura en el directorio de proveedores de PCHP CHIP.

También puede ver o conseguir una copia del directorio de proveedores en línea en **www.ParklandHealthPlan.com**.

Aviso de privacidad de Parkland Community Health Plan

Este aviso detalla cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Léalo con detenimiento.

Este aviso entró en vigencia el 16 de septiembre de 2013.

¿A qué nos referimos cuando usamos las palabras “información médica”?

Usamos las palabras “información médica” cuando nos referimos a la información que lo identifica. Los ejemplos incluyen lo siguiente:

- Nombre.
- Fecha de nacimiento.
- Atención médica que recibió.
- Montos pagados por su atención.

¿Cómo usamos y compartimos su información médica?

Nos ayuda a cuidar de usted: podemos utilizar su información médica para ayudar con su atención médica. También la usamos para decidir qué servicios cubren sus beneficios. Le podemos informar sobre los servicios que puede obtener. Pueden ser controles o pruebas médicas. También podemos recordarle las citas. Podemos compartir su información médica con otras personas que le brindan atención. Pueden ser médicos o farmacias. Si ya no está en nuestro plan, con su autorización, le daremos la información médica a su nuevo médico.

Familiares y amigos: podemos compartir su información médica con alguien que le brinde ayuda. Pueden brindarle ayuda con su atención o con el pago de esta. Por ejemplo, si tiene un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de estas personas. Si no desea que divulguemos su información médica, llámenos.

Si tiene menos de 18 años y no quiere que le demos su información médica a sus padres, llámenos. Podemos ayudar en algunos casos, si lo permite la ley estatal.

Para el pago: podemos darles su información médica a otras personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya la información médica. También podemos utilizar su información médica para analizar la atención que le brinda su médico. Además, podemos revisar el uso que hace de los servicios médicos.

Operaciones de atención médica: podemos utilizar su información médica para que podamos hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraudes
- Prevención de enfermedades
- Cuestiones legales

Un Coordinador de servicios puede trabajar con su médico. Es posible que le informen sobre programas o lugares que pueden ayudarlo con su problema médico. Cuando nos llame con preguntas, debemos revisar su información médica para darle respuestas.

Intercambio de información con otras empresas

Podemos compartir su información médica con otras empresas. Hacemos esto por las razones explicadas anteriormente. Por ejemplo, es posible que el plan cubra el transporte. Podemos compartir su información médica con ellos para que pueda llegar al consultorio del médico. Les diremos si está en una silla de ruedas motorizada, así envían una camioneta en lugar de un automóvil para que lo recoja. También podemos compartir su información médica por estas razones:

- Seguridad pública: para ayudar en situaciones como el abuso infantil y las amenazas a la salud pública.
- Luego de que se toman precauciones para proteger su información.
- Socios comerciales: para personas que nos brindan servicios. Prometen mantener su información segura.
- Regulación de la industria: para agencias estatales y federales. Nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Aplicación de la ley: para las personas encargadas de hacer cumplir la ley a nivel federal, estatal y local.
- Acciones legales: para los tribunales por una demanda o una cuestión legal.

Razones por las que necesitaremos su autorización por escrito

Excepto por lo que explicamos anteriormente, le pediremos su permiso antes de usar o compartir su información médica. Por ejemplo, pediremos su permiso en los siguientes casos:

- Por razones de mercadotecnia que no tienen nada que ver con su plan médico.
- Antes de compartir notas de psicoterapia.
- Para la venta de su información médica.
- Por otras razones según lo requiera la ley.

Puede cancelar su permiso en cualquier momento. Para hacerlo, escríbanos. No podemos usar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle su seguro médico.

Cuáles son sus derechos

- Usted tiene derecho a consultar su información médica.
 - Puede pedirnos una copia.
 - Puede solicitar sus historias clínicas. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió tratamiento.
- Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información médica.
 - Puede pedirnos que cambiemos su información médica si cree que no es correcta.

- Si no estamos de acuerdo con el cambio que solicitó, pídanos que presentemos una declaración de desacuerdo por escrito.
- Tiene derecho a tener una lista de las personas o los grupos con los que hemos compartido su información médica.
- Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de forma privada.
 - Si cree que la forma en que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privada, llámenos.
 - Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de una manera más privada.
- Tiene derecho a solicitar atención especial en la forma en la que usamos o compartimos su información médica.
 - Podemos usar o compartir su información médica de las maneras detalladas en este aviso.
 - Puede pedirnos que no usemos ni compartamos su información de estas formas. Esto incluye compartirla con personas relacionadas con su atención médica.
 - No tenemos que estar de acuerdo, pero lo pensaremos cuidadosamente.
- Tiene derecho a saber si su información médica se compartió sin su permiso.
- Le informaremos si hacemos esto en una carta.

Llámenos sin costo al **1-888-814-2352** para lo siguiente:

- Pedirnos que hagamos cualquiera de las cuestiones anteriores.
- pedirnos una copia impresa de este aviso;
- hacernos preguntas sobre el aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si cree que se infringieron sus derechos, escríbanos a:

Parkland Community Health Plan
P.O. Box 560307
Dallas, TX 75356

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Llámenos al 1-888-814-2352 para obtener la dirección. Si se queja y se lo informa a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No usaremos el reclamo en su contra.

Protección de su información

Protegemos su información médica con procedimientos específicos, como los siguientes:

- **Administrativos.** Tenemos reglas que nos indican cómo usar su información médica sin importar el formato en el que esté, ya sea, escrito, oral o electrónico.
- **Físicos.** Su información médica está resguardada y se mantiene en áreas seguras. Protegemos los ingresos a nuestras computadoras y nuestros edificios. De este modo, podemos bloquear la entrada no autorizada.
- **Técnico.** El acceso a su información médica está “basado en roles”. Esto permite que solo tengan acceso aquellas personas que lo necesitan para hacer su trabajo y brindarle atención.

Seguimos todas las leyes estatales y federales para la protección de su información médica.

¿Cambiamos este aviso?

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información médica. Debemos seguir lo que establecemos en este aviso. También tenemos derecho a cambiar este aviso. Si lo modificamos, los cambios se aplican a toda la información que tenemos o que obtendremos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web en

www.ParklandHealthPlan.com .

Aviso de no discriminación

Parkland Community Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles. No discriminamos a las personas y eso significa que no la excluiríamos ni la trataremos de manera diferente debido a los siguientes aspectos:

Edad	Color	Discapacidad
Nacionalidad	Raza	Sexo o identidad de género

A las personas con discapacidades o que hablan un idioma que no sea inglés les ofrecemos estos servicios sin costo:

- intérpretes de lengua de señas calificados;
- documentación escrita en letra grande, audio, formato electrónico y otros formatos;
- ayuda de intérpretes calificados en el idioma que habla;
- documentación escrita en el idioma que habla.

Para obtener estos servicios, llame al número gratuito de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación:

- CHIP Perinate: 1-888-814-2352

¿Cree que no obtuvo estos servicios o que lo discriminamos por las razones mencionadas anteriormente? Si es así, puede presentar una queja (reclamo) ante: Parkland Community Health Plan, P.O. Box 560347, Dallas, TX 75356, **1-888-814-2352 (TTY 711)**, Fax: **1-844-310-1823** o PCHPComplainsandAppeals@phhs.org

¿Necesita ayuda con la presentación? Llame a Servicios para Miembros y solicite un defensor de miembros.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.:

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Para obtener un formulario de reclamo, visite <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

Denunciar el fraude, malgasto o abuso

¿Quiere denunciar el malgasto, abuso o fraude de CHIP?

Infórmenos si cree que un médico, dentista, farmacéutico de una farmacia, otro proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios de CHIP está haciendo algo incorrecto. Hacer algo incorrecto podría incluir un malgasto, abuso o fraude, lo que es ilegal. Por ejemplo, avísenos si cree que alguien hace lo siguiente:

- Recibe pagos por servicios de CHIP que no se prestaron o no fueron necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre una afección médica para recibir tratamiento médico.
- Deja que otra persona use su identificación de CHIP.
- Usa la identificación de CHIP de otra persona.
- No está diciendo la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, elija una de las siguientes opciones:

- Informe directamente a su plan médico:

Correo postal: Parkland Community Health Plan
Attention: SIU Coordinator
PO Box 560307
Dallas, TX 75356-9005
Teléfono: 1-888-212-2579
Correo electrónico: PCHPSIU@phhs.org

- Llame a la línea de ayuda de la Oficina del Inspector General (OIG) al **1-800-436-6184**.
- Ingrese en **<https://oig.hhsc.state.tx.us/>** y haga clic en el cuadro rojo “Report Fraud” (Denunciar fraude) para llenar el formulario en línea.

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna tanta información como sea posible.

Al informar sobre un proveedor (médico, dentista, terapeuta, etc.), incluya lo siguiente:

- Nombre, dirección y número de teléfono de los proveedores.
- Nombre y dirección del centro (casa de reposo, hospital, agencia de servicios de salud en casa, etcétera).
- Número de Medicaid del proveedor y del centro, si los tiene.
- Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.).
- Nombres y números de teléfono de otros testigos que pueden colaborar en la investigación.
- Fechas de los eventos.
- Resumen de lo sucedido.

Al informar sobre alguien que recibe beneficios, incluya lo siguiente:

- El nombre de la persona.

- Fecha de nacimiento, número de Seguro Social o número de caso de la persona, si los tiene.
- La ciudad donde vive la persona.
- Detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

Subrogación

¿Qué es la subrogación?

Podemos solicitar el pago de los gastos médicos para tratar una lesión o enfermedad que causó otra persona. Esta es una disposición de “derecho de subrogación”. Según nuestro derecho de subrogación, nos reservamos el derecho a recuperar el costo de los beneficios médicos pagados cuando otra parte es (o puede ser) responsable de causarle la enfermedad o lesión. Podemos pedirle que nos devuelva el costo de los gastos médicos si los recibe de otra parte.

Glosario

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

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

Atención de enfermería especializada: servicios de enfermeros autorizados en su propia casa o en una casa de reposo.

Atención de urgencia: atención por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para acudir a una sala de emergencias para recibir atención.

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

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, en general, para la que no se debe pasar la noche.

Atención médica en casa: servicios de atención médica que una persona recibe en una casa.

Cobertura de medicamentos recetados: plan o seguro médico que brinda ayuda para pagar los medicamentos recetados.

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

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

Equipo médico duradero (DME): equipos y suministros solicitados por un proveedor de atención médica para que se los use a diario o a largo plazo. La cobertura del DME puede incluir equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras de análisis de sangre para diabéticos.

Especialista: médico que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Hospitalización: atención en un hospital para la que se ingresa como paciente internado y, en general, se debe pasar la noche.

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

Medicamentos recetados: medicamentos que, por ley, se entregan con receta.

Médico de atención primaria: médico (médico general u osteópata) que proporciona o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Plan: beneficio, como Medicaid, para pagar sus servicios de atención médica.

Preautorización: decisión del plan o aseguradora médicos que establece, antes de que usted los reciba, que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces, se denomina autorización previa, aprobación previa o certificación previa. La preautorización no es una promesa que su plan o seguro médico cubrirá el costo.

Prima: monto que debe pagarse por el plan o seguro médico.

Proveedor: un médico (médico general u osteópata), profesional de la atención médica o centro de atención médica con licencia, certificación o acreditación según lo requiera la ley estatal.

Proveedor de atención primaria: un médico (médico general u osteópata), enfermero con práctica médica, especialista en enfermería clínica o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor no participante: proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o plan médicos para brindarle servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de la aseguradora o plan médicos para obtener servicios de un proveedor no participante, en lugar de un proveedor participante. En pocas ocasiones, por ejemplo, en el caso que no haya otros proveedores, su aseguradora médica puede contratar el pago de un proveedor no participante.

Proveedor participante: proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan médico para brindarle servicios cubiertos.

Queja: reclamo a su aseguradora o plan médico.

Reclamo: queja que transmita a su plan o seguro médico.

Red: las instalaciones, los proveedores y los abastecedores a los que la aseguradora o el plan médicos han contratado para brindar servicios de atención médica.

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

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

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

Servicios médicos: servicios de atención médica que proporciona o coordina un médico autorizado (médico general u osteópata).

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

Servicios y dispositivos de rehabilitación: servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o se han deteriorado debido a la enfermedad, herida o discapacidad de una persona.

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



Septiembre 2026